

De Vries

zich publiek te verantwoorden. Ik zeg dit ook aan het adres van de heer Veling. De schappen moeten zo transparant mogelijk zijn. Het zijn publieke lichamen. Dus iedereen heeft het recht te weten wat daarin omgaat, wat er besloten wordt, welke goede dingen er gedaan worden en wat er niet gedaan wordt. Ze moeten zeer transparant zijn. Op dit punt is het toezicht van de SER zeker instrumenteel. Ik weet dat de Bestuurskamer van de SER hieraan altijd veel aandacht besteedt. Ook de afdeling Bestuurszaken, die vaak ongezien door het leven gaat, kent zo'n honderd mensen die controleren of alles goed gaat en het is dus niet zo, dat niemand hiernaar kijkt. Ik vind het evenwel heel belangrijk evaluaties uit te voeren. Een jaarverslag kun je wel of niet bespreken, maar je moet telkens ook nagaan wat er in een periode is gebeurd. Ik zeg de heer Varekamp graag toe te zullen bevorderen, dat binnen vijf jaar een evaluatie ter tafel komt. Ik hoop dat we ondertussen op grond van dit debat tegenover de PBO de goede uitstraling hebben. Het idee is: zorg ervoor dat er voor sommige fracties minder zorg is. Ik ben er zelf van overtuigd, dat minder zorg van bepaalde fracties het resultaat kan zijn. Ik ga er evenwel van uit, dat de betrokkenen goed meegelusterd hebben en dat zij weten dat er veel verwachtingen zijn.

De heer Veling heeft het een en ander over de geschiedenis gezegd. Ik ga daar nu niet verder op in. In eerste instantie heb ik geprobeerd uiteen te zetten hoe het stelsel tot stand is gekomen.

Ik ben nog wel verplicht een opmerking aan het adres van de heer Varekamp te maken. Hadden we de PBO weer opgericht, als het er niet geweest was, was de vraagstelling. Een dergelijke vraagstelling is in die zin altijd moeilijk, omdat bepaalde organisaties nu eenmaal bestaan, groeien en een rol vervullen. Het is dan vaak moeilijk om ze weg te denken. Ik heb in de afgelopen jaren wel gezien met hoeveel naijver door sommige landen wordt gekeken naar de wijze waarop wij in Nederland met elkaar functioneren en zaken weten te doen. Daar hoort zo'n PBO ook bij. Als u ons kleine bedrijfsleven vergelijkt met dat in andere Europese landen, dan zult u bijna een scheidingslijn kunnen zien tussen de landen waar men vrij hechte organisaties kan opzetten waarin ook

de overheid een grote rol speelt en andere landen. Als u kijkt naar de werkgelegenheidsontwikkeling in Europa, dan ziet u dat men in landen die elkaar versterkende structuren kennen veel meer grip op die materie krijgt dan in andere landen. Het heeft wel iets te maken met bindweefsel in de samenleving of je iets kunt presteren. In een tijd waarin steeds onzekerder wordt wat er op je afkomt, ontwikkelingen met gigantische snelheid gaan en heel vaak heel grote kosten ermee zijn gemoeid om daar goed zicht op te krijgen, is het met het oog op de toekomst van groot belang dat het bedrijfsleven zich desgewenst kan laten ondersteunen door een collectief orgaan dat aan marktverkenning en kwaliteitsverbetering doet en dat inspeelt op nieuwe ontwikkelingen. Volgens deskundigen zal in het nieuwe Europa concurrentie op beleid, kwaliteit en samenwerking in veel opzichten de doorslag geven in de ontwikkeling van je eigen sociaal-economische situatie. Ik meen dat het instrument van de PBO ons daarbij kan helpen.

De heer Varekamp refereerde aan een gesprek met een Poolse minister, die zei: wij hebben in Polen niet zo'n goede ordening als in Nederland. Ik neem aan dat u toen ook iets heeft gezegd over de Poolse landbouw. U zult best een beetje trots zijn geweest op wat wij wel tot stand hebben gebracht.

De heer **Varekamp** (VVD): Mijn opmerking ging meer over het democratische gehalte dan over de actuele situatie in de desbetreffende bedrijfstak. In die zin bedoelde ik het.

Minister **De Vries**: Het is interessant om te zien hoe sommige stelsels zich op andere manieren organiseren en iets voor elkaar krijgen wat op iets anders lijkt.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fracties van D66, de SGP, het GPV en de RPF wordt conform artikel 121 van het Reglement van orde aantekening verleend, dat zij geacht willen worden zich niet met het wetsvoorstel te hebben kunnen verenigen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mee dat op 25 maart jongstleden alsnog aan de Kamer de Nederlandstalige versie van ontwerpbesluit 2d van de agenda van de JBZ-raad van 12 maart is toegezonden. Nu dit het geval is, hebben de betrokken vaste commissies het agendapunt behandeld. Zij stellen de Kamer voor, alsnog met dit ontwerpbesluit in te stemmen.

Ik stel voor, dit advies te volgen.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de voortzetting van 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 hervat.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Het is vandaag een bijzondere dag. Het is de laatste begroting die ik met uw Kamer in de huidige samenstelling bespreek en de eerste begroting van het tweede paarse kabinet die ik in mijn tweede ambtstermijn en staatssecretaris Vliegthart in haar eerste, aan u presenteren.

Voorzitter! De leden van uw Kamer hebben behartigenswaardige dingen over onze beleidsvoornemens gezegd. Hier en daar gebeurde dit met een stevige kritische noot, maar ook met ondersteunende opmerkingen, bijvoorbeeld over onze nieuwe manier van omgang met het veld via de meerjarenafspraken.

Het is mij opgevallen dat de Kamer onze zeggenschap over het reilen en zeilen in de zorgsector af en toe hoger inschat dan in werkelijkheid het geval is. Onze gezondheidszorg wordt weliswaar grotendeels collectief gefinancierd, maar is toch privaat georganiseerd. De overheid is noch de baas noch de werkgever.

Ik ga kort in op de gezondheids-toestand van de inwoners van Nederland. Vervolgens zal ik de belangrijkste hoofdpunten van ons beleid toelichten, waarbij ik meteen reageer op de opmerkingen en

Borst-Eilers

vragen terzake. Volgens recent Amerikaans onderzoek is Nederland het op twee na gelukkigste land ter wereld. Zijn wij dan ook redelijk gezond? Gezondheid en geluk worden vaak met elkaar geassocieerd. Paul Schnabel, de directeur van het Sociaal en cultureel planbureau, wees er in een publicatie op dat wij nog nooit zo gezond zijn geweest als nu en wij er ons ook nog nooit zo druk over hebben gemaakt; een paradox dus. Alleen in voorspoed is er tijd om te tobben, aldus Schnabel.

Het is het tobben van een bevolking die bijna de hoogste levensverwachting ter wereld heeft, maar tegelijkertijd weet dat steeds meer jaren daarvan in toenemende ongezondheid zullen worden doorgebracht. Zo ontstaat het angstige verschieft van ziekte en verlies van autonomie. Tegelijkertijd heeft de vooruitgang van de geneeskunde onrealistische verwachtingen gewekt over de mogelijkheden om op jonge en middelbare leeftijd iedere kwaal te voorkomen of in ieder geval snel te genezen.

Ons systeem van gezondheidszorg heeft als hoofddoel dat onze burgers een betaalbare, toegankelijke, solidaire en kwalitatief goede zorg kunnen genieten. Eén van de conclusies die het SCP in zijn rapport van 30 september vorig jaar trekt, is dat er ondanks medische successen en een gezondere leefwijze toch anno 1998 meer ziekte onder de bevolking is dan 25 jaar geleden. Dat is een gevolg van de vergrijzing, van vroegere opsporing van ziekte, de toenemende alertheid, met name van huisartsen, voor gezondheidsproblemen, maar ook van het feit dat men tegenwoordig met tal van ziekten waaraan men vroeger snel stief in leven kan blijven. Wij hebben daardoor tal van chronisch zieken; een vroeger onbekend fenomeen.

Dat er meer zieken zijn, betekent niet automatisch dat de bevolking ook een hogere ziektelast te dragen heeft. De kwaliteit van leven van personen met aandoeningen is namelijk sterk verbeterd omdat behoud of verhoging van die kwaliteit tegenwoordig een expliciet doel van de behandeling is geworden. Er is al met al sprake van substantiële gezondheidswinst en dat is mooi. Dat neemt niet weg dat ook onze moderne samenleving rekening moet houden met bijvoorbeeld epidemieën van infectieziekten die

ook aan jonge mensen het leven kunnen kosten, zoals AIDS en de epidemie waarmee wij eerder deze maand werden geconfronteerd. Dat zijn voor moderne mensen schokkende ervaringen. Natuurlijk zijn alle inspanningen erop gericht om iets vergelijkbaars te voorkomen, maar niemand kan op dat punt 100% zekerheid geven.

Mijnheer de voorzitter! Voorkomen is altijd nog beter dan genezen. Tegen mevrouw Schoondergang kan ik dan ook zeggen dat preventiebeleid een van mijn prioriteiten is. Er komt gelukkig ook politiek weer meer belangstelling voor het feit dat iedereen een zekere verantwoordelijkheid heeft voor de eigen gezondheid. Ook daar moet de overheid actief op inspelen. VWS is niet alleen het ministerie van zieke mensen beter maken of verzorgen, maar ook van gezonde mensen gezond proberen te houden. Het is met name in die taak dat wij wat meer samenwerking zoeken met andere departementen, en ook met succes. Ik denk daarbij met name aan het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

1999 is het jaar waarin de zorgsector profiteert van de ruimere financiële middelen, 2,3% volumegroei per jaar. Onze eerste verantwoordelijkheid is, zo denk ik, ervoor te zorgen dat mensen inderdaad snel merken dat er meer geld is en dat het besteed wordt aan de oplossing van wat men als grootste knelpunt ervaart. De twee belangrijkste knelpunten zijn de hoge werkdruk, met daardoor voor patiënten en cliënten verschralling van persoonlijke zorg en aandacht, en de lange wachtlijsten.

Het is een belangrijk doel van de staatssecretaris en mij om, voorzover dat binnen onze vermogens ligt, bij te dragen aan het verminderen van de werkdruk, maar er ligt wel primair een taak bij werkgevers en sociale partners. Het ziekteverzuim in de sector is hoog. Mevrouw Ter Veld sprak daar al over. Er zijn wel grote verschillen tussen de diverse instellingen. Goede Arbozorg – en dan moet een werkgever inderdaad niet voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten met zijn contract met de Arbodienst – en passende secundaire arbeidsvoorwaarden helpen om dat verzuim terug te dringen.

Om de werkdruk te verlagen, moeten snel ook de werk-

omstandigheden verbeteren, onder andere door meer personeel aan te stellen, dat verlicht de werkdruk, maar ook door te werken aan betere arbeidsvoorwaarden voor het personeel. Ik denk dan niet in de eerste plaats aan het salaris. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit niet de belangrijkste reden is waarom mensen uit de sector stappen of er niet in willen stappen, maar aan secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals goede kinderopvang voor vrouwen die in de zorg willen werken of willen blijven werken, scholing, persoonlijke carrièrebegeleiding, flexibele werktijden en meer aandacht voor ziekteverzuim. Dat zijn hoofdpunten waarom men de zorgsector verlaat, namelijk omdat het te veel aan die dingen ontbreekt, de goede instellingen niet te na gesproken.

Om het extra geld in deze kabinetsperiode ook echt om te zetten in meer zorg zijn er natuurlijk extra mensen nodig. Belangrijke hoofdlijn van ons beleid is om er samen met alle betrokkenen voor te zorgen dat er weer meer belangstelling komt voor de vele beroepen in de verpleging en de verzorging, dus om de benodigde mensen ook echt aan te kunnen trekken.

Het huidige tekort en het dreigende blijvende tekort aan handen aan het bed, noopt tot een grote inzet en tot actie. Die actie is inmiddels ondernomen. Op 16 december vorig jaar hebben de staatssecretaris en ik het arbeidsconvenant zorgsector ondertekend met alle betrokken organisaties, de sociale partners, de zorgaanbieders, de verzekeraars, de patiëntenorganisaties en de arbeidsvoorziening. In dat convenant staat terecht dat sociale partners de primaire verantwoordelijkheid hebben en ook willen nemen voor het arbeidsmarktbeleid. Zij nemen dus het voortouw en zullen ook voorstellen doen. Wij willen allemaal een meerjarige, integrale en structurele aanpak van het arbeidsmarktprobleem in de zorgsector. Wij vinden allemaal dat het zwaartepunt daarbij moet liggen op het regionaal niveau.

Op 16 februari jongstleden is het startsein gegeven voor een meerjarige beeldvormingscampagne, een campagne van sociale partners in samenwerking met de overheid. Die campagne heeft de slogan "werken in de zorg is werken met je hoofd, je hart en je handen".

Borst-Eilers

Mijnheer de voorzitter! Mevrouw Ter Veld heeft over deze thematiek een boeiend betoog gehouden. Zij noemde zeer interessante en sprekende cijfers over de overeenkomsten en verschillen tussen de bouwsector en de zorgsector. Ook ik heb zorgen over het tekortschietend beleid van werkgevers in de zorgsector. Ik zei al iets over de toch soms wel erg goede Arbeidcontracten. Ik heb zorgen op het gebied van de arbeidsomstandigheden, de Arbozorg, en in het algemeen over de preventie van ziekteverzuim. Ook ik roep steeds: meer handen aan het bed kun je ook realiseren door ervoor te zorgen dat er minder handen thuis in bed liggen.

Ik ben ook heel blij met de uitspraak van mevrouw Ter Veld dat goede Arbozorg gericht op minder verzuim en minder WAO-instroom niet onmiddellijk terzijde moet worden geschoven als tweedeling. Samen met de staatssecretaris van Sociale Zaken, de heer Hoogervorst, zet ik onze opvattingen op papier over de eerstelijns reguliere zorg, de eerstelijns Arbozorg en de tweedelijnszorg; wat in dat complex is nu wel of geen onverantwoorde of ongewenste tweedeling? Als dat is gebeurd, zal ik dat aan de Eerste en Tweede Kamer toesturen. Daarop zullen zeker nog gedachtewisselingen volgen.

Ik kom nog even terug op het ziekteverzuim. Ik zei al dat wij recentelijk een handtekening hebben gezet onder het convenant arbeidsmarkt zorgsector. Het zwaartepunt ligt bij het terugdringen van het ziekteverzuim en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden. Daar is inderdaad nog veel te winnen. Mevrouw Ter Veld zei dat ook al. Wij moeten achterhalen waarom het ziekteverzuim in de zorg zo hoog is, maar ook waarom het zo varieert tussen instellingen. Uit een evaluatie van het sectorfonds AWO over thuiszorg, blijkt dat een vijfde van de thuiszorginstellingen een ziekteverzuim heeft van minder dan 6%. Maar een zesde van de instellingen heeft een ziekteverzuim van meer dan 11%. Dat kan allemaal geen toeval zijn. Sommige instellingen voeren klaarblijkelijk een beter verzuimbeleid. Dat heeft volgens mij iets te maken met betere voorzieningen op het vlak van het verlichten van de fysiek zware arbeid. Ik was laatst in een verpleeghuis op bezoek waar het ziekteverzuim 4% was. Ik struikelde

daar in de gangen over de tilapparaatuur. Overal had men ervoor gezorgd dat het tillen door de mensen zelf, met vaak rugklachten tot gevolg, voorkomen werd door het gebruik van goede apparatuur. Er is natuurlijk meer nodig. Heel vaak is het ook de sfeer in een instelling. Ik heb zelf altijd het gevoel dat ik, als ik tien minuten met de directeur heb gesproken, al weet of het ziekteverzuim hoog of laag zal zijn. Sommige mensen stralen iets uit waardoor je denkt: als dat mijn baas was, zou ik iedere dag graag naar mijn werk gaan.

Wij zullen dan ook bij die goede instellingen te rade moeten gaan. Wij moeten deze instellingen ook via een soort best practise vergelijking, een spiegelinformatie, ten voorbeeld stellen aan de rest. Nogmaals, mevrouw Ter Veld had het af en toe over de overheid als werkgever. In haar geschreven tekst kon ik zien dat dit tussen aanhalingstekens stond. Wij zijn inderdaad niet de werkgevers. De echte werkgevers zijn natuurlijk de eerstverantwoordelijken voor het terugdringen van dat ziekteverzuim.

Dan kom ik op het tweede belangrijke knelpunt dat als zodanig door onze bevolking wordt ervaren: de lange wachttijden. In het vorig kabinet ben ik al begonnen met het verkorten van de wachttijden in ziekenhuizen, door extra geld in te zetten, maar ook door een betere uniforme registratie en door een begin te maken met vast te leggen welke wachttijden voor verschillende behandelingen aanvaardbaar zijn. Dat schiet naar mijn zin nog niet hard genoeg op. Het zijn de beroepsgroepen zelf die deze normen moeten formuleren. Voor een aantal ziektebeelden zijn ze er, maar helaas nog niet voor allemaal.

Alleen geld inzetten voor het bestrijden van wachttijden is in feite symptoombestrijding. Het kan zelfs soms averechts werken. Als je wachtlijst lang is, krijg je geld van de minister. Die boodschap is natuurlijk gauw begrepen. Vandaar dat wij het in de meerjarenafspraken precies andersom gaan doen. Daar kom ik zo op terug. Daarin is opgenomen dat je het volgende jaar meer geld krijgt als je de wachtlijsten verkort. Er moet dus niet alleen geld worden ingezet. Ook in de organisatie moet veel verbeterd worden, vooral op het gebied van samenwerking in de regio en de uniforme registratie. Er

werd wat afgesjoemeld met de registratie van wachtlijsten. Het logistiek management moet worden verbeterd, zoals het organiseren van de zorgketen, zodat de mensen snel kunnen doorstromen, bijvoorbeeld van ziekenhuis naar verpleeghuis of de thuiszorg. Het geld is in 1997 en in 1998 onder bepaalde voorwaarden ingezet. Men moest meedoen aan de uniforme registratie en er waren nog een paar andere voorwaarden.

Over 1997 heeft een evaluatie plaatsgevonden van de oog- en heupoperaties. Het blijkt dat daar een verkorting van de wachttijden is opgetreden, wel significant maar nog lang niet aanvaardbaar. Eind 1998 is gekeken hoe het was met de wachttijden voor ingrepen aan het hart, zoals openhartoperaties of dotteren. Zij bleken eind 1998 40% korter te zijn dan eind 1997. Daar is dus sprake van een aantoonbare vooruitgang, maar wij zijn er nog niet. Wij gaan in deze kabinetsperiode het beleid intensiveren en in een hogere versnelling zetten.

Door alle partijen in de zorgsector en door de sociale partners is in maart 1998 een plan van aanpak aangeboden. Dat plan moest 130 mln. per jaar kosten. Het had allerlei aspecten. Daarmee zouden de wachttijden in Nederland in vier à vijf jaar echt tot een korte, acceptabele omvang teruggebracht kunnen zijn. Dat plan van aanpak wordt thans uitgevoerd en het maakt ook deel uit van die meerjarenafspraken. Tevens heb ik onder voorzitterschap van het Eerste-Kamerlid de heer Dees het platform aanpak wachttijden geïnstalleerd om mij daarmee te helpen. Dat platform wordt enerzijds raadsman en anderzijds aanjager, zowel van het kabinet als van het veld.

De heer Van den Berg had nog een specifieke vraag over de wachttijden, namelijk wanneer die informatie beschikbaar komt voor verwijzers en consumenten en wat ik eraan deed om dat een beetje te versnellen. Een belangrijk actiepunt uit dat hele plan van aanpak wachttijden zorg is het landelijk uniform registreren van de wachtlijsten in ziekenhuizen. Elk ziekenhuis dient te registreren hoelang de wachttijden zijn voor bepaalde ingrepen. Dat is een permanent proces. Dankzij de moderne communicatietechnologie kan dat allemaal moeiteloos, zoals mevrouw Maas ook opmerkte.

Borst-Eilers

Het Nationaal ziekenhuisinstituut, het NZI, heeft hiervoor een systeem ontworpen. Dat is klaar en veel ziekenhuizen hebben het geïmplementeerd, maar helaas nog niet allemaal. Ik wil dit jaar toch weten hoe het gaat met die wachttijden, want ik moet daar bij de meerjarenafspraken consequenties aan verbinden voor de middelentoe-deling voor het jaar 2000. Omdat ze dat systeem nog niet allemaal hebben, heb ik het Nationaal ziekenhuisinstituut gevraagd om mij voorlopig halfjaarlijkse rapportages over de wachtlijstgegevens toe te spelen. Onderwijl blijf ik stimuleren dat alle ziekenhuizen dat nu snel implementeren.

De Nederlandse vereniging van ziekenhuizen onderzoekt op het ogenblik op welke manier de gegevens van ziekenhuizen verzameld kunnen worden in een landelijke databank. Die databank moet naar mijn mening openstaan voor iedereen; voor patiënten, voor verwijzers en voor zorgverzekeraars. Hoewel eraan gewerkt wordt, moet ik helaas tegen de heer Van den Berg zeggen: wij zijn er nog niet.

Ik had het zojuist al over enkele positieve opmerkingen over het systeem van meerjarenafspraken. Daar wil ik graag nog iets meer over zeggen. Wij hebben in het tweede paarse kabinet gekozen voor een nieuwe bestuurlijke aanpak in de zorg. Wij willen de partijen in het veld graag meer verantwoordelijkheid en beleidsvrijheid geven. Dat willen wij doen via het instrument van de meerjarenafspraken.

Deze aanpak, waarbij wij samen met het veld prioriteiten en de inzet van de middelen voor een aantal jaren bepalen, heeft tot doel rust en meer samenhang te brengen in de gezondheidszorg. Men weet als aanbieder van zorg voor een aantal jaren waar men financieel en beleidsmatig aan toe is, als men ook de andere kant honoreert. De meerjarenafspraken hebben als karakter: voor wat hoort wat. De financiële ontwikkeling in de komende vier jaar is uitgeschreven, maar daar staan wel een aantal prestaties tegenover waar zij op aangesproken worden. Er wordt gemonitord. Men kan niet jaar na jaar geld incasseren en elk jaar meer krijgen, terwijl men bijvoorbeeld niets heeft gedaan om de wachtlijsten terug te dringen.

De hoofdgedachte is dat de mensen die in de zorg werken, wat meer autonomie moeten hebben. Zij zijn de professionals. Zij kunnen en moeten meer verantwoordelijkheid dragen voor de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en verleend. Wij stellen de financiële kaders en de randvoorwaarden vast en daarbinnen moet men publieke doelstellingen realiseren. In de meerjarenafspraken worden dus de verantwoordelijkheden vastgelegd en wordt afgesproken welke resultaten met het beschikbare geld bereikt moeten worden. Wij zijn nu in het stadium van de uitwerking van de afgesloten Najaarsakkoorden. Die uitwerking zal aan het begin van de zomer haar neerslag kunnen vinden in meer concrete vervolgakkoorden.

Mevrouw Tuinstra vroeg waarom de GGZ niet meedoet aan de meerjarenafspraken. Het GGZ-veld was teleurgesteld over de geringe intensiveringsmiddelen die in de loop van deze kabinetsperiode aan die sector ter beschikking worden gesteld. Zij vonden het een kwestie van afspraken maken over dat extra geld en als dat extra geld niet zoveel voorstelt, kunnen daarover geen echte meerjarenafspraken worden gemaakt. Wij hebben wel met de GGZ conclusies van overleg geformuleerd en wederzijds ondertekend. Het is misschien ook een klein beetje een woordenspel. Inmiddels is nog 16,5 mln. extra voor de GGZ vrijgemaakt, waardoor men ook dit jaar al wat meer kan doen. De samenwerking met de GGZ onderga ik als heel constructief. De facto is er weinig verschil in de manier waarop wij met die sector omgaan en met de andere waarmee formeel afspraken zijn gemaakt.

Er zijn in de zorgsector goede en interessante ontwikkelingen. Wij willen in ons beleid aansluiten bij die ontwikkelingen. Wij willen vooral een beleid voeren dat al het goede faciliteert en stimuleert dat zich in de sector zelf voordoet. Een van die goede ontwikkelingen is dat men steeds meer de nadruk legt op samenwerking binnen de regio en op het aanpassen van de zorgverlening aan de specifieke behoefte van de patiënt. Sommige leden hebben gezegd dat de zorg zich moet richten op de patiënt en dat de patiënt zich niet hoeft aan te passen aan het zorgsysteem.

In het verlengde hiervan is er een tendens naar regionalisatie. Steeds

vaker worden afspraken op regionaal niveau geregeld. Daar vindt de daadwerkelijke interactie plaats tussen verzekeraars, aanbieders en hun verzorgingsgebied. Dat is ook de plaats waar je de patiënten en de cliënten het beste bij het formuleren van de doelstellingen kunt betrekken.

In die nieuwe regionale samenhang ligt in de zorgverlening de nadruk op patiëntgerichte zorg. Niet de zorgaanbieder, maar de patiënt en zijn of haar gang door dat zorgsysteem is het uitgangspunt voor de manier waarop de zorg gestructureerd wordt. Wij noemen dat "kanteling van het zorgproces". Er zijn mooie termen voor: integrale zorg aangeboden in een transmurale setting. Maar het gaat dus om afstemming, om samenhang en om een andere invalshoek, namelijk die van de patiënt.

Zo'n gewenste samenhang kun je het beste op regionaal niveau realiseren. Er zijn enkele regio's die daar al goed mee op streek zijn. Ik noem Gorkum, Alkmaar en Amsterdam. Mevrouw Schoondergang kan ik verzekeren dat wat er in Gorkum gebeurt allemaal kan binnen de bestaande regelgeving. Het is dus noch een kwestie van gedogen, noch van experimenteren. Het is wel een kwestie van creatief omgaan met bestaande regels.

Het gaat hierbij niet om de regio als een nieuwe territoriale autoriteit, maar om de regio als functionele aanduiding van de plaats waar vraag en aanbod elkaar ontmoeten, waar de regionaal dominante verzekeraar een soort regisseursrol vervult, de doelmatigheid bevordert en dus eigenlijk regionaal het beleid stimuleert en bevordert dat wij op landelijk niveau hebben vastgesteld.

Mijnheer de voorzitter! U vraagt zich nu misschien af wanneer de minister iets gaat zeggen over de regiovisie. Wij hebben afgesproken dat de staatssecretaris dat namens ons beiden doet, omdat het instrument van de regiovisie zich toch voor een groot deel op haar beleidsterrein afspeelt. Zij zal daar straks nog veel over zeggen.

Wat ik nog wil opmerken in het kader van de groeiende regionale samenhang, is dat die samenhang dwingt tot bezinning op ons verzekeringsstelsel. Wij zien dat de cure en de care aan de aanbodzijde steeds meer in elkaar schuiven. Dat komt omdat het gaat om patiënten die cure en care beide, vaak

Borst-Eilers

afwisselend, nodig hebben. Met name naarmate de gezondheidszorg in ons land steeds meer een zorg voor oudere mensen wordt, omdat zij de chronische aandoeningen hebben, ontstaat er een grote categorie patiënten die beurtelings bij de cure en de care in behandeling zijn. Als die aanbieders zo sterk verweven met elkaar gaan samenwerken, dan loop je natuurlijk op een gegeven moment aan tegen het feit dat de financiering wel volstrekt gescheiden is, namelijk deels AWBZ en deels ziekenfonds.

Er is natuurlijk nog een andere reden om ons te bezinnen op de houdbaarheid van ons verzekeringsstelsel. Dat is de eenwording van Europa, waar enkele leden vragen over hebben gesteld en waar ik later nog even op terugkom in het kader van de Kohl/Decker-arresten en de gevolgen daarvan. In het regeerakkoord wordt vermeld dat het kabinet zal bezien of het in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen en in de Europese Unie als geheel. Die analyse wil het kabinet maken in de tweede helft van deze kabinetsperiode. Veel adviezen en bouwstenen liggen al klaar. Ik wijs bijvoorbeeld op het grote rapport van de Wetenschappelijke raad voor het overheidsbeleid en diverse rapporten van de Raad voor de volksgezondheid en de zorg, onder andere over de toekomst van de AWBZ. Een belangrijk rapport van diezelfde raad is op dit moment nog in bewerking. Wij hebben aan de Raad gevraagd om de consequenties van de Europese integratie voor met name ons verzekeringsstelsel in kaart te brengen.

Mevrouw Maas heeft in het kader van de ontwikkelingen in de zorgsector met name over het punt van de schaalvergroting gesproken. Er is inderdaad sprake van schaalvergroting en van specialisatie. Dat kan de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Ik noem bijvoorbeeld een betere behandeling van speciale patiëntgroepen, een betere logistiek en de zorgketens, maar er zitten natuurlijk altijd risico's aan zo'n schaalvergroting. Wij vinden in ieder geval allemaal dat in de zorg de menselijke maat op de een of andere manier zichtbaar moet blijven. Nu

kun je binnen grootschalige organisaties ook kleinschalig en patiëntgericht werken. Ik wijs bijvoorbeeld op de speciale poliklinieken, zoals de polikliniek voor borstkankerpatiënten in het Delftse ziekenhuis. Daar wordt in een groot ziekenhuis kleinschalig gewerkt, als ware er een categorale klein kliniek voor dit soort patiënten. Je ziet dat op meer plaatsen.

Mijn beleid met betrekking tot ziekenhuizen en fusies is gericht op netwerken en niet op verdergaande fusies. Ik ben het op dat punt dus helemaal eens met mevrouw Maas. Ik wil ook graag kleine en middelgrote ziekenhuizen laten bestaan. Zij zijn ook heel nuttig uit het oogpunt van bereikbaarheid voor de bevolking. Alleen zijn sommige ziekenhuizen zo klein dat zij wel een soort achtervang moeten organiseren in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst met een groter ziekenhuis. Maar eigenlijk zie ik het, wat de ziekenhuizen betreft, het liefst in de vorm van netwerken met een groot academisch of ander topklinisch ziekenhuis in het midden van het web en daaromheen de grotere en ten slotte ook de kleinere ziekenhuizen en als laatste misschien de buitenpoliklinieken. De staatssecretaris zal het straks hebben over het beeld met betrekking tot het eerste compartiment.

Voorzitter: Michiels van Kessenich-Hoogendam

Minister Borst-Eilers: Ik heb lijnen van ons beleid toegelicht, maar ik heb ook heel goed geluisterd naar de heer Werner. Hij heeft in een heel duidelijk en welsprekend betoog aandacht gevraagd voor de ontwikkeling van het beleids- en beheersinstrumentarium. Hij zei dat hij dat niet voor de eerste keer deed en dat het hem ging om zorgen. Hij ziet een dreigende opeenstapeling van beleidsmaatregelen en eigenlijk weinig samenhang. Ik heb juist geprobeerd, aan te geven dat er wel degelijk een samenhangende lijn achter zit, maar ik kan niet ontkennen dat wij in een overgangsfase verkeren. Juist in zo'n overgangsfase ben je wel op weg naar een nieuwe systematiek op grond van een nieuwe visie, maar neem je natuurlijk nog steeds al die bestaande wet- en regelgeving met je mee. Ik ben het ook helemaal eens met de heer

Werner dat daar ook iets aan gedereguleerd moet worden. Daar zijn wij ook mee bezig. Ik zal daar later op terugkomen.

Het is inderdaad de laatste jaren, en misschien al sinds 1992, door het gebrek aan politieke consensus over ons gezondheidszorgstelsel heel moeilijk geweest om het publieke debat over de ontwikkeling van de zorgsector te voeren vanuit een helder geformuleerde en samenhangende visie. Omdat de zorgsector van nature toch al zo complex in elkaar zit, kan makkelijk het idee ontstaan dat de beheersstructuur en het beleid zich chaotisch ontwikkelen. Ik denk echter dat de heer Werner zich tot tolk van velen maakt als hij spreekt over het gebrekkige inzicht in die samenhang. Daarom loop ik ook op dat punt graag enkele hoofdlijnen na. Ik denk namelijk dat er bij nadere beschouwing toch wel sprake is van een grote lijn in het beleid en van samenhang in de oplossingen.

Ik begin met het instrumentarium in de sector van de curatieve zorg, het tweede compartiment. Daar zitten we inderdaad midden in een transitieproces van een sterk centraal gereguleerd stelsel naar een meer gedereguleerd systeem. Daarbij komen de verantwoordelijkheden voor de sturing en de inrichting rond het zorgaanbod meer bij de veldpartijen te liggen. Door zorginhoudelijke en technologische ontwikkelingen verandert ook het karakter van het zorgaanbod: de zorg wordt steeds meer verleend buiten de instellingsmuren en er is sprake van toenemende interactie en samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders.

De patiënt behoort in dat geheel centraal te staan. Dat is de bekende kanteling van het zorgproces. Het is de bedoeling dat op regionaal niveau zorgnetwerken ontstaan in een natuurlijk verzorgingsgebied waar al relaties bestaan waarop men kan voortbouwen. De partijen in de regio moeten dan de vrijheid hebben om het aanbod zelf te modelleren en de overheid moet zich steeds meer beperken tot sturing op hoofdlijnen en formulering van randvoorwaarden. Ik zie de meerjarenafspraken als een duidelijke stap in die richting.

Het is natuurlijk wel belangrijk dat in een regio ook voldoende "countervailing power" wordt georganiseerd ten opzichte van het zorgaanbod. Naarmate de zorgketen

Borst-Eilers

zich hechter aaneensluit, zou je immers al gauw het beeld kunnen krijgen van een monopolist-zorgaanbieder in de regio: al zijn het nog verschillende instellingen, door hun vergaande afspraken kunnen zij op de patiënt als één geheel overkomen. Die countervailing power ligt bij twee partijen, in de eerste plaats bij de zeer sterke partij van de zorgverzekeraars en in de tweede plaats bij de patiëntenorganisaties. Ik ben mij er echter van bewust dat die tweede partij, ondanks de steun die ik haar ook in financiële zin steeds probeer te geven, nog niet echt een sterke partij is die een vuist kan maken.

Er is dus veel verantwoordelijkheid gelegd bij de verzekeraars. Met name de dominante, in de regio aanwezige verzekeraars kunnen vanwege hun contacten met alle zorgaanbieders in de regio een significante regierol vervullen bij de structurering van het zorgaanbod. Daar moeten zij dan wel belang bij hebben; dat belang krijgen zij in financiële zin doordat zij nu vergaand risicodragend zijn gebudgetteerd. Dat proces gaat nog steeds verder. Met Zorgverzekeraars Nederland – ook daar heb ik meerjarenafspraken mee – ben ik bezig om dat proces verder te voeren. Zolang zorgverzekeraars echter nog niet volledig risicodragend gebudgetteerd zijn, is het vanuit het oogpunt van kostenbeheersing nodig dat ook voor bepaalde categorieën aanbieders een systeem van budgettering in stand blijft. Daardoor ontstaat natuurlijk een spanning – dat is waarschijnlijk een van de spanningen waar de heer Werner aan dacht – maar ik denk dat dat in een transitieperiode onvermijdelijk is en dat je dit gewoon moet aanvaarden. Er wordt wel gewerkt aan de vermindering van die spanning. Als uitvloeisel van het traject MDW Ziekenhuiszorg bekijkt het COTG op het ogenblik in een uitvoeringstoets hoe een nieuwe bekostigingssystematiek van ziekenhuizen eruit zou kunnen zien en hoe de dynamiek tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen vergroot kan worden. Tegelijkertijd proberen we in deze tussenperiode alles te doen om eventuele drempels voor integrale zorg ten gevolge van bestaande financieringsschotten zoveel mogelijk teniet te doen door maatregelen als de flexizorgregeling in de Ziekenfondswet en de Beleidsregel zorgvernieuwing.

Ik ben dus optimistisch gestemd over de ingeslagen weg naar een gemoderniseerd zorgsysteem en ik voel mij daarbij niet in de laatste plaats gesterkt door de meerjarenafspraken, die op die weg een belangrijke impuls vormen en waarin de veldpartijen hun vertrouwen hebben uitgesproken.

Ik wil nog enkele specifieke opmerkingen maken over de kostenbeheersing in het tweede compartiment. Dan kom ik dus ook bij de concrete vragen van de heer Werner. De capaciteitsbepaling vindt in het tweede compartiment plaats via de WZV; tevens geldt het systeem van instellingsbudgettering op grond van de WTG, de Wet tarieven gezondheidszorg. Aangezien de mate van benutting van de toegestane capaciteit in dat tweede compartiment nu eenmaal op voorhand veel minder een uitgemeekte zaak is dan in de AWBZ-instellingen zijn de productieafspraken in het tweede compartiment van belang voor de uitkomsten van het budgetteringsproces. Daarnaast is er in het tweede compartiment sprake van een flinke hoeveelheid niet-instellingsgebonden zorg: de huisarts, geneesmiddelen, hulpmiddelen, etc. Op die onderdelen worden verzekeraars geacht invloed te kunnen uitoefenen. Daarvoor worden ze dus gebudgetteerd en dragen zij risico.

Het toenemen van het risico dragen van verzekeraars hangt enerzijds samen met de verbetering in de verdelende werking van het budgetteringsmodel en anderzijds met de toename van de mogelijkheden voor de ziekenfondsen om zelf ook de kosten te beïnvloeden. Met het verbeteren van die verdelende werking zijn we al een tijd bezig. Dat is echt technisch handwerk. Het is moeilijk, maar we maken nog steeds vorderingen, om tot een verdelingsmodel te komen dat zo goed is dat de budgettering tot 100% kan worden doorgevoerd.

Dan kom ik bij de kwestie van de beïnvloedingsinstrumenten door de verzekeraars. Dat is misschien nog moeilijker. Dat is aan de ene kant een kwestie van attitudeverandering bij ziekenfondsen. Men moet geleidelijk aan inzien dat reeds bestaande mogelijkheden echt beter en effectiever benut kunnen worden. Aan de andere kant moet men precies bekijken op welke punten de bestaande aanbodregulering kan en

moet worden beperkt of veranderd om meer ruimte voor verzekeraars te scheppen. Dat moeten wij dus bekijken, de overheid. Daar zijn we ook mee bezig. Ik noem een enkel voorbeeld. In vervolg op het rapport Het ziekenhuis, A Human Enterprise zijn bij het COTG de voorstellen in behandeling die ik net noemde. Dan gaat het erom het bekostigingssysteem van ziekenhuizen zodanig te herzien dat onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars niet alleen gaan over het volume van de productie, maar ook over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid. De producttypering – dit is een ander onderwerp – is geen zaak van het COTG, maar van de partijen, met name de specialisten en de verzekeraars.

De flexizorgregeling die er al is en ook gebruikt wordt, wordt breder en beter toepasbaar gemaakt. Recentelijk is een gezamenlijke werkgroep van overheid en verzekeraars van start gegaan om op het terrein van geneesmiddelen concreet in kaart te brengen welke belemmeringen besloten liggen in de huidige regelgeving. Dan heb ik het over belemmeringen die verzekeraars verhinderen om effectief beleid te voeren op het punt van de beïnvloeding van het voorschrijven. Ik kom daar zo bij de geneesmiddelen nog op terug.

Het vervangen van de bestaande aanbodregulering door meer vrijheden en instrumenten voor verzekeraars is een proces dat een voorzichtige aanpak vraagt. Er is nu eenmaal een permanente noodzaak van kostenbeheersing. Dat betekent dat je geen wilde experimenten kunt doen, waarbij de kosten misschien onverhoeds toch de pan uit vliegen. Daarom gebeurt het stap voor stap en zal de overgangperiode een zekere tijd in beslag nemen. Overigens is er wat de kostenbeheersing in het tweede compartiment betreft op het ogenblik zeker geen reden tot ontevredenheid, integendeel. Er zijn natuurlijk enkele onderdelen – dat zijn de openeinde-regelingen – waar nog problemen zijn. Dan heb ik het over de genees- en hulpmiddelen.

Dan wil ik er nog op wijzen dat we op dit moment druk bezig zijn met het ontwikkelen van een beleidsvisie op de modernisering van de AWBZ. Daar zal de staatssecretaris straks nader op ingaan.

Borst-Eilers

Nu vroeg de heer Werner hoe ik denk over het instellen van een zware juristencommissie die zou moeten gaan kijken naar de WTG, de WZV, de verzekeringswetgeving. Ik ben het met de heer Werner eens dat het nodig is om wetgeving periodiek te evalueren en deze wetten gaan inderdaad al een poosje mee. Het gaat niet alleen om de juridische aspecten, de bestuurlijke aspecten zijn minstens zo belangrijk. Wij werken op het ogenblik aan een evaluatie van de WTG. Dan gaat het niet alleen om de WTG sec, maar ook om de omgeving die voor die wet relevant is. Dan moeten we denken aan internationalisering, mededingingsbeleid en initiatieven op het terrein van Arbozorg. Het is de bedoeling om de Tweede Kamer nog voor de zomer over de evaluatie van de wet tarieven te rapporteren.

Het zal de heer Werner bekend zijn dat al geruime tijd wordt gewerkt aan een opvolger van de WZV. Dat heeft enige vertraging opgelopen door de zgn. privé-kliniekenaffaire, maar het staat nu weer helemaal op de rails. Nog dit jaar zal het nieuwe wetsvoorstel aan de Tweede Kamer worden voorgelegd.

Ook herinner ik in dit verband nog aan het plan van het kabinet om een analyse van het stelsel te maken en een ontwerp neer te leggen waarmee een volgend kabinet meteen zijn voordeel kan doen. Ik denk dat wij, zij het dan niet via een zware commissie van juristen, hiermee bezig zijn op een manier waarvoor wij nu eenmaal gekozen hebben. In het kader van mijn beleid acht ik zo'n zware commissie op dit moment ook niet opportuun.

Mevrouw Tuinstra vroeg of de verzekeraars, waaraan wij zoveel vertrouwen geven in het systeem dat ik u zojuist schetste, hun rol eigenlijk wel waarmaken als je ziet hoe zij omspringen met de gelden van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering, helemaal buiten de overheid om. Ik denk dat dit toch los van elkaar staat. De bestemming van de reserves van die oude vrijwillige ziekenfondsverzekering is een bijzonder dossier met een heel eigen en lange voorgeschiedenis. De ziekenfondsen hebben die gelden altijd als particuliere middelen beschouwd en juridisch gezien zijn ze dat ook. Vanuit die optiek is het niet gek dat zijzelf ook de verantwoordelijkheid voor de aanwending van het geld willen dragen. Wat ik

wel gek vind, is dat daar de afgelopen 12 jaar eigenlijk niets van terecht is gekomen of dat er eigenlijk niets gebeurd is. Het geld is grotendeels onbesteed gebleven, maar er is veel politieke druk op gezet. Zelf ben ik opnieuw op zoek gegaan – de verzekeraars weten dat ook – naar mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de bestemming van die gelden, al zijn ze formeel eigendommen van die verzekeraars. De ziekenfondsen zijn al of niet onder druk van dit alles in ieder geval zover dat zij hun maatschappelijke verantwoordelijkheid willen nemen en dat geld gaan besteden over een periode van 20 jaar, een periode die ik overigens wat aan de lange kant vind. Maar, de verschillen tussen de bedragen per ziekenfonds zijn echt heel groot en men is bang voor grote marktverstoringen wanneer iedereen in één jaar die bak geld zou omkeren. Ik hoop dat Zorgverzekeraars Nederland de gelden ten dele ook voor goede landelijke doelen wil bestemmen – ik ben daarover ook in gesprek – en een heel goed landelijk doel zou bijvoorbeeld zijn het versterken van die informatie- en communicatietechnologie, netwerken in de Nederlandse gezondheidszorg, want daar ontbreekt inderdaad het nodige aan. In ieder geval ben ik alles bij elkaar genomen blij dat men nu die stap gezet heeft en dat het geld nu jaar na jaar toch in de zorg gaat vloeien. Ik vind dat toch weer een mooi voorbeeld dat verzekeraars op een gegeven moment wel degelijk hun maatschappelijk verantwoordelijkheid zien en ook nemen.

Mevrouw Tuinstra had nog een vraag over de kleine zelfstandigen in het ziekenfonds, de kwestie van de inkomensgrens. Die grens komt, zoals ook in het regeerakkoord staat, materieel overeen met de loongrens van de werknemers. Dat betekent dat wij met dezelfde premieheffingsgrondslag te maken hebben. Het voert te ver om dat technisch verder uit te spitten, maar het komt erop neer dat van het loon eerst nog het nodige af moet voordat de premie over het restant wordt geheven. In feite zijn die twee bedragen dus volstrekt vergelijkbaar. Als mevrouw Tuinstra dat graag eens op papier wil zien, zullen wij dat haar wel laten zien.

In het kader van het stelsel is natuurlijk van groot belang de

kwestie van Kohll en Decker, liever gezegd de vraag van hoeveel belang ze zijn. De heer Dees heeft daar uitvoerig aandacht aan besteed, daarna ook mevrouw Tuinstra en de heer Werner. Zij hebben gevraagd of het wenselijk is dat het Europees recht zich zodanig ontwikkelt dat ook de wettelijke sociale stelsels, sociale zekerheid en zorg, getoetst worden aan de beginselen van het EG-recht, vrij verkeer van goederen en diensten en mededinging en, zo neen, welke reparaties er dan kunnen komen. De heer Dees vroeg wat het standpunt van het kabinet en het standpunt van het Comité van Ministers in Europa was. Voorts vroeg hij hoe ik denk over de risico's voor onze macro kostenbeheersing, die zich immers voor een groot deel voltrekt via aanbodregulering.

De toenemende invloed van het Europese recht op de nationale stelsels is, zoals blijkt uit de Europese jurisprudentie, een gegeven. Het antwoord op de vraag of nationale overheden achteraf gezien die ontwikkeling beleidsmatig nu wel of niet wenselijk vinden, is misschien niet zo relevant. Primair is het zaak wetgeving te ontwikkelen en in stand te houden die de Europeesrechtelijke toets kan doorstaan. Daarbij moeten wij niet vergeten, dat het Europese recht gelukkig rechtvaardigingsgronden kent voor afwijkingen. Die rechtvaardigingsgronden, voorzover hier relevant, zijn het voorkomen van ernstige verstoring van het financiële evenwicht van het stelsel en handhaving van een evenwichtige en voor iedereen toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen.

Een ambtelijke werkgroep is op dit moment bezig de aanbevelingen uit het rapport van het kabinet dat naar aanleiding van de genoemde arresten het vorig jaar aan de Eerste en de Tweede Kamer is aangeboden nader uit te werken. Bekeken wordt of die consequenties hebben voor onderdelen van onze wetgeving.

In de regio Zeeuws-Vlaanderen is een experiment van start gegaan met contracteren over de grens. Vandaag wordt in Antwerpen feestelijk het eerste contract dat in dat kader tot stand is gekomen getekend.

De opvatting van het kabinet is de Kamer het vorig jaar toegestuurd. Ik herhaal haar kort. Er is natuurlijk ook altijd weer voortschrijdend inzicht. Wij zijn nog steeds van mening dat

Borst-Eilers

een naturastelsel zoals wij dat kennen in de Ziekenfondswet en de AWBZ past binnen de bevoegdheid die lidstaten hebben om naar eigen goeddunken, onder respectering van het gemeenschapsrecht, het stelsel van sociale zekerheid in te richten. Die vrijheid impliceert de keuze voor het naturasysteem. De consequentie van dat systeem is het systeem van zorgovereenkomsten vanuit de aard van die naturaverzekering. Zij maken een onmisbaar onderdeel van dat systeem uit. Het kabinet heeft de wetgeving getoetst aan de beginselen van het Europees recht. Het heeft geconcludeerd, dat wetgeving er niet aan in de weg staat dat verzekerden gecontracteerde zorg in het buitenland inroepen. Die zorg moet dus wel gecontracteerd zijn. Wij kennen ook nog het vereiste van voorafgaande toestemming voor niet gecontracteerde zorg. Ook daaraan zijn geen territoriale beperkingen gesteld.

Het Nederlandse stelsel van sociale ziektekostenverzekering, zoals wij dat kennen in Ziekenfondswet en AWBZ, werpt naar onze mening geen ongerechtvaardigde belemmeringen op van vrij verkeer van goederen en diensten. Wij denken dat wij in dat opzicht in overeenstemming zijn met het gemeenschapsrecht.

De heer Dees vroeg naar het standpunt van het Europees Comité van Ministers. Noch van de zijde van het comité noch van de zijde van de Europese Commissie is hierover een standpunt ingenomen. Mijn collega-ministers van Volksgezondheid en ik zijn echter wel allen van mening dat het wenselijk zou zijn als zo'n standpunt er wel kwam, omdat wij allen met dezelfde vragen bezig zijn. Wat betekent het voor het beheersingssysteem in het eigen land? In de administratieve commissie voor de sociale zekerheid van werknemers van de Europese Unie hebben de regeringsvertegenwoordigers wel een standpunt-inventarisatie gedaan bij de verschillende lidstaten. Wat bleek daaruit? In alle lidstaten wordt de uitspraak thans bestudeerd op de eventuele consequenties voor de eigen nationale wetgeving. Er is wel een bepaalde neiging bij de lidstaten om die uitspraak vooralsnog heel restrictief toe te passen, in afwachting van mogelijke verdere jurisprudentie.

Ik heb de Tweede Kamer een vervolgrapportage toegezegd, die de

bevindingen van de ambtelijke werkgroep zal bevatten. Die wil ik ook benutten om een inventarisatie te geven hoe andere landen met het vraagstuk omgaan.

Het over de grens gaan door Nederlandse verzekerden, dat nu af en toe gebeurt, lijkt macro voor onze kostenbeheersing geen grote gevolgen te hebben. Dat is ook niet het geval bij het inroepen van zorg door buitenlandse verzekerden in Nederland. Deze voorzichtige conclusies hebben we getrokken op grond van lopende experimenten op het terrein van grensoverschrijdende zorg. Zij vinden plaats in drie regio's: in Limburg, Zeeuws-Vlaanderen en Nijmegen. In Zeeuws-Vlaanderen hebben we een officieel contract gesloten. Daar zijn we dus verder dan een experiment. Uit de experimenten blijkt, dat het volume van de grensoverschrijdende zorg uit macro-oogpunt eigenlijk niet relevant is.

Dan nu, mijnheer... pardon, mevrouw de voorzitter. Ik heb misschien al een keer mijnheer gezegd terwijl u al op de voorzittersplaats zat.

De **voorzitter**: Dat komt meer voor.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter! Dan kom ik nu toe aan mijn opmerkingen over het geneesmiddelenbeleid. Daarover zijn diverse vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Ik denk met name aan die van de heren Dees en Werner. Zij spraken over ballen in de lucht. Zij hadden 38 maatregelen geteld. Er zou een gebrek aan inzichtelijkheid zijn. Wat is nu precies de lijn, vroegen zij.

Ik wijs er allereerst op, dat het geneesmiddelen dossier een zeer weerbarstig dossier is. Dat geldt in alle Europese landen. Overal blijken de kosten heel moeilijk beheersbaar. Overal zie je dat de geneesmiddelen-uitgaven jaarlijks fors groeien en dat dat onvermijdelijk lijkt te zijn. Dat kunnen we ook wel begrijpen. De bevolking veroudert. Er komen nieuwe geneesmiddelen beschikbaar en als die een duidelijke meerwaarde hebben, zijn wij daar alleen maar blij mee. De pijn zit in de dure, nieuwe geneesmiddelen zonder meerwaarde. De pijn zit ook in het onnodig voorschrijven, bijvoorbeeld van maagzuurremmers. Ik kan dat rustig zeggen, want de Nederlandse huisartsen hebben onlangs zelf

gepubliceerd dat ze daar veel te veel van voorschrijven. Ook komt gevaarlijk voorschrijven voor. Daarbij denk ik aan benzodiazepinen, waarover mevrouw Schoondergang sprak. In het regeerakkoord is dan ook afgesproken om de forse uitgavengroei van de geneesmiddelen in deze kabinetsperiode met nieuwe maatregelen te beteugelen. Dat vergt een flinke inspanning. Het vergt maatregelen bovenop hetgeen we al doen. De heer Werner zei: er is van alles geprobeerd, maar de kostenstijging is gewoon doorgegaan. Naar mijn mening is die evenwel niet "gewoon" door gegaan. Alleen al in de afgelopen twee perioden is die groei voor 2,2 mld. omgebogen. Hoofdzakelijk gebeurde dat aan de hand van drie maatregelen: het geneesmiddelenvergoedingssysteem, het opschonen van het pakket en de Prijzenwet. Alle drie de maatregelen hebben gewerkt; 2,2 mld. is natuurlijk niet een klein bedrag. Zonder die ombuiging was de groei in de afgelopen periode nog hoger geweest. Nu staan de seinen op rood. Dat betekent dat ook deze periode bezuinigd moet worden.

Gelet op de kritische opmerkingen van de heren Dees en Werner wil ik graag mijn visie op het toekomstige geneesmiddelenbeleid geven. Eerst geef ik een korte karakterisering van doel en middelen op dit beleidsterrein. Daarna geef ik u mijn visie, waarbij ik op voorhand zeg: dit is niet een star planningsdocument; het is een ontwikkelingsmodel waarmee het doel vaststaat, maar waarmee een aantal keuzen mogelijk is.

Mijn doel is het realiseren van een kwalitatief goede farmacotherapie tegen aanvaardbare kosten in een omgeving waarin de privaatrechtelijke relaties tussen risicodragende verzekeraars en groepen van voorschrijvers een beheersbare uitkomst moeten waarborgen. Hier klinkt de decentralisatie al weer door. De wegen naar dit doel bevatten een aantal vertakkingen die om een keuze vragen als je op een bepaald punt bent aangeland. Die keuzen wil ik gefundeerd maken en doen op basis van nog te verwerven kennis over uitvoerbaarheid en te verwachten effecten. Op onderdelen is dan ook sprake van een leerstrategie. Mijn visie wil ik graag formuleren aan de hand van drie thema's: kwaliteit en volume, prijsvorming en distributie.

Borst-Eilers

Ik streef naar een model waarin specialisten en huisartsen in een regionale groepstructuur duurzaam samenwerken op het terrein van de farmacotherapie. Het gaat dan om zaken als: medicatiebeleid, bijscholing, kwaliteitszorg en elektronische informatie-uitwisseling. Die artsgroepen worden ondersteund door apothekers, bij deze taken, maar ook bij de patiëntenvoorlichting en bij het opstellen en telkens bijstellen van geneesmiddelformularen. Dat is het lijstje dat aangeeft: in deze regio doen wij het met dit pakketje geneesmiddelen. Langs die weg moet een goede, zuinige en zinnige farmacotherapie totstandkomen en moet zowel onder- als overmedicatie voorkomen worden. In feite is dat het model van de ziekenhuisfarmacie, omdat apothekers en artsen in ziekenhuizen al op die manier samenwerken met kostenbeheersing als duidelijk resultaat. Ik wil dat model van de ziekenhuisfarmacie uitbreiden tot een regionaal model.

De verzekeraars zijn als budgethouders de aangewezen partijen om dit proces en de stimulansen te organiseren. De voorschrijvers die zijn georganiseerd in groepen zijn daarbij voor de verzekeraars de gerede partij om er jaarlijks contracten mee te sluiten. In die contracten moeten in ieder geval afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en het volume, over de monitoring en over de resultaatverplichtingen. Als ten opzichte van de taakstellende groei van het macrobudget voor geneesmiddelen, dat van jaar tot jaar toeneemt, partijen in een regio een lagere groei realiseren, dan kan die ruimte in het budget een besteding krijgen. Dat kan worden vastgesteld in onderling overleg tussen partijen. Het moet wel altijd een besteding zijn in de zorg. Het gaat om een decentraal onderhandelingsmodel. De rol van de overheid blijft beperkt tot het stellen van randvoorwaarden aangaande het budget en de kwaliteit, het verschaffen van instrumenten om reële onderhandelingen mogelijk te maken en het monitoren van deze processen.

De keuzes waarmee ik bij dit thema te maken heb, hebben betrekking op de vormgeving van de kostenbeheersing – welke vorm kies je daarvoor? – en de lokale vormgeving van het farmacotherapiemodel. Bij de vormgeving van de kosten-

beheersing is er eigenlijk een keuze tussen de bekende WTG-weg, waarbij je naar analogie van instellingsbudgettering ook de groepen voorschrijvers budgetteert voor de kosten van de geneesmiddelen en het model waarin de risicodragende verzekeraar met de groepen voorschrijvers contractueel een virtueel budget in een regio overeenkomt voor de geneesmiddelen. In het regeerakkoord wordt een gemengde vorm genoemd: ziekenhuizen gebudgetteerd voor poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen en huisartsen met dat virtuele budget of referentiebudget. Het model met poliklinische budgettering wordt op dit moment door het COTG onderzocht op uitvoerbaarheid en risico's. Als daaruit naar voren komt dat het niet bevredigend zal zijn, dan wil ik kiezen voor het model met virtuele budgettering voor zowel de huisartsen als de specialisten.

De beste vormgeving van dat lokale farmacotherapiemodel wordt de komende tijd onderzocht in een aantal proeftuinen. Wij noemen die farmacotherapiegroepsmodellen FTTO: farmacotherapeutisch transmuraal overleg. Wij spreken dan ook wel over FTTO-proeftuinen. Die proeftuinen zullen een variëteit in de aanpak kennen. Wij kunnen daarvan het nodige leren. Tijdens het experiment zullen wij de succesvol gebleken concepten eruit pikken en implementeren.

Het tweede thema is de prijsvorming, waarvan ik wil dat die zich de komende jaren zal afspelen onder het plafond van de Wet geneesmiddelenprijzen. Voorzover de prijsvorming wordt beïnvloed door handelsvoordelen wil ik de inkoop zo inrichten dat de inkoopvoordelen ten goede komen aan zorg. Dat betekent dat de verzekeraars de regie krijgen over de inkoop van geneesmiddelen. Immers, verzekeraars die inkoopvoordelen krijgen kunnen die alleen maar aan zorg besteden in het licht van de Wet maximering ziekenfondsreserves. De keuzes waarvoor ik bij de prijsvorming sta hebben betrekking op de vormgeving van de regiefunctie van de verzekeraar. Hij kan ervoor kiezen die inkoop zelf te organiseren en bijvoorbeeld de benodigde hoeveelheid extramuraal af te leveren geneesmiddelen bij openbare inschrijving in te kopen. Het is ook goed denkbaar dat een verzekeraar eisen stelt aan de

transparantie en aan de te bereiken inkoopvoordelen om vervolgens de feitelijke inkoop te laten plaatsvinden door partijen die ook bij de aflevering zijn betrokken. Het MDW-onderzoek naar inkoop en distributie verkent op dit moment die opties.

Het derde thema is de distributie. De openbare apotheek zal haar monopolie op de aflevering van op recept verkrijgbare geneesmiddelen verliezen. De wet- en regelgeving die dit monopolie opheft is al gerealiseerd of is op dit moment in behandeling bij uw Kamer. Ik verwacht dat de komende jaren nieuwe partijen tot deze distributiemarkt zullen toetreden en dat ook nieuwe distributievormen zich zullen aandienen. Behalve de te stellen kwaliteitseisen zal er nog weinig betrokkenheid zijn van de overheid bij distributie en aflevering. De genoemde veranderingen leiden tot grote veranderingen in de rol van de apotheker; veranderingen die het wenselijk maken dat er ook een visie wordt ontwikkeld op die toekomstige rol van de apotheker.

De omgeving van de apotheker is aan sterke veranderingen onderhevig. Daarmee zullen zijn rol en functie wijzigingen ondergaan. Ziekenhuizen kunnen binnenkort op grond van nieuwe wetgeving extramuraal geneesmiddelen afleveren. Een apotheker kan in loondienst zijn bij een niet-apotheker. Daarmee zullen nieuwe toetreders op de markt verschijnen. Ook de nadere uitwerking van de plannen van de commissie-Koopmans, die ik zojuist kort schetste, brengt een aanzienlijke wijziging van de omgeving van de apotheker met zich. De verzekeraars krijgen een regiefunctie ten aanzien van de farmaceutische zorg. Onderdeel is de verantwoordelijkheid voor de inkoop.

De apotheker is nu én handelaar én zorgverlener. In de toekomst zal hij voor de publieke taken nog slechts zorgverlener zijn. Overigens wordt deze visie door de KNMP gedeeld.

De heer **Dees** (VVD): De apotheker zal voor de publieke taken uitsluitend zorgverlener zijn. Hij heeft dan geen belang meer bij de inkoop en de kortingen en bonussen zullen verdwijnen. Waarom moeten er dan andere distributiepunten zijn naast de apotheker? Dat leidt alleen maar tot kostenverhoging.

Borst-Eilers

Minister **Borst-Eilers**: Deze vraag wordt betrokken bij het MDW-rapport. Inmiddels is overigens al wet- en regelgeving terzake van kracht. In Engeland is er bijvoorbeeld de distributieketen van Boots. Ik neem niet aan dat een en ander tot kostenverhoging leidt.

De heer **Dees** (VVD): Wel als de systematiek van de receptregelvergoeding blijft gelden.

Minister **Borst-Eilers**: Er zal heel veel veranderen. De apotheker behoudt wel een aantal taken. De verzekeraar zal op die punten contracten met de apothekers sluiten en dan zal duidelijk worden wat er financieel tegenover staat.

De heer **Werner** (CDA): Wordt in deze gedachtegang de taxe gehandhaafd?

Minister **Borst-Eilers**: Op dit moment is er nog geen voornemen, die taxe af te schaffen. Het model zal gaandeweg ontwikkeld worden. Ik weet dat u van mening bent dat de taxe de prijsconcurrentie belemmert en de margeconcurrentie bevordert. Wij zijn bezig met de ontwikkeling van een geheel andere systematiek. Het kan heel goed dat straks de taxe niet meer relevant is.

De heer **Werner** (CDA): Ik zie niet welke voordelen er ontstaan als de prijs die vergoed wordt door de verzekeringsmaatschappijen, door het COTG wordt vastgesteld. Als daar geen beweging in zit, kan er niet regionaal onderhandeld worden over de prijzen. Een groot deel van het budget is al door een ander vastgesteld en dan kan er alleen nog winst geboekt worden door een doelmatiger voorschrijfgedrag. Er zijn drie compartimenten, maar ik zie niet wat het verband is. Er moet eerst samengewerkt worden in een FTO. Vervolgens is het de vraag wie de inkoop moet doen en daarna moet de distributie van geneesmiddelen aan marktwerking onderhevig worden. Het is moeilijk om concurrenten met elkaar te laten samenwerken.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is waar, maar zo zit het model ook niet in elkaar. U gaat ervan uit dat het opgelegde prijzen zijn, terwijl het maximumprijzen zijn. De zorgverzekeraar wordt verantwoordelijk

voor de inkoop. Hij kan heel goed voor lagere prijzen inkopen. Ik wijs erop dat de verzekeraar een heel ander belang heeft dan de apotheker.

De heer **Werner** (CDA): Dat ontken ik niet. Maar het valt mij op dat u een bijna blind vertrouwen heeft in het doelmatig werken van verzekeraars. Het is in het verleden wel eens gebleken dat verzekeraars niet geheel vies zijn van de mogelijkheid, ergens eens een stuivertje bij te verdienen. Hoe waarborgt u dat de voordelen niet in een BV van een verzekeraarscombinatie verdwijnen? Wij hebben al eerder reserves in andere potten zien verdwijnen. Wij hebben ook ervaringen met Nuts bij de inkoop van allerlei goederen. Ik heb bewondering voor uw vertrouwen in partijen, maar er zitten toch wel veel haken en ogen aan. In de regio komt men wel in vele rollen tegenover en naast elkaar te staan. Het model is mij nog niet helder, maar dat zal het vandaag ook niet geheel worden.

Minister **Borst-Eilers**: Een schriftelijke uitleg kan meer helderheid bieden dan een mondeling betoog, dat door mij met het oog op de tijd ook enigszins gecomprimeerd is. Er is een goed toezicht op de zorgverzekeraars. De gebeurtenissen zijn bekend dankzij de werkzaamheden van de Commissie toezicht uitvoeringsorganen, die deze zaken systematisch boven water haalt. Ik lees altijd de verslagen van die commissie. Ik spreek ook regelmatig de voorzitter en de secretaris. Er is sprake van een heel actief toezicht.

De heer **Werner** merkte op dat er vroeger van alles is gedaan met reserves van verzekeraars. Ik noem de Wet maximering reserves ziekenfondsen. Daarmee is er geen uitweg meer voor het vergroten van de reserves. Als een verzekeraar toch niet inkoop voor een lage prijs, maar in plaats daarvan handelsvoordelen of wat dan ook geniet, kan dat alleen nog besteed worden in de vorm van verlaging van de nominale premie of in meer zorgverlening. Andere uitwegen zijn er niet, tenzij men trucjes toepast, maar daarop ziet het toezicht toe.

De apotheker is en blijft iemand met een unieke kennis op het gebied van de farmacie. Het is een vak dat steeds ingewikkelder wordt. Ik denk dat het uitgesloten is dat artsen zich naast de kennis op het eigen

vakgebied, ook nog eens de gehele farmaceutische kennis eigen maken. De apotheker is een onmisbare medespeler op het gehele terrein, met name op het gebied van adviseur van de arts en vaak ook voorlichter van de patiënt.

Er komt een soort drievoudige rol van de apotheker: een rol in het eedergenoemde FTTO, een rol met betrekking tot aflevering en eventueel een inbreng ten aanzien van inkoop, afhankelijk van de wijze waarop de verzekeraar dat regelt.

Inzake de aflevering van recept-geneesmiddelen aan patiënten blijft de tussenkomst van een apotheker, al dan niet in loondienst, dan ook noodzakelijk. Dat is ook een kwestie van wetgeving. Dat geldt eveneens ten aanzien van de aflevering die thans plaatsvindt bij apotheekhoudende huisartsen. Voor een goed advies en ook voor controle van recepten is een directe betrokkenheid bij het af te leveren product noodzakelijk. Dat blijft ook zo.

De apotheker kan natuurlijk ook instaan voor een gerichte geneesmiddelbewaking en een eventuele feedback ten aanzien van het voorschrijvend gedrag van de artsen. Wij zien ook bij de ziekenhuisapotheker dat dit een belangrijke taak is, die ook veel vruchten afwerpt.

De deskundigheid op het gebied van de inkoop van de apotheker blijft dus ook bestaan. Voorzover ik weet wat er bij de zorgverzekeraars leeft, zijn degenen die ook een actieve rol op zich willen nemen bij de inkoop, voor inschakeling van de apotheker daarbij. Deze drie functies van de apotheker, FTTO, aflevering en inkoop kunnen dus afzonderlijk door de verzekeraar worden gecontracteerd.

Het zal nog even duren voor mijn toekomstbeeld werkelijkheid is. Dat zal de Kamer uit het voorgaande begrijpen. Ik moet de eerstkomende jaren de kosten beheersen en ik moet de eerstkomende jaren blijven sturen op de klassieke instrumenten. Ik moet dus sturen op prijs en volume door het doelmatig voorschrijven via richtlijnen en protocollen. Het elektronisch voorschrijfsysteem dat huisartsen nu snel aan het invoeren zijn – specialisten moeten volgen – dicteert als het ware die richtlijnen en protocollen aan de voorschrijver. Verder moet ik sturen via het geneesmiddelenvergoedingensy-

Borst-Eilers

steem, de zelfzorgmiddelen uit het pakket met uitzondering van chronisch gebruik en door de opbrengst van kortingen en bonussen ten goede te laten komen aan de zorg. Dit moet wel gebeuren in het licht van de uitkomst van het COTG-onderzoek naar de normering van de praktijkkosten. Dat zijn de punten voor de komende paar jaar.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Zijn de aangekondigde maatregelen voor de apothekers voorlopig van de baan, totdat de minister daar meer zicht op heeft? Of doet de minister wat zij heeft aangekondigd: eerst doorzetten en straks misschien een heel andere systematiek invoeren?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb het met de KNMP besproken. Er zijn twee trajecten: het kortetermijntraject en het langetermijntraject. Voor het langetermijntraject moet een nieuwe honoreringssystematiek voor de apotheker worden ingevoerd op grond van de nieuwe taakvervulling. Dat neemt niet weg dat het voor de korte termijn redelijk is om de apotheker een adequate vergoeding te geven voor de praktijkkosten en zijn inkomen. Het is bekend dat de apothekers hebben gevraagd of het COTG daar een onderzoek naar kon instellen. Geen enkele partij wilde hen daarin steunen, dus dat is niet gebeurd. Ik heb het COTG onlangs verzocht dat onderzoek toch wel te laten plaatsvinden. De uitkomst van dat onderzoek speelt natuurlijk een rol bij het beantwoorden van de vraag wat je kunt doen met de ruimte van ongeveer 225 mln. die er nu schijnt te zijn. Die komt dus al niet aan de zorg ten goede. Is een deel daarvan nog noodzakelijk om de praktijkkostenvergoeding adequaat te maken? Ik weet op dit moment niet precies wanneer het COTG met zijn werk klaar is. Ik hoop dat dit wel snel is; ik wil er niet al te lang op wachten.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): De minister wacht dus in ieder geval op het onderzoek van het COTG. Tot nu toe had ik begrepen dat de minister, om een bepaalde misstand uit de wereld te halen, op de receptregelvergoeding wil korten. Ik had juist betoogd dat ik dat een verkeerde gang van zaken vind. Dat is de omgekeerde wereld.

Minister **Borst-Eilers**: Daarover verschil ik met mevrouw Schoondergang van mening. Ook die aanwijzing ligt nog bij het COTG. Het COTG moet die twee dingen in combinatie met elkaar behandelen. Het gaat tenslotte gewoon om de vraag of de apotheker voldoende inkomsten krijgt om zijn eigen honorarium en de praktijkkosten te kunnen dekken. Dat alles wordt natuurlijk wel genormeerd. Het gaat er dus niet om hoe het toevallig bij een individuele apotheker eruit ziet. Deze beide dingen bekijkt het COTG in samenhang met elkaar.

Voorzitter! Ik wil nog een laatste opmerking maken over de geneesmiddelen. Er is nu eenmaal veel over gevraagd, mevrouw de voorzitter. De heer Werner vroeg naar de kwestie-Bangemann. Waarom wordt de aanpak-Bangemann niet gevolgd? Vooralsnog is er geen sprake van consensus over de te volgen aanpak binnen de Unie. De situaties in de lidstaten verschillen te veel om het daarover zo snel eens te kunnen worden. De huidige mededeling van de Europese Commissie geeft dan ook slechts een aantal mogelijke opties voor de toekomst waarlangs je de totstandkoming van een interne markt voor geneesmiddelen kunt bevorderen met inachtneming van het subsidiariteitsbeginsel en zoveel mogelijk rekening houdend met en sociale belangen en industriebelangen. Men zal wel al begrijpen dat hierin de nodige spanning zit.

De aanpak van Bangemann, vooral gericht op de realisering van een interne markt, is vrij beperkt in het licht van het voornemen van dit kabinet om de hele structuur van de farmaceutische zorg te wijzigen. Nederland neemt overigens op hoog ambtelijk niveau – mijn departement en de andere departementen – actief deel aan de Bangemann-conferenties en alle discussies daarover.

De heer Werner vroeg ook nog hoe het nu staat met de inspectie en het ministerie. Ik ben er blij mee dat hij die vraag stelde omdat vorige week in de NRC een tendentius berichtje over VWS stond. Wat de kwaliteit van het departement betreft ben ik tevreden over de verbeteringen die zijn en worden aangebracht, maar wij zijn er nog niet. Dat kan ook niet, want dit soort verbeteringen zijn een kwestie van lange adem. Ik weet niet hoeveel perfecte departementen Den Haag eigenlijk herbergt. De situatie is dat wij met een heel grote

beleidsvraag worden geconfronteerd. Wij kregen de grootste financiële groei te verwerken bij het regeerakkoord. Dat klinkt alsof het een last is, maar het is hoofdzakelijk een lust. Maar goed, er moet wel beleid mee gemaakt worden.

Op ons terrein bevat het regeerakkoord niet minder dan 57 ingrijpende beleidsmaatregelen. Bovendien hebben wij bij VWS altijd nog te maken met incidenten in de buitenwereld die opeens onze aandacht vragen. Tegelijk met het werken aan deze beleidsuitdagingen moet het departement worden aangepast en afgeslankt op grond van het regeerakkoord. Daarbij voeren wij een tweesporenbeleid. Het eerste spoor is meer grip krijgen op de beleidsontwikkeling. Er is een planning gemaakt voor de werkzaamheden voor de 57 voornemens in het regeerakkoord. De staatssecretaris en ik hebben vervolgens een soort contract afgesloten met de secretaris-generaal over capaciteit en planning. Dat draagt bij aan duidelijkheid over wat onze prioriteiten zijn. Wat wij daar hebben afgesproken, gaat in ieder geval gebeuren en de rest komt automatisch op de tweede plaats.

Dat is allemaal doorvertaald in de interne organisatie, die de afgelopen jaren ook stevig onder handen is genomen. Er zijn nieuwe mensen van buiten bijgekomen, niet alleen in de top, maar wij hebben bewust ook de jonge instroom vergroot. Er zijn 14 financiële adviseurs voor de directies aangetrokken, waardoor de kwaliteit van het financieel beheer van de directies verder kan verbeteren. Het gevolg van dit alles is dat wij van alle departementen het eerst klaar zijn met ons jaarverslag.

Er wordt veel aandacht gegeven aan personeelsbeleid en zo is er nog meer te noemen. En dan hadden wij nog de verhuizing, die een heel nieuwe uitrusting en een heel nieuwe kantoorautomatisering betekent. Een aantal beleidsdirecties is versterkt met het oog op kwaliteitsverbetering: voorlichting, wetgeving, macro-economie en de belangrijke directie verpleging, verzorging en thuiszorg. In het regeerakkoord is het meeste geld naar de care gegaan, omdat daar de noden het grootst zijn.

Kortgeleden heeft de visitatiecommissie wetgeving ons departement aangedaan en vervolgens een rapport opgesteld. Dat was kritisch,

Borst-Eilers

maar heel bruikbaar. In dat rapport werd veel waardering geuit voor de acties die wij zelf ondernemen ter verbetering van onze wetgevingsactiviteiten. De aanbevelingen van de commissie worden op dit moment allemaal geïmplementeerd.

Er is een centrale eenheid ingesteld voor de coördinatie van onderzoek en informatie, want ook ons zit het dwars dat de informatiestromen in de zorg altijd zo gebrekkig naar ons toe komen. Wij hebben hiervoor een kleine strategische eenheid ingesteld.

Vanwege het vele werk komt er een derde directeur-generaal voor dat hele belangrijke terrein van zorg en verpleging. Wij hadden tot dusverre twee directeuren-generaal. Als je kijkt naar de andere departementen, waar vier of meer heel gewoon is, hadden wij onszelf wel een beetje te kort gedaan.

Ook het RIVM en de inspectie zijn bezig met aanpassingen. De opmerkingen van de Algemene Rekenkamer worden echt terdege meegenomen. Ik kom hier nog op terug, omdat er expliciet naar werd gevraagd. De Inspectie Waren en Veterinaire zaken is gereorganiseerd, zoals bekend: van 13 naar 5 vestigingen. Dit proces is eigenlijk heel geruisloos en goed verlopen.

Alles overziende constateer ik dat VWS intensief bezig is met die verbeteringslag. Dat is iets waar je continu aan moet werken, maar dat gebeurt wel onder moeilijke omstandigheden, namelijk een enorme beleidsdruk en beperkende factoren zoals afslanking, verhuizing en de millenniumproblematiek. De staatssecretaris, de secretaris-generaal en ik zijn nog niet helemaal tevreden, maar wij vinden wel dat wij zeer op de goede weg zijn. Wij hebben er alle vertrouwen in dat het harde werken aan deze zaken tot verbeteringen leidt.

Over het rapport van de Algemene Rekenkamer over de inspectie wordt in Den Haag vaak gezegd dat dit zeer kritisch was, of er wordt gevraagd "wat is er toch met de inspectie aan de hand". Om te beginnen deel ik de belangrijkste conclusie van de Algemene Rekenkamer niet. Daarover heb ik met het desbetreffende lid van de Rekenkamer van gedachten gewisseld. Wij zijn het gewoon niet met elkaar eens. De conclusie hield in dat ik mij op grond van de informatie van de inspectie geen goed beeld kan vormen van de

kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land. Ik ben van mening dat de Rekenkamer ten onrechte de indruk wekt dat het de taak van de inspectie zou zijn om mij dat totale beeld voortdurend te geven.

Ik beschouw de informatie van de inspectie, de jaarrapportage, de thematische rapporten, de staat van de gezondheidszorg – een dik rapport uit 1997 – als deelinformatie. Ik voeg die bij informatie die ik krijg van het RIVM, het Centraal bureau voor de statistiek, het Sociaal en cultureel planbureau, de Ziekenfondsraad, NIVEL etc. Dat alles tezamen vormt dat heldere beeld van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Ik vind het jammer dat de Rekenkamer de IGZ heeft beoordeeld als ware zij een controlerende instantie. Een inspecterende instantie is naar mijn mening toch iets anders dan een controlerende instantie. De Inspectie Waren en Veterinaire zaken is een instantie die veel meer kan werken met mathematische normen. Zij meet aantallen bacteriën en andere zaken op het gebied van hygiëne en kwaliteit van waren. Dat ligt bij de inspectie gezondheidszorg heel anders. Daarbij gaat het om kwaliteit van zorg. Dat is een complexer begrip. Men moet inspecteren en zich via inspecties op de hoogte stellen of die kwaliteit in het algemeen goed is. Ik herhaal dat het iets anders is dan pure controle die exact meetbaar is.

Voorts is de periode van onderzoek een beetje ongelukkig: 1996 en 1997. Met ingang van de tweede helft van 1997 heeft de inspectie op eigen initiatief heel veel maatregelen genomen om het toezicht verder te verbeteren: betere aansturing, meer uniforme uitvoering. Je hebt tenslotte regionale inspecteurs en voor je het weet doen die het allemaal een beetje anders. Onlangs kreeg die inspectie, die het volgens de Rekenkamer niet zo goed doet, een ISO-certificaat. Dat is iets wat je niet krijgt als je bepaalde dingen niet heel goed doet. Het ging daarbij om het cluster farmaceutische bedrijven en bedrijfsvoeringsprocessen. Ik vind het voor de inspectie heel leuk dat vlak na dat kritische rapport van de Rekenkamer, dat ISO-certificaat kwam, want daarmee was de zaak weer een beetje in evenwicht. Ik zal de Tweede en Eerste Kamer graag op de hoogte houden van de voortgang van een en ander binnen de inspectie via de jaarverslagen van

de inspectie zelf en via de memorie van toelichting op mijn begroting.

Er zijn enkele opmerkingen gemaakt en vragen gesteld over het cluster medische ethiek. Mevrouw Tuinstra vroeg wanneer het wetsvoorstel Euthanasie naar de Tweede Kamer gaat. Ik kan geen exacte datum noemen. Het voorstel is terug van de Raad van State. Minister Korthals en ik werken hard aan het nadere rapport. Ik hoop het de Kamer zo snel mogelijk toe te sturen.

Een ander onderwerp betreft de xenotransplantatie. De heer Dees en mevrouw Tuinstra hebben daar opmerkingen over gemaakt. De heer Dees was verbaasd en ook wat verontrust over het feit dat er geen voornemen is tot een wettelijk moratorium, mede in het licht van de unanieme aanbeveling van de Raad van Europa. Ik weet dat de heer Dees in dit dossier zelf een rol vervuld heeft.

Ik ben het eens met de heer Dees en mevrouw Tuinstra dat wij hierbij te maken hebben met een ontwikkeling die nog grote risico's in zich bergt. De vier risico's die de heer Dees noemde betreffen afstoting, besmetting en de vraag hoe het orgaan zich gedraagt. Men moet daarbij denken aan de natuurlijke levensduur van het donordier die vaak aanzienlijk korter is dan van de mens. De vraag is dan of zo'n orgaan ook na tien of twintig jaar dood gaat. Het vierde risico betreft de ethische aspecten.

De heer Dees heeft een drietal ethische aspecten genoemd. Ook mevrouw Tuinstra legde de vinger bij die ethische vragen die eigenlijk eerst beantwoord zouden moeten worden, voordat überhaupt gedacht mag worden aan xenotransplantatie te beginnen. Een deel van die ethische aspecten onderschrijf ik. Over een punt denk ik iets genuanceerder. Het valt mij altijd op hoeveel mensen die als vanzelfsprekend varkensvlees eten vervolgens een heel betoog houden over het instrumenteel gebruik van het varken als orgaandonor en dit een groot ethisch probleem vinden. Dat een vegetariër als mevrouw Tuinstra zo spreekt, vind ik meer gelegitimeerd dan al die Nederlanders die geen vegetariër zijn en toch zeggen: je mag een dier niet zomaar fokken om het vervolgens als donor te gebruiken. Dat mag blijkbaar wel om het op te eten. Ik vind het goed dat

Borst-Eilers

er een maatschappelijk debat komt. Dat wil ik ook graag bevorderen. Misschien dat het Rathenau-instituut daar een rol in kan vervullen. Dan zal ook dit aspect zeker aan de orde komen en voor mij misschien verhelderd worden.

Maar waarom ligt er nu geen voorstel tot een wettelijk moratorium? De Gezondheidsraad heeft in zijn rapport een aantal aanbevelingen gedaan. Een daarvan is dat de Centrale commissie ex WMO, de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, de bevoegdheid zou moeten krijgen om protocollen voor xenotransplantatie bij mensen te toetsen. Ik ben dat helemaal met de Gezondheidsraad eens. De Gezondheidsraad spreekt over exclusieve bevoegdheid, maar ik vind dat ook een lokale commissie daar best naar mag kijken. Maar er zou nooit een protocol goedgekeurd mogen worden, ook niet in de toekomst, zonder dat de Centrale commissie daarnaar kijkt.

Het verschil tussen de heer Dees – en wellicht ook mevrouw Tuinstra – en mij ligt in het volgende. Ik vind dat, als wij zo'n centrale commissie hebben, waar wij mensen in hebben gezet die wij in staat achten om te beoordelen of een onderzoek wel of niet aanvaardbaar is, wij dat dan ook aan die commissie zouden moeten toevertrouwen. Als wij zeggen dat de mening van die commissie er eigenlijk niet toe doet, omdat wij toch bij wet een moratorium gaan opleggen, dan getuigt dat van weinig respect jegens die commissie. Het zou natuurlijk kunnen. Je kunt via de Wet bijzondere medische verrichtingen een moratorium uitvaardigen. Dat kan zelfs heel snel. Dat moet dan wel binnen twee jaar door een wetsvoorstel worden opgevolgd.

Ik kies dus vooralsnog, totdat ik van het tegendeel overtuigd ben, voor de weg van de Centrale commissie. Ik heb daar het volste vertrouwen in. Naar mijn stellige overtuiging zou zij nimmer iets in die richting kunnen goedkeuren als niet in de eerste plaats de veiligheid volledig gegarandeerd is en ook de ethische vragen voldoende zijn beantwoord.

Voorzitter: Korthals Altes

Minister **Borst-Eilers**: Ik kom als laatste in dit cluster van medische ethiek te spreken over de genetherapie. Hoe sta ik tegenover de

centrale productiefaciliteit voor de genetherapiefactoren? Ik ben best bereid om met de collega's van EZ en OCW af te spreken dat wij dat proberen te ondersteunen, maar dat zou ik toch alleen maar willen doen als ook de medische faculteiten zelf daar zichtbaar energie en dus ook geld in steken. Als men het dan zo belangrijk vindt, dan moet men ook daar, op dat niveau, keuzes maken. En als de medische faculteiten zeggen dat deze wetenschappelijke ontwikkeling ook voor de gezondheidszorg van doorslaggevend belang is, dan moeten zij daar zelf ook iets aan doen.

Voorzitter! Ik heb ten slotte nog een paar heel korte punten. Mevrouw Maas heeft een interessante beschouwing gegeven over de mogelijkheden van ICT in de zorgsector. Ik deel haar waarneming dat het eigenlijk vreemd is dat de medische wereld, die technologisch in staat is tot de meest indrukwekkende hoogstandjes, op dit punt opeens zo achterloopt. Ik ben ook met haar van mening dat een veel verdergaande toepassing van ICT in de zorg tot een grote verbetering zou kunnen leiden van efficiency, kwaliteit en transparantie. Ik denk overigens dat het hoofdprobleem niet zozeer ligt in de beschikbaarheid van technologie of zelfs het geld, maar dat het een kwestie is van management, van de wil tot samenwerking. Verder is er natuurlijk dat vervelende punt van uniformering. De meeste huisartsen zijn geautomatiseerd, maar er is een aantal verschillende systemen in omloop. Het is zeer jammer dat de huisartsen niet van meet af aan hebben gekozen voor een systeem waarbij zij allemaal goed op elkaar aangesloten kunnen worden. En dat moet wel gebeuren. De epidemie van veteranenziekte was een prachtig voorbeeld van de ouderwetse manier waarop wij huisartsen moeten benaderen als wij hun op een bepaalde avond allemaal een bericht willen sturen. Wij werken er dus aan. Ik ben het roerend met mevrouw Maas eens dat er snel iets zou moeten gebeuren.

Mevrouw Ter Veld vroeg naar de implementatie van de patiëntenwetten. Bij al die wetten is een evaluatiebepaling opgenomen. Zorgonderzoek Nederland heeft een programma evaluatie regelgeving opgesteld en daarbinnen worden ze geëvalueerd. De Wet klachtrecht

wordt de eerste helft van dit jaar afgerond. De evaluatie van de WGBO is momenteel in uitvoering en de evaluatie van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen wordt binnenkort in uitvoering genomen. Wij verwachten dat die in de eerste helft van 2000 wordt afgerond.

De heer Werner heeft een opmerking gemaakt over de technologie en de "lage-kans-geneeskunde". Ik wil graag duidelijk zijn: ik ben absoluut niet van mening dat "lage-kans-geneeskunde" aan banden moet worden gelegd. Behandelingen die op dit ogenblik veel patiënten het leven redden, zijn ooit als "lage-kans-geneeskunde" begonnen. Ik distantieer me dan ook van het artikel in de NRC.

Nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen moeten inderdaad een kans krijgen; die krijgen ze ook, want er zijn in Nederland diverse onderzoeksprogramma's, bijvoorbeeld bij de SON, de NWO en de Ziekenfondsraad. Op een gegeven moment gaat het echter om implementatie van succesvolle ontwikkelingen; dat moet gebeuren uit het groeibudget, voorzover dat boven de demografische ontwikkeling uitgaat. Voor de curatieve zorg is dat groeibudget buiten de demografische ontwikkeling een kleine 200 mln. per jaar. Dat is natuurlijk niet allemaal voor nieuwe medische technologieën, maar je kunt daar wel iets mee doen.

Tot slot ga ik in op de opmerkingen van mevrouw Tuinstra over de voeding. Voeding is inderdaad een ondergewaardeerd onderdeel van het curriculum. Daar zou meer aandacht aan moeten worden besteed, niet alleen in het belang van een uitgebalanceerd dieet voor de gezondheid, maar ook in verband met allergieën ten aanzien van voedselbestanddelen. Wat de BSE-kwestie betreft: de verantwoordelijkheid voor de destructie van risicomateriaal ligt sinds jaar en dag nu eenmaal bij mij. Het maakt niet zo heel veel uit wie die 26 mln. betaalt, want het moet altijd uit de overheidspot komen. De samenwerking met LNV op het gebied van voeding verloopt overigens uitstekend.

Voorzitter! Ik denk dat ik hiermee de belangrijkste vragen heb beantwoord.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Ik heb de minister twee vragen gesteld over de benzodiazepi-

Borst-Eilers

nen: wordt het thema van die medicijnverslaving meegenomen in de herijking van de verslavingszorg en ziet de minister iets in de suggestie om een regionaal meldpunt in te stellen? Ik heb ook een paar vragen gesteld over homeopathische geneesmiddelen, vooral over het onderzoek naar de werking van die geneesmiddelen. Daarnaast had ik nog een paar vragen gesteld.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw Schoondergang heeft gelijk. Op het punt van de homeopathische geneesmiddelen volgen we het Europese systeem, zodat er ook een registratie plaatsvindt. Omdat de beoordeling van de werkzaamheid van geneesmiddelen traditioneel via "randomized trials" en al dat soort methoden plaatsvindt en omdat dat bij homeopathische geneesmiddelen – ook volgens homeopaten zelf – absoluut niet kan, beperkt dit zich tot het aantonen door de fabrikant van de veiligheid van het middel. De werkzaamheid wordt dus niet centraal door het college ter beoordeling van geneesmiddelen beoordeeld, omdat dat college alleen maar gewend is aan het werken met bepaalde statistische gegevens die bij de homeopathie niet aan de orde zijn.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): U weet dat er wetenschappelijke methoden zijn om ook de werking van die middelen aan te tonen. Ik heb begrepen dat een aantal onderzoekers in Maastricht lovende woorden hebben gesproken over de wetenschappelijke onderzoeksmethoden om de werking daarvan vast te stellen.

Minister **Borst-Eilers**: Er is een heel lange discussie over de werkzaamheid van bepaalde homeopathische geneesmiddelen. Het voert te ver om daar hier uitgebreid op in te gaan. Ik heb indertijd zelf een commissie voorgezeten die daar een dik rapport over heeft uitgebracht. Ook daarbij was de conclusie dat de aan onze universiteiten onderwezen methoden van onderzoek om de werkzaamheid van geneesmiddelen aan te tonen, op dit punt niet van toepassing zijn en niet benut kunnen worden. Ik herhaal dat dit door de homeopathische artsen zelf wordt onderschreven. Als de fabrikant de werkzaamheid op een andere manier kan

aantonen, zal dat dossier met belangstelling bekeken worden, maar zij kunnen ook geregistreerd worden zonder dat de werkzaamheid op die klassieke manier is aangetoond, mits de veiligheid is aangetoond. Ik heb begrepen dat de bonafide fabrikanten van homeopathische middelen daar blij mee zijn: omdat er veel beunhazerij is, vinden zij het plezierig dat de middelen in ieder geval qua bereidingswijze en veiligheid toch een toets kunnen ondergaan.

Homeopathische middelen zitten nu niet in het pakket; ik heb ook niet het voornemen om die middelen daar op korte termijn in op te nemen.

Wat de benzodiazepinen betreft: ik weet op dit moment niet of dat punt een onderdeel is van de adviesaanvraag aan beide raden. Ik zal daar even naar kijken. Omdat het om een enorm groot aantal verslaafden gaat die door de dokters verslaafd zijn gemaakt, lijkt het mij eigenlijk heel aardig om ook dit aspect daarbij mee te nemen.

Dan kom ik bij de vraag over het regionale meldpunt. Wij hebben een landelijk systeem voor het melden van bijwerkingen in geneesmiddelen dat heel goed werkt en waar men dit soort bijwerkingen, namelijk verslaafd raken aan, natuurlijk ook zou moeten melden. Ik wil er nog eens op aandringen dat men dat ook doet. Ik geloof dat men verslaving niet zozeer als een bijwerking rekent, maar meer koorts, pikkeltjes en andere lichamelijke verschijnselen.

□

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter! Met het regeerakkoord is op het terrein van VWS gekozen voor een aantal belangrijke intensiveringen en veranderingen. In de onder mijn verantwoordelijkheid vallende sectoren is er eigenlijk geen enkele sector zonder dergelijke nieuwe opgaven. Onze eerste hoofddoelstelling is adequate zorg te bieden aan degenen die het nodig hebben. De tweede hoofddoelstelling is dat we willen voorkomen dat mensen buitengesloten raken. We willen dat iedereen deel kan uitmaken van en volwaardig kan participeren in onze samenleving. Daarvoor is én meer geld én een effectiever beleid nodig. Het gaat om én intensiveringen én veranderingen.

Wat mijn portefeuille betreft is de belangrijkste intensivering en

verandering de forse financiële impuls in de care, in de komende vier jaar olopend tot ruim 2,3 mld., in de ouderenzorg, de thuiszorg en de gehandicaptenzorg, in te vullen via de meerjarenafspraken, ten behoeve van onder andere het terugdringen van wachtlijsten en het tegengaan van verschraving van de zorg door meer handen aan het bed. Het tweede punt is de modernisering van de AWBZ: een betere afstemming op de vraag naar zorg en het weghalen van de schotten. Daar zal ik dadelijk uitgebreid aandacht aan besteden. Het derde punt is de verdubbeling van de capaciteit van de kinderopvang als gevolg van een impuls van 400 mln., deels via subsidie en deels via fiscale faciliteiten, in samenwerking met sociale partners en gemeenten. Ook de vormgeving van een nieuwe wet Basisvoorziening kinderopvang hoort tot die kernpunten. Ik kom daar dadelijk over te spreken in antwoord op vragen van onder anderen mevrouw Van den Broek. Dan is er de versterking van de jeugdzorg door een nieuwe wet die meer samenhang moet brengen binnen het curatieve deel van de jeugdzorg en die voor een betere aansluiting moet zorgen tussen de preventieve jeugdzorg en het curatieve deel. Met behulp van extra geld komt er een versterking van de bureaus jeugdzorg in de regio's. Er komt een verdubbeling van het sportbudget met een accent op de breedtesport, met name gericht op het bevorderen van participatie en integratie. Het laatste punt is versterking van de sociale infrastructuur, samen met andere collega's in het kabinet, gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie.

Ik kan niet op alle punten ingaan, maar ik wil hier ter inleiding wel kwijt dat er een rode draad zit in de keuzen die gemaakt zijn. Die rode draad is dat we er heel nadrukkelijk voor kiezen om de vraag van burgers naar voorzieningen en dienstverlening centraal te stellen en dat we proberen om het aanbod daarop af te stemmen in plaats van andersom. Een tweede algemeen uitgangspunt is dat we voorwaarden willen scheppen voor participatie van burgers in de samenleving, omdat sociale cohesie totstandkomt door erbij te horen en door mee te doen.

Ik kom op de modernisering van de AWBZ. In juni zal ik een plan van aanpak modernisering AWBZ

Vliegenthart

presenteren. Daar wordt op dit moment, zowel in een stuurgroep onder leiding van de directeur-generaal als in een projectgroep, hard en consciëntieus aan gewerkt. In die projectgroep zitten niet alleen deskundigen van binnen het departement, maar ook deskundigen van buiten het departement. Dat plan van aanpak moet een antwoord bieden op de roep om herziening van de AWBZ, waar de heer Werner gewag van maakte. Hoewel dat plan van aanpak er nog niet ligt, kan ik mij de vragen van deze Kamer, onder meer van de heer Werner, mevrouw Van den Broek, mevrouw Schoondergang en de heer Van den Berg, heel goed voorstellen. Ik zal dan ook proberen om de uitgangspunten van die moderniseringsoperatie te schetsen en daarmee wil ik proberen in te gaan op de meeste opmerkingen vanuit deze Kamer.

Uitgangspunt bij de modernisering van de AWBZ is de versterking van de positie van de cliënt. In de eerste plaats willen we bevorderen dat het rechtsgehalte van de aanspraken versterkt wordt door de kloof tussen vraag en aanbod te verkleinen door een systematische aanpak van de wachtlijsten en door de verantwoordelijkheden bij de uitvoering van de AWBZ te verduidelijken en te verankeren. Het gaat er daarbij om te bevorderen dat mensen zoveel en zolang mogelijk het heft in eigen handen kunnen houden. Zorg moet op maat geleverd worden, dus flexibeler en meer cliëntgericht. Het huidige stelsel van sturing en financiering van de AWBZ zal zodanig moeten worden aangepast dat het stelsel van aanspraken beter aansluit bij de ontwikkelingen in de vraag naar zorg. Bij deze ombouwoperatie komt niet alleen het flexibiliseren van de aanspraken, maar ook herordening van rollen en bevoegdheden van partijen aan de orde en het scheppen van voorwaarden voor een doelmatige uitvoering. Daarbij is onderscheid nodig tussen enerzijds de partijen die binnen de verzekeringssystematiek een primaire rol vervullen en anderzijds partijen die beleid formuleren. De rijksoverheid is verantwoordelijk voor het bestel en legt in wet- en regelgeving de aanspraken van burgers vast, bepaalt wie welke taken respectievelijk verantwoordelijkheden uitoefent en stelt de macrofinanciële kaders vast. Voor het adequaat invullen van die verantwoordelijkheid is het

noodzakelijk om te beschikken over objectieve informatie over zorgvraag en zorgverlening, trends daarbinnen, alsmede informatie over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aangewende financiële middelen op een geaggregeerd niveau. Mevrouw Ter Veld wees daar terecht op en dat vraagstuk speelt in feite in alle sectoren.

Tussen wettelijke aanspraken en juridische waarborgen van zorgverlening mag niet meer zitten dan een "interface" van een genormeerde wachtlijst en wachttijdenlengte. Wij werken op dit moment heel hard aan een plan van aanpak wachtlijsten waarin maatregelen opgenomen worden gericht op het verkorten van de wachtlijsten, het verbeteren van de zorgregistratie en wachtlijstbeheer onder verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en in dat kader ook aan een normering van aanvaardbare wachttijden in relatie tot de urgentie. De heer Van den Berg stelde daar een vraag over. Om een betere samenhang in de zorg en een betere afstemming op de vraag van burgers tot stand te brengen, zullen de huidige institutioneel omschreven aanspraken van burgers geflexibiliseerd worden. De eerste stappen zijn hiertoe gezet met de flexibele omschrijvingen GGZ en gehandicaptenzorg, maar ook bij verpleging en verzorging zal ontschotting en meer samenhang gerealiseerd moeten worden. Integrale objectieve en onafhankelijke indicatiestelling krijgt in feite de functie claimbeoordeling voor toegang tot de AWBZ-verzekerde zorg. Via mandatering vanuit het regionaal indicatieorgaan aan bijvoorbeeld de thuiszorgorganisatie is wel degelijk een snelle en klantvriendelijke procedure mogelijk zonder onnodig tijdverlies. Je hoort nogal eens dat dit niet zou kunnen, maar het is wel degelijk op die manier te realiseren en ook acute zorg kan onmiddellijk geleverd worden, waarbij indicatie achteraf plaatsvindt. Dat is ook geregeld in een apart artikel in het zorgindicatiebesluit. Degenen die zich daarop beroepen, doen dat dus ten onrechte.

Ik wil in dit verband graag ingaan op de indringende vragen van de heer Werner over de onduidelijkheid die zijns inziens zou bestaan over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de AWBZ. Onder andere vroeg hij hoe het besluit van een

indicatieorgaan zich verhoudt tot de rol en verantwoordelijkheid van de verzekeraar c.q. het zorgkantoor in de uitvoering van de AWBZ. Voorts verwees hij naar een aantal recente gerechtelijke uitspraken in gevallen waarin cliënten geïndiceerd waren voor de AWBZ-zorg, maar deze niet kregen. Ook de heer Van den Berg stelde daar een vraag over. In een brief aan de Tweede Kamer van mei 1997 is dit vraagstuk uitgewerkt. Conclusie was dat het door de onderscheiden partijen koppelen van de schakels in een sluitende keten voldoende ruimte bood om op basis van afspraken recht te doen aan ieders verantwoordelijkheid. Nu de vraag opkomt of de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor, dat immers verantwoordelijk is voor de zorgtoewijzing, materieel nog inhoud kan krijgen of dat feitelijk niet meer aan het indicatiebesluit valt te tornen door het zorgkantoor, is het gewenst dit vraagstuk opnieuw onder de loep te nemen. Uitgangspunt blijft de ten principale vastgestelde, onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling, maar zowel vanuit de optiek van de cliënt als de verantwoordelijkheid van het indicatieorgaan en die van het zorgkantoor voor de uitvoering van de AWBZ moet er geen onduidelijkheid bestaan over de status van het indicatiebesluit en de gevolgen daarvan voor het operationaliseren van ieders verantwoordelijkheid. Mede in het kader van de invoering van de indicatiestelling nieuwe stijl in de gehandicaptenzorg en de evaluatie van de indicatiestelling in de sector verpleging en verzorging zal dit punt dus nog nader aan de orde komen.

Anders dan de heer Werner zijn de minister en ik van mening dat de verantwoordelijkheden, althans in de relatie tussen verzekeren en verzekeraars in de AWBZ, helder zijn. Op grond van artikel 6 AWBZ dienen de verzekeraars in hun hoedanigheid van uitvoeringsorgaan van de AWBZ ervoor zorg te dragen dat de verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. Hiertoe dienen de verzekeraars overeenkomsten te sluiten met de aanbieders van zorg. In het huidige systeem van de AWBZ wordt deze taak om medewerkersovereenkomsten te sluiten namens de uitvoeringsorganen uitgevoerd door de verbindingskantoren. Vooruitlopend op de gewenste wijziging in de

Vliegenthart

uitvoeringsstructuur van de AWBZ, waarbij het uiteindelijke doel is om meer uitvoeringsverantwoordelijkheid te geven aan de zorgkantoren, worden die thans aangewezen verbindingkantoren al zorgkantoren genoemd.

Deze verantwoordelijkheid van de verzekeraars om de AWBZ-aanspraken van hun verzekerden te waarborgen bestaat van oudsher in de AWBZ. Daarin is geen enkele wijziging gekomen. De president van de rechtbank in Den Haag heeft in zijn uitspraak van 18 december jongstleden deze zorgplicht van verzekeraars nog eens bevestigd. Om die reden heeft hij uitgesproken, dat de eisers niet de Staat moeten aanspreken om thuiszorg waarvoor zij geïndiceerd waren te krijgen, maar zich tot hun verzekeraars dienen te wenden. Daarbij heeft de rechter tevens uitgesproken, dat de zorgplicht van verzekeraars los staat van de beschikbare financiële middelen. De verzekeraars kunnen zich dus niet op overmacht beroepen vanwege eventueel tekortschietende financiën. Er is wat dat betreft een "harde" zorgplicht voor verzekeraars. Dat kan enige spanning opleveren tussen ongeclausuleerde wettelijke aanspraken, die overigens geconcretiseerd en ingeperkt worden via indicatiestelling, en de beschikbare financiële ruimte. Die spanning heeft echter altijd bestaan en is dus niet nieuw. Er moet op een verstandige manier mee worden omgegaan. Dat moet voor alle betrokkenen een aansporing zijn om zo doelmatig mogelijk met de beschikbare middelen om te gaan. Dan is het mogelijk om met die beschikbare middelen ook meer zorg te bieden.

De benchmark-operatie, die voorzien is voor de diverse AWBZ-sectoren en waarbij de thuiszorg overigens in de voorhoede verkeert, biedt de nodige handreikingen voor verdere verbetering van de doelmatigheid. Overigens moet worden opgemerkt, dat in het kader van het regeerakkoord een oplopend bedrag beschikbaar is, met name voor de care.

In de afgelopen jaren waren de uitvoeringsorganisaties van de AWBZ niet veel meer dan een "doorgeefluik" van centraal gestuurd beleid. Via de modernisering zullen zij in de toekomst een veel steviger rol moeten krijgen. Zorgkantoren gaan de zorg in de regio contracteren, binnen de kaders die zijn vastgelegd

in de regiovisie. Zorgaanbieders dienen over een landelijke erkenning te beschikken, die zal worden gegeven indien wordt voldaan aan een aantal wettelijke vereisten met betrekking tot doelstelling, organisatie, juridische structuur en verantwoording. De erkenning als zodanig levert geen budgetgarantie op.

Bij het sluiten van de contracten blijft het zorgkantoor binnen de maximumtarieven per product, zoals vastgesteld door het COTG. Het moet zich houden aan het beleidskader zoals vastgelegd in de regiovisie. In die regiovisie, die richtinggevend is voor de beleidsbepaling, gaat het om het in beeld brengen van de vraag en het aanbod op basis van bijvoorbeeld informatie van de regionale indicatieorganen. Het gaat om de ontwikkeling in de regio van het voorzieningenaanbod, het bevorderen van de samenwerking binnen die regio's en het aangeven van de samenhang met de aanpalende terreinen. Daarmee is de regiovisie het kader voor de ontwikkeling van een zorginfrastructuur, zonder dat de regiovisie plant op aanbiedersniveau. Voor de uitvoering blijven de zorgkantoren verantwoordelijk. Zij krijgen daarvoor meer instrumenten dan op dit moment het geval is.

De regiovisie zal worden vastgesteld door provincies en de vier grote steden. Andere partijen die nauw betrokken moeten zijn bij de totstandkoming van regiovisies zijn natuurlijk de verzekeraars, de cliënten en de aanbieders. De regiovisie moet geen dirigistisch planningskader worden, maar op hoofdlijnen werken, ruimte latend voor discussies tussen de diverse partijen over de concrete invulling van jaar tot jaar. Gezien het belang van dit instrument is het kabinet inderdaad van plan, een wettelijke grondslag te geven. In het plan van aanpak modernisering AWBZ zal die grondslag uitdrukkelijk worden aangegeven. Mevrouw Van den Broek en mevrouw Schoondergang stelden daar vragen over.

De provincies werken op dit moment in IPO-verband aan een meer samenhangende aanpak van de regiovisie, want er zijn op dit moment heel veel verschillen. Ik juich dit project dan ook van harte toe. Met de meer regionale benadering is ook een begin gemaakt door een deel van het extra geld voor de ouderenzorg voor 1999

zonder oormerking weg te zetten naar de regio's. De regio's beslissen dus zelf of zij dit bedrag, al naar gelang hun prioriteiten in verband met de regionale situatie, verdelen over verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg of PGB. Dit beperkt natuurlijk de beleidsruimte van de rijksoverheid en dat is terecht. Uit diverse onderzoeken van Coopers & Lybrand blijkt namelijk hoe ongelijk de verschillende voorzieningen over de regio's gespreid zijn. In het kader van de aanpak van de wachtlijsten zal dus per regio de meest effectieve benadering gevonden moeten worden. Wachtlijsten voor verzorgings- en verpleeghuizen enerzijds en thuiszorg anderzijds zijn in hoge mate communicerende vaten.

Mevrouw **Van den Broek-Laman Trip** (VVD): Voorzitter! Hoe groot is zo'n regio? Wat wordt eigenlijk met die regio's bedoeld? De regio is niet de provincie. Als die budgetten worden overgeheveld naar de regio, waar gaan ze dan naar toe?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik moet dat toelichten. Hoe gaat men op dit moment met de budgetten tewerk? Zij worden op papier toebedeeld aan de regio's en die regio's zijn WZV-regio's. Er wordt een plan opgesteld waarin staat waaraan men de middelen wil toedelen. Dat kan zijn aan de thuiszorg en de verzorgings- en verpleeghuizen. Wij zorgen er vervolgens voor, dat het geld in de desbetreffende financieringskoker terecht komt, zodat de gewenste uitbreiding mogelijk is. Wat wij dus doen, is ontschot plannen in de regio, maar met gebruikmaking van het huidige, wettelijke instrumentarium.

Voorzitter! Een andere belangrijke functie van de regiovisie moet zijn het leveren van een bijdrage aan het tot stand brengen van community care ofwel aan het vermaatschappelijk van de zorg. Concreet betekent het vermaatschappelijk van de zorg: het leggen van verbindingen tussen de sectoren in de AWBZ en aanpalende sectoren, zoals het wonen, welzijn, de ziekenhuiszorg, maar ook arbeid en onderwijs.

Een aantal leden heeft het vraagstuk van het scheiden van wonen en zorg aangesneden, mede in relatie tot de modernisering van de AWBZ. Tegen mevrouw Van den

Vliegenthart

Broek zeg ik, dat ik de Handelingen erop na heb gelezen. Dat had ik overigens vorig jaar al gedaan en wel toen de Kamer het debat net had gevoerd. Ik was zeer geïnteresseerd in de wijze waarop in deze Kamer over dit onderwerp werd gedacht. Het was een indringend en levendig debat.

Het standpunt van dit kabinet is op 22 december jongstleden naar de Tweede Kamer gezonden. De essentie van die brief is, dat het scheiden van wonen en zorg zeer zinvol is, dat het moet worden bevorderd en wel om de door mevrouw Van den Broek en de heer Werner genoemde redenen. Bij tal van nieuwbouwprojecten voor het realiseren van wooncomplexen voor ouderen en gehandicapten zien wij dan ook dat deze weg wordt bewandeld. In het regeerakkoord staat dat bij bijvoorbeeld kleinschalige woonvoorzieningen de WZV niet meer van toepassing zou moeten zijn. Dat is een opstap in de richting die ik aangaf.

Ook bij renovatieprojecten van verzorgingshuizen komen we regelmatig die scheiding tegen. Zoals door de RVZ en de VROM-raad is bepleit, hoort daar onlosmakelijk bij een betere afstemming van bijzondere woonvormen op alle aspecten van zorg, hulp en dienstverlening voor ouderen en gehandicapten.

De regiovisie biedt in dit verband natuurlijk de mogelijkheid om de gewenste ontwikkelingen en verbanden zichtbaar te maken. Waar het kabinet echter niet voor voelt – dat is een tweede element in de brief van 22 december – is deze scheiding afdwingen bij alle bestaande verzorgings- en verpleeghuizen. Voor de huidige en zeker voor de toekomstige bewoners van de tehuizen biedt deze scheiding naar onze vaste overtuiging geen meerwaarde. In de genoemde brief is dat ook uitvoerig beargumenteerd. Heel concreet: het scheiden van wonen en zorg zeker toepassen waar dat kan, wanneer dat kan en zodra dat kan, zeker bij nieuwbouwprojecten, maar niet verplichtend opleggen aan de bestaande tehuizen. Dat betekent bijvoorbeeld dat bij de overheveling van een verzorgingshuis naar de AWBZ bij het expireren van de Overgangswet verzorgingshuizen, de aanspraak integraal overgaat naar de AWBZ.

Over het wonen- en zorgdossier vindt op dit moment zeer intensief overleg plaats tussen de staatssecretaris van VROM en mijzelf, onder andere over de mogelijkheden om te komen tot een woonzorgstimuleringsfonds, geadviseerd ook door de RVZ. In de komende nota Wonen in de 21ste eeuw zal een en ander dan ook tot uitdrukking worden gebracht.

Voorzitter! De heer Van den Berg wees erop, dat vaak lange tijd is gemoeid met het realiseren van een verpleegunit. Dat daarvoor vaak lange tijd nodig is, is juist. De wettelijke procedure in het kader van de WZV duurt heel lang, maar in de praktijk ontstaat de echte vertraging door financiële problemen bij de uitwerking of door bestuurlijke problemen tussen de verschillende partijen, de verzorgingshuizen en verpleeghuizen, wier samenwerking essentieel is. Ik heb dan ook het initiatief genomen tot de vorming van een landelijke werkgroep Voortgangsbewaking bouw, waarin wij samen met de partijen uit het veld en het college voor ziekenhuisvoorzieningen afspraken maken en daarbij bepalen wie waar goede diensten kan bewijzen om de vaart erin te houden. In totaal gaat het om zo'n 200 initiatieven.

Het persoonsgebonden budget kan een belangrijke rol spelen bij het versterken van de positie van de patiënt. Het PGB is daarvoor een middel en geen doel op zichzelf. Er zijn zeker op de wat langere termijn veel meer mogelijkheden om de cliënt meer greep te laten krijgen op de zorg die hij nodig heeft. Het PGB is bovendien een prikkel voor instellingen om zich meer cliëntgericht op te stellen. Het persoonsvolgend budget, een budget op maat binnen de instelling, staat nog in de kinderschoenen, maar is wel een van de thema's die in het kader van de meerjarenafspraken verder worden uitgewerkt. Ook het PGB heeft nog een hele weg te gaan naar volwassenheid. Ik benadruk in de richting van de heer Werner dat er geen sprake is van meningsverschillen tussen de minister of mij en de heer Zalm over de aanpak van de persoonsgebonden budgetten. Wij willen de uitvoering van die regeling stap voor stap verbeteren. In overleg met de Sociale verzekeringsbank en de Ziekenfondsraad zal worden bekeken hoe vereenvoudiging kan worden bewerkstelligd.

Uit twee recente onderzoeken blijkt dat de huidige budgetten nog lang niet volledig worden gebruikt. In 1998 is 10% van het geld niet toegekend, terwijl van wat wel is toegekend 26% nog niet is besteed. Kortom, in 1998 is vooralsnog 70 mln., een derde van het beschikbare budget, niet uitgegeven. De redenen daarvoor zijn divers. Het is moeilijk hulp te krijgen; de regeling is soms ingewikkeld; er zijn terughoudende zorgkantoren; er wordt ook gespaard door de budgethouder en er is soms sprake van een tijdelijk teruglopende zorgbehoefte. Overigens blijken de gebruikers zeer tevreden te zijn over het PGB op zichzelf. Het voorziet dan ook in een duidelijke behoefte. De komende tijd zullen wij verder werken om de regeling te verbeteren. Ook al omdat het budget in 1999 verder groeit, is het niet verantwoord om lijdzaam af te wachten. In ieder geval worden de zorgkantoren die relatief weinig uitgeven individueel hierop aangesproken. Onderzoek dat wij hebben laten uitvoeren door het bureau Paardekooper en Hoffman geeft dergelijke verschillen aan tussen zorgkantoren. Ik heb al besloten dat zorgkantoren tot 110% van het budget mogen toekennen. Er is namelijk altijd een aanloopprobleem: mensen kunnen nooit van de ene op de andere dag hun zorg kopen. Dat betekent dat men een hoger bedrag dan het beschikbare budget mag toekennen, waardoor de benutting van het budget kan worden verbeterd.

Ik zal natuurlijk ook voorstellen doen om de regeling verder te vereenvoudigen. Wij zullen bekijken hoe de voorlichting over die regeling kan worden verbeterd. In een tijd van wachtlijsten, ook bij het PGB in bepaalde regio's, acht ik het niet aanvaardbaar dat geld ongebruikt blijft liggen. Overigens zijn de heer Werner en de heer Van den Berg van mening dat de ontwikkeling van het PGB te traag verloopt. Als ik echter de ontwikkeling van het PGB-volume bezie, dan kan ik die opmerking niet onderschrijven. De beschikbare middelen voor het PGB verpleging en verzorging zijn tussen 1996 en 1999 met ruim 80% gegroeid. Bij het PGB verstandelijk gehandicapten bedraagt de groei zelfs bijna 150%. In absolute termen bedroeg het budget voor het totale PGB in 1996 in totaal 128,6 mln. In 1999 is dit opgelopen tot 261,7 mln., waarbij in

Vliegenthart

het laatste jaar een groei van 60 mln. is bereikt.

Voorzitter: Michiels van Kessenich-Hoogendam

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter! Mevrouw Schoondergang vraagt naar de situatie van Per Saldo. Aan Per Saldo is in antwoord op haar schrijven van 2 maart jongstleden inzake de knelpunten van het PGB meegedeeld dat ik het zeer waardeer dat Per Saldo als budgethoudersvereniging met haar ervaring met de uitvoerings-systematiek wil meedenken over oplossingen voor de problemen in de uitvoering. Per Saldo schrijft dat een aantal knelpunten voortvloeit uit de gekozen systematiek en dat een aantal het gevolg is van de uitvoering van de PGB-regeling. Gegeven het onderscheid in deze twee aspecten heb ik een tweeledige reactie gegeven op die brief. Voorstellen voor verbetering respectievelijk vereenvoudiging van de financieel-administratieve uitvoering van de PGB-regeling moet ik voorleggen aan de regiegroep uitvoering PGB van de Ziekenfondsraad. Inzake aanpassingen van de systematiek van het PGB als zodanig stel ik het op prijs concrete en gemotiveerde voorstellen van Per Saldo tegemoet te zien. Deze voorstellen kunnen na een toets op haalbaarheid uit een oogpunt van bijvoorbeeld fiscale en sociaal-rechtelijke regelgeving zo nodig worden besproken met de collega's van Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Voorzitter! Mevrouw Ter Veld heeft een warm betoog gehouden over het vrijwilligerswerk en over al degenen die bereid zijn, hieraan een bijdrage te leveren. Ik ben het met haar eens dat vrijwilligerswerk zowel van individueel als van maatschappelijk belang is. Daarnaast vertegenwoordigt het een aanzienlijke economische waarde. In veel maatschappelijke sectoren zijn vrijwilligers essentieel. Ik voel mij inderdaad verantwoordelijk voor goede randvoorwaarden voor het vrijwilligerswerk. Ik noem informatie over verzekeringen, de mogelijkheden voor uitkeringsgerechtigden, de mogelijkheden naast betaalde arbeid, de kansen voor cursussen etc. Om dit alles mogelijk te maken, is een landelijke ondersteuning van de algemene vrijwilligersorganisaties

essentieel. In de komende Welzijnsnota geven wij aan dat de vrijwilligersinfrastructuur, als onderdeel van de sociale infrastructuur, aanpassing behoeft. Bij de uitwerking met de andere overheden en met de partners van het programma Participatie zullen wij hier het komend jaar uitgebreid op terugkomen. In de Welzijnsnota wordt met nadruk aandacht aan het vrijwilligerswerk besteed. Het is een integraal onderdeel daarvan. Een aparte nota is dus niet te verwachten.

Mevrouw Tuinstra heeft gewezen op het belang van een activerend ouderenbeleid. Ik ben dat geheel met haar eens. De 2,25 miljoen ouderen zijn een fantastisch potentieel. Hun bijdrage aan de samenleving kunnen en willen wij niet missen. Zij zullen volwaardig moeten kunnen deelnemen aan de samenleving en barrières zullen moeten worden opgeruimd. In de komende Welzijnsnota is het bevorderen van de participatie een van de voornaamste doelstellingen en wordt uitvoerig aandacht besteed aan de manier waarop het kabinet die wil bevorderen. Ook bij de bestuursakkoorden met de gemeenten is dit onderdeel van de sociale infrastructuur terecht aan de orde.

Voorzitter! Wij staan aan de vooravond van een tweede grootscheepse uitbreidingsoperatie in de kinderopvang. In het regeerakkoord is 250 mln. uitgetrokken voor extra subsidie en nog eens 150 mln. voor fiscale stimulering van de kinderopvang. Dit moet leiden tot een verdubbeling van de huidige capaciteit van circa 75.000 fulltime plaatsen. Het is overigens wel vijf voor twaalf. Niet alleen de wachtlijsten zijn erg lang, maar er komen ook andere vraagstukken op ons af, bijvoorbeeld het steeds schaarser wordende personeel in de zorgsector, terwijl de extra investeringen in de zorg juist een extra beroep op het personeel doen. Uitbreiding van de kinderopvang is simpelweg noodzakelijk, onder andere om meer mensen beschikbaar te krijgen voor de groeiende vraag naar arbeid als gevolg van de intensiveringen.

Zeer recent heb ik met alle partijen rond de tafel gezeten: de gemeenten, de instellingen, de sociale partners en de ouderverenigingen. Wij hebben afgesproken, nog deze zomer te streven naar een convenant waarin wij, evenals in de zorg, onze

ambities gezamenlijk vastleggen. Er zijn immers nog wel wat zaken die nadere discussie behoeven, bijvoorbeeld de vormgeving van de fiscale impuls en de toekomstige ouderbijdrage. Over één ding zijn wij het hartgrondig eens: de kinderopvang blijft de gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, sociale partners en ouders.

Mevrouw Van den Broek is ingegaan op een aantal aspecten die in de wet basisvoorziening kinderopvang geregeld moeten worden. In het regeerakkoord is vastgelegd dat een adequate regeling van de bestuurlijke structuur van de kinderopvang om een dergelijke wet vraagt. Een verdubbeling van de capaciteit vraagt om een stevige basis, met name omdat meerdere partijen verantwoordelijkheid dragen. Een wettelijke regeling van de eigen bijdrage maakt het mogelijk om landelijk een uniform systeem te hanteren. Ook de afstemming tussen de werkgeversbijdrage en de eigen bijdrage wordt met een wettelijk systeem eenvoudiger. Veel werkgevers hebben er last van dat gemeenten verschillende eigen bijdragen vragen. Overigens wordt er nagedacht over een model waarin differentiatie mogelijk is.

Daarnaast is het wenselijk om de minimumkwaliteitseisen bij wet te regelen, dus een aantal basiselementen. Het is geenszins de bedoeling om een star, inflexibel, gedetailleerd systeem te ontwerpen waarin alles wordt vastgespijkerd. Uitgaande van die basiselementen is er dan ruimte om alle wenselijke vormen van opvang voor kinderen verder te ontwikkelen. Uiteraard zullen de wet basisvoorziening kinderopvang enerzijds en het af te sluiten convenant met alle betrokkenen anderzijds complementair zijn.

Voorzitter! Ik kom op het laatste punt uit mijn bijdrage, de jeugdzorg. Hieraan is de afgelopen jaren veel aandacht besteed in het kader van regie. Mevrouw Ter Veld wees terecht op het rapport "Plaats maken" dat onder haar leiding tot stand is gekomen. De regie moet concreet vorm krijgen in een nieuwe wet op de jeugdzorg, waarin geregeld wordt wie waarvoor verantwoordelijk is. De jeugdzorg is nu nog te veel een lappendeken qua structuur en qua financiering.

Mevrouw Schoondergang heeft gepleit voor versterking van het lokaal preventief jeugdbeleid en een

Vliegenthart

goede afstemming op de curatieve jeugdzorg. Ik ben dat hartgrondig met haar eens. In het kader van de bestuursakkoorden is samen met lokale en provinciale overheden hier ook volop aandacht voor. Daarnaast heb ik een adviescommissie ingesteld die voorstellen zal doen over de reikwijdte, de verdeling van de verantwoordelijkheden van de jeugdzorg, afstemming met andere sectoren zoals onderwijs en arbeidsmarkt en ook over de versterking van – ik kom daarmee weer op de rode draad – het vraaggericht werken in de jeugdzorg en het verder versterken van de rol van de cliënt, de ouder of de jeugdige zelf. In september zal deze commissie mij advies uitbrengen.

Het is belangrijk dat de toegang van de jeugdzorg goed is geregeld en dat er in een vroeg stadium een adequate diagnose wordt gesteld en goede, onafhankelijke doorverwijzing plaatsvindt. Het moet mevrouw Ter Veld allemaal heel bekend in de oren klinken. Om die reden worden de bureaus jeugdzorg wettelijk verankerd en krijgen zij een eigen statuut. Hiervoor is in het kader van het regeerakkoord 50 mln. uitgetrokken. De mogelijke opbrengsten uit de fiscalisering van de omroepbijdrage kunnen, volgens afspraak, hieraan worden toegevoegd.

Uiteraard streven wij een doelmatige inzet van de middelen na om binnen de gegeven financiële kaders een modern functionerende jeugdzorg te bewerkstelligen. In feite gaat de jeugdzorg eenzelfde moderniseringsproces tegemoet als de care, met dezelfde doelstellingen en het uit de weg ruimen van deels dezelfde hinderpalen; alles bij elkaar onder het motto "versterken en verankeren".

Voorzitter! Ik denk dat ik hiermee op de meest belangrijke punten geantwoord heb.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Het is altijd gevaarlijk om te zeggen "op de meest belangrijke punten". Wilt u nog ingaan op mijn opmerkingen over demente ouderen? Wat Per Saldo betreft, ben ik u erkentelijk voor de snelle beantwoording van de brief. Kunt u ingaan op de rol die Per Saldo kan vervullen in de ondersteuning en in de voorlichting van de budgethouders?

Staatssecretaris **Vliegenthart**:

Voorzitter! Ten aanzien van het toenemend aantal dementerende ouderen merk ik op dat de essentie van de modernisering van de AWBZ is dat de vraag van de cliënt centraal wordt gesteld. Naarmate er meer mensen zijn met een psychogeriatrische problematiek, zal daarvoor in het aanbod meer ruimte moeten zijn. Wij lopen in toenemende mate aan tegen situaties waarin mensen ofwel nog thuis wonen, achteruitgaan en onvoldoende geholpen worden dan wel dat mensen in een ziekenhuis verblijven en nog niet in een verpleeghuis opgenomen kunnen worden, zodat men aldaar met de problemen wordt geconfronteerd. Het probleem is niet anders op te lossen dan door aansluiting van het aanbod op de vraag. Uit de analyse van het CPB komt naar voren dat het een "stevige" problematiek betreft. Het is dan ook van uitermate groot belang dat bij de inzet van de extra middelen in de komende jaren, voldoende ruimte voor met name deze kwetsbare groep ouderen geboden wordt.

Voorzitter! Per Saldo wordt in feite bij de gehele uitwerking van het traject voor verbetering van het persoonsgebonden budget betrokken en vervult een belangrijke functie op het punt van het geven van voorlichting aan degenen die gebruik willen maken van de persoonsgebonden budgetten. Overigens zullen de Ziekenfondsraad en de zorgkantoren, die de regeling moeten uitvoeren, een belangrijke taak vervullen bij de voorlichting. De regeling zelf moet natuurlijk zo helder zijn dat het eenvoudig is om daarvan gebruik te maken. Ik meen dat wel eens te gemakkelijk wordt gedacht dat meer mogelijkheden en bevoegdheden bij de burger neergelegd kunnen worden. Men stelt dan voor het forfaitaire bedrag te verhogen of men stelt dat al die regelgeving toch niet hoeft. Dat betekent wel dat al die sociale en fiscale verplichtingen die samenhangen met het aangaan van overeenkomsten, bij de individuele cliënt komen te liggen. Nu is dat verwerkt in de intermediaire structuur van de Sociale verzekeringsbank. Het is voor ons al ingewikkeld om dat soort loonstrookjes en regelingen allemaal te volgen. Als mensen dat zelf allemaal moeten uitvoeren, zou dat een enorme hinderpaal zijn voor de toegankelijkheid van een regeling zoals het persoonsgebonden budget. Ik vind

dat wij dat goed in de gaten moeten houden. Een deel van die regelingen heeft echt het doel het de burger een beetje makkelijker te maken. Anders zou het nog veel ingewikkelder zijn.

□

De heer **Werner** (CDA): Mevrouw de voorzitter! Ik dank de bewindslieden voor de uitvoerige beantwoording.

Als ik luister naar de minister – en dat heb ik al een aantal keren mogen doen, ook onder het vorige kabinet – valt mij altijd op dat zij alles zo geruststellend weet uit te leggen. Ik vraag mij dan altijd af of ik in de tweede termijn opnieuw moet beginnen, want eigenlijk is, met een beetje goede wil, toch alles goed. En misschien is dat ook wel zo, want veel gaat natuurlijk best goed. Laat ik beide presentaties op mij inwerken en heb ik goed geluisterd, dan moet ik toch concluderen dat mijn pleidooi voor de commissie van juristen volledig terecht is geweest. De graad van ingewikkeldheid in het voortdurend uitdijende heerval van wet- en regelgeving maakt dat de minister de consistentie in de wetten en regels voor mij niet helder heeft kunnen maken. Dat had ik ook niet verwacht, want daarvoor is de zaak te gecompliceerd. Maar dat hadden wij de commissie van juristen nu eens voor ons kunnen laten uitzoeken. Dan hadden wij wellicht een document gehad waarin dat ook eens werd beezen.

De staatssecretaris zegt dat het plaatje van indicatieorgaan, regiovisie, zorgplicht en overeenkomsten klopt; zegt de rechter dat iemand niet aan zijn recht kan komen, dan ligt dat in ieder geval niet aan de overheid. Dan moet hij bij de zorgverzekeraar zijn. Die zorgverzekeraar wordt wel steeds geconfronteerd met budgetten die op gezag van de overheid, door het COTG, zijn vastgesteld. Die zijn niet vastgesteld op basis van de behoefte, maar op grond van de macro-economische aanvaardbaar geachte kosten van de gezondheidszorg. Die twee lijnen uiten zich in een dilemma. De verzekeraars hebben de plicht om de aanspraken waar te maken. Daarvoor kunnen zij overeenkomsten afsluiten, maar die overeenkomsten zijn een wassen neus, omdat Den Haag via de meerjarenafspraken en de aanwijzing aan het COTG de budgettaire mogelijkheden om de aanspraken

waar te maken, heeft gefixeerd. Vraag en aanbod komen dus niet bij elkaar. De rechter zegt dan: verzekeraar, u heeft de zorgplicht, u moet zich niets van het budgettaire kader aantrekken. Dat vind ik nogal een makkelijk verhaal. De ziekenhuis-directeur moet zich immers helaas wel wat aantrekken van het budgettaire kader dat de overheid via het COTG aan hem heeft opgelegd. Ik meen dat nog best het een en ander te onderzoeken en uit te zoeken is. Hoe hangen de verantwoordelijkheden, de aansprakelijkheden en bevoegdheden in juridisch opzicht met elkaar samen? Deze vraag dringt temeer nu wij in toenemende mate worden geconfronteerd met steeds weer nieuwe figuren en beleidsinstanties die een rol gaan spelen in het complexe geheel van de gezondheidszorg.

Nu wordt de regiovisie weer naar voren gehaald. Dat deed mij even denken aan de Kaderwet specifiek welzijn, waarmee wij in de jaren tachtig een integrale provinciale visie ontwikkelden op onderwijs, zorg en welzijn. Het is prima dat dit idee weer terugkomt, maar als dat wettelijk wordt verankerd, laten wij dan eens twee andere regelingen afschaffen, zodat wij niet iedere keer regeling op regeling blijven stapelen. Daar ging mijn betoog over. Ik zeg het opnieuw, omdat het antwoord van de minister en van de staatssecretaris mij daarin heeft bevestigd. Het blijft volgens mij noodzakelijk om dat juridisch na te gaan. Met alle platforms die wij inmiddels hebben en alle commissies die overal werken, maakt een commissie meer of minder toch niet echt uit? Waar een wil is, moet ook een weg zijn.

Het spijt mij dat de minister mij niet heeft kunnen overtuigen van de consistentie van de veertig maatregelen in het geneesmiddelendossier. Ik ga hier niet verder op in, want de materie is te complex om er in tweede termijn zinnig over te kunnen debatteren. Veel succes ermee. Wij zullen zien wat ervan komt, maar ik ben bang dat wij het met dit pakket niet zullen redden.

De minister heeft mij wel gerustgesteld over de inspectie. Ik vond de conclusie van het rapport, die de minister ook heeft aangehaald, hard en ook niet helemaal in overeenstemming met mijn ervaring met het functioneren van de inspectie. Ik ben blij dat de minister dat beeld wat heeft gecorrigeerd.

Desalniettemin blijft er wel wat te doen. De minister heeft gezegd dat zij daarbij de vinger aan de pols houdt.

De minister zou kunnen proberen om voor de facilititeit voor de vectoren voor de genterapie een bijdrage te krijgen via de Vereniging van academische ziekenhuizen. Wij kunnen het op de agenda plaatsen en kijken of wij een bijdrage kunnen leveren om die ontwikkeling verder te laten gaan.

Ik heb uit het antwoord van de staatssecretaris begrepen dat wij niet verschillen over de richting wat betreft het scheiden van wonen en zorg, maar dat zij een aantal blokkades tegenkomt in wet- en regelgeving. Ik wil wel zeggen dat wij nooit bedoeld hebben dat het scheiden van wonen en zorg afdwingbaar moet zijn. Voor ons staat centraal het type denken: grotere vrijheden, klantgerichtheid en meer middelen bij de klanten zelf om inrichting te geven aan zorg en wonen. Daarom denk ik dat wij niet van mening verschillen, zij het dat wij het tempo waarin dat proces gaat, in het algemeen wel wat traag vinden. Als dat ook weer moet lopen via regiovisies en indicatieorganen, denk ik dat wij op een gegeven ogenblik in ingewikkelde structuren terechtkomen.

In de gezondheidszorg hebben wij een niet gering millenniumprobleem. Het geld daarvoor is integraal gegaan naar het millenniumplatform. De instellingen zelf hebben geen compensatie gekregen van de kosten van het oplossen van het millenniumprobleem. Ik spreek een beetje uit ervaring. Het platform heeft ons, denk ik, meer gekost dan wij aan steun hebben ontvangen. Wij hebben gigantische hoeveelheden enquêteformulieren en vragen voor het millenniumplatform moeten beantwoorden. Zij hebben daar ongetwijfeld veel van geleerd, maar de kennis die je daarna terugkrijgt, had je al, want die heb je daar zelf naartoe gebracht.

Ik bepleit om in meerjarenkader een klein reservepotje te maken om aan het eind van het jaar, als de rekening wordt opgemaakt, een klein beetje compensatie te krijgen van de millenniumkosten, want zij zijn niet gering. Alom wordt de sector aangemoedigd daar alle aandacht aan te geven, maar enige financiële ondersteuning ontbreekt.

□

De heer **Dees** (VVD): Mevrouw de voorzitter! Ik dank de minister voor haar reacties op mijn betoog. Het voordeel van debatten in deze Kamer is dat er niet alleen gesproken, maar ook goed geluisterd wordt. Dat verklaart het geringe aantal interrupties. Desalniettemin wil ik op de vier dossiers die ik heb aangekaart, ingaan.

Ik wil een opmerking vooraf maken. Het heeft mij buitengewoon aangenaam getroffen dat de minister haar betoog begon met de rapportage van het Sociaal en cultureel planbureau. Als wij de functies van vergelijkbare instituten in ons land bekijken, zien wij dat bij financieel-economische vraagstukken het Centraal planbureau een niet weg te denken rol vervult. Als het sociaal-cultureel beleid evenwaardig moet zijn aan het sociaal-economisch beleid houdt dit naar mijn mening in dat ook een organisatie als het Sociaal en cultureel planbureau een volwaardige input moet kunnen leveren aan de beleidsontwikkeling op het gebied van de volksgezondheid en het welzijn. Ik spreek de hoop uit dat rapporten van het Sociaal en cultureel planbureau, maar ook de Volksgezondheids-Toekomstverkenningen een zeer belangrijke rol zullen spelen in de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid, omdat daarmee de inhoud en de kwaliteit van de volksgezondheid centraal worden gesteld. In ons land discussiëren wij af en toe te vaak over de structuur en de financiering in plaats van over de pure inhoud. Daarom deed het mij goed dat de minister daarmee begon.

De arresten-Decker/Kohl zijn voer voor juristen. Ik wil, abstraherend van de juristentaal, daar toch nog een paar opmerkingen over maken. Ik begin met het primaat van de politiek. In mijn politieke standpuntbepaling ben ik er altijd van uitgegaan dat de gezondheidszorg niet viel onder het Verdrag van Rome. In alle debatten die ik over volksgezondheid heb meegemaakt, ben ik sinds 1972 nooit politici tegengekomen die zeiden dat de regels van het vrije verkeer van producten en diensten van toepassing zijn op de gezondheidszorg. Daaruit leid ik af dat er nooit bewuste politieke besluitvorming is geweest die ertoe leidt, dat je zonder

Dees

toestemming van je zorgverzekeraar over de grens producten en diensten op het gebied van de volksgezondheid kunt krijgen.

Ineens kwamen toen, als donderdagslag bij heldere hemel, de arresten-Decker/Kohl. De juristen vonden die arresten voorspelbaar, omdat de ontwikkeling van het Europese gemeenschapsrecht van dien aard was, dat men kon zien aankomen dat ook de gezondheidszorg niet aan die regels zou ontkomen. Het is nooit het gevolg geweest van bewuste politieke besluitvorming.

Wij hebben vorige week in deze Kamer gesproken over het primaat van de politiek. Hoe staat het in dit geval met het primaat van de politiek? Vinden wij dit al dan niet een gewenste ontwikkeling en wat doen wij eraan? Alleen constateren dat er sprake is van een gevolg van de ontwikkeling van het Europese recht, vind ik veel te beperkt, omdat het hierbij gaat om de vraag wat wij als politici hiervan vinden. Daarover moet je een politieke uitspraak doen. Vind je het al dan niet gewenst? Als je het niet gewenst vindt, wat doe je er dan aan? Ik bepleit met kracht dat die politieke besluitvorming op het niveau van de Europese Commissie en het Comité van Ministers plaatsvindt, juist om het primaat van de politieke centraal te stellen. Het verbaast mij dat bijna een jaar na die arresten-Decker/Kohl er op Europees niveau kennelijk geen standpuntbepaling heeft plaatsgevonden.

Ik vind dit om twee redenen riskant. De minister heeft gezegd dat de arresten onverlet laten dat je het eigen volksgezondheidsstelsel voor het eigen land intact houdt. Dat klopt. Dat is ook mijn interpretatie van die arresten. De minister voegt daaraan toe dat wij in Nederland een naturasysteem hebben. Omdat wij dat naturasysteem hebben en je alleen hulp kunt krijgen bij die aanbieders van zorg waarmee je een overeenkomst hebt gesloten, zou dat mechanisme ook voor de hulp in het buitenland moeten gelden. Met andere woorden: een Nederlander die een product of een dienst in België haalt, zou dat alleen maar mogen doen bij die aanbieders van zorg die een overeenkomst hebben met een zorgverzekeraar in Nederland. Ik heb op de vele conferenties tal van juristen gesproken die dat verweer, die barrière, dat kleine dijke, flinterdun vinden. Er hoeft

maar één nieuw arrest van het Hof van Justitie te komen om ook dat dijke omver te spoelen. Dan staat de weg wagenwijd open voor met name de topklinische zorg. En dan praat je natuurlijk over de hoge bedragen.

Voorzitter: Korthals Altes

De heer **Dees** (VVD): De minister zegt als tweede punt: als je nu kijkt naar de grensoverschrijdende zorg, valt het mee. Dat is zo. Ik hoop natuurlijk eveneens dat het ook nog zal meevallen als die arresten wat meer praktisch zouden worden. Dan is er een theoretisch probleem, maar dat moet je vanuit de politiek natuurlijk toch wel wezenlijk bekijken. Ik vraag mij echter af of het echt zal meevallen. Wij hebben met de commissie Volksgezondheid van het Benelux-parlement hierover hoorzittingen gehouden. Toen heeft een van de directeuren van een zorgverzekeraar uit het zuiden van het land het volgende naar voren gebracht. Hij had gekeken naar Zeeuws-Vlaanderen, een afgegrensd gebied. In Zeeuws-Vlaanderen vindt grensoverschrijdende zorg plaats. Die zorgverzekeraar had uitgerekend wat de extra kosten voor de sociaaleziectekostenverzekeraars zouden zijn als de ziekenfondsverzekerden in dezelfde mate als de particulier verzekerden vanuit Zeeuws-Vlaanderen in België hun zorg zouden gaan halen. Particulier verzekerden doen dat immers veel meer dan ziekenfondsverzekerden, omdat particulier verzekerden dat automatisch vergoed krijgen van hun particuliere maatschappij. Alleen al voor het inwonertal van Zeeuws-Vlaanderen zou het, bij een gelijke grensoverschrijdende zorg van particuliere verzekerden en ziekenfondsverzekerden, 60 mln. per jaar extra zijn. Dat zijn toch wel bedragen om van te schrikken. Ik schrik alleen al van het bedrag zelf, maar wanneer er nog een multiplier zou zijn in andere grensstreken, dan kan het toch uit de hand lopen.

Ik hoop uiteraard dat de minister gelijk heeft en dat het zo'n vaart niet zal lopen, maar ik houd toch mijn hart vast en vind dat hier het primaat van de politieke besluitvorming voorop moet staan en dat er op Europees niveau gezegd moet worden of wij dit wel of niet willen. Ik denk dat een klein land met veel kilometers grens en veel risico's van grensoverschrijdende zorg, veel

meer risico's loopt dan een groot land als Duitsland. En zo zijn er toch wel risico's.

Voorzitter! Ik kom te spreken over de genterapie. Reeds eerder, in april 1998, heeft de minister gezegd dat zij later zou terugkomen op de centrale productiefaciliteit. Dat is tot nu toe niet gebeurd. Nu zij de toezegging heeft gedaan dat zij in ieder geval ook met collega-bewindslieden hierover wil gaan spreken, wil ik in ieder geval de toezegging dat wij op niet al te lange termijn een inhoudelijk standpunt van de minister over de wenselijkheid en de haalbaarheid van die productiefaciliteit ontvangen.

Een ander punt is de kwestie van de xenotransplantaties. Ik ben blij dat de minister heeft onderschreven dat een maatschappelijk debat over de ethische aspecten bij nader inzien toch wenselijk is. Zij had immers eerst meegedeeld dat zij daar minder voor voelde. Het is een goede zaak als het Rathenau-instituut dat zou kunnen entameren, omdat dat instituut dit soort zaken tot nu toe heel goed heeft gedaan.

De minister heeft verder gezegd dat een wettelijk bindend moratorium eigenlijk niet nodig is en dat zo'n moratorium een blijk van wantrouwen zou zijn tegenover de Centrale commissie die zich bezighoudt met de beoordeling van protocollen in het kader van medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, met proefpersonen. Je praat daar dus over experimenten. Ik vind toch dat er een aantal redenen is om voor het moratorium te kiezen. Ik noem er drie. In de eerste plaats heeft de minister naar mijn mening de xenotransplantaties wettelijk verkeerd gepositioneerd. De minister is eigenlijk de brug al over, want zij heeft de xenotransplantaties, ingevolge artikel 5 van de Wet bijzondere medische verrichtingen, ondergebracht in het Planningsbesluit orgaantransplantaties. Als je iets opneemt in het Planningsbesluit orgaantransplantaties, dan geef je daarmee eigenlijk al aan dat je het min of meer beschouwt als een voorziening die klaar is als reguliere voorziening. En dat is gewoon een brug te ver. Wanneer je praat over een wettelijk bindend moratorium op klinische xenotransplantaties, dan hebben wij juist een ander wettelijk instrument in het leven geroepen. Volgens mij kan op basis van artikel 3 van de Wet bijzondere medische verrichtingen een verbod worden

Dees

gesteld op handelingen en verrichtingen die ethisch onverantwoord zijn en waarover de discussie nog niet is afgerond of die riskant zijn voor de volksgezondheid. De reden om een wettelijk bindend moratorium te bepleiten – in de Raad van Europa waren parlementariërs uit 40 landen van alle politieke groeperen op dat punt volstrekt unaniem – is gelegen in de risico's voor de collectieve volksgezondheid en de risico's inzake epidemieën. Als er risico's zijn met betrekking tot epidemieën, gaat het niet aan om de besluitvorming neer te leggen bij centrale commissies voor toetsing van protocollen. Er moet dan een generieke maatregel zijn die besmettingsgevaar en vergroting van de kans op epidemieën voorkomt. Het is dus in het belang van de collectieve volksgezondheid en de collectieve gezondheidsbescherming dat die regelingen er komen.

De brief met het beleidsstandpunt, die de minister in november heeft geformuleerd, doet dan ook afbreuk aan het stuk van de Gezondheidsraad. In het rapport van de Gezondheidsraad worden de risico's voor de collectieve gezondheid immers uitvoerig genoemd, terwijl de minister die risico's in haar beleidsstandpunt – ik kan dat citeren, maar ik zal dat niet doen – eigenlijk reduceert tot risico's die alleen in het geval van de individuele patiënt of de individuele proefpersoon een rol spelen. Dat is echt een denkfout. Als het gaat om risico's van degene die het experiment start en van de individuele proefpersoon en om protocollen die daarbij nodig zijn, kun je op grond van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen inderdaad vertrouwen op de centrale commissie; als het echter gaat om het algemeen belang van gezondheidsbescherming ten principale heb je een moratorium nodig dat wereldwijd moet worden gehanteerd.

Het meedoen van Nederland aan zo'n wettelijk moratorium, waar op Europees niveau om wordt gevraagd, is bovendien van belang als signaal in de goede richting. In het algemeen kun je vaststellen dat Nederland op het punt van de medische ethiek en de ethische overwegingen op het punt van de gezondheid hoog scoort. Wij gaan heel zorgvuldig en heel verantwoord met dit soort onderwerpen om, maar er zijn tal van andere landen in de

wereld waar dat niet gebeurt. De bedoeling van een moratorium is ook om met name in de landen waar men op dit punt niet zo'n traditie heeft als bij ons, te bereiken dat medisch-ethisch verantwoord wordt gehandeld.

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Zou ik de heer Dees iets mogen vragen? Wij zitten ongeveer op dezelfde lijn en het is dus niet zo'n heel kritische vraag, maar hoe zit het eigenlijk met het onderzoek bij het bedrijfsleven? Volgens mij is het bedrijfsleven immers erg dol op de ontwikkeling van de xenotransplantatie, omdat dieren minder kunnen terugzeggen dan mensen. Het bedrijfsleven heeft dus meer greep op de ontwikkeling van dat materiaal en zit dus in de startblokken, als het al niet verder is. Hoe kan de overheid, behalve door het symbolische gebaar van een moratorium in eigen kring, daar grip op krijgen? Hoe ziet u dat? Dat lijkt mij erg moeilijk.

De heer **Dees** (VVD): U moet twee fasen onderscheiden: het puur wetenschappelijke onderzoek – fundamenteel of al iets meer toepassingsgericht – en de klinische toepassingen. De Raad van Europa heeft zich uitsluitend uitgesproken over een moratorium voor de klinische toepassingen, omdat juist daarbij de overdracht van pathogene micro-organismen een rol kan spelen, met als risico dat er hele epidemieën onder de gehele bevolking ontstaan. Daar richt het advies van de Raad van Europa zich op en daarvoor wordt een moratorium gevraagd. Als je dat moratorium op de wetgeving baseert, geldt dat uiteraard voor iedereen in het land, inclusief het bedrijfsleven. Ik denk dat het riskant is om dat uitsluitend toe te vertrouwen aan de centrale commissie, omdat die een heel andere taak heeft.

Ik kom nu op het tweede punt. Ik heb gezegd dat mijn standpunt niet is ingegeven door een anti-technologiehouding en dat de aanbeveling van de Raad van Europa inhoudt dat medisch-wetenschappelijk onderzoek om de problemen rondom xenotransplantatie op te lossen, krachtig gestimuleerd moet worden. Daar kunnen types onderzoek voor nodig zijn waarbij de centrale commissies juist wel een belangrijke rol kunnen spelen, maar je moet dus een verschil maken

tussen het wetenschappelijk onderzoek binnen bepaalde randvoorwaarden en het toepassen van klinische xenotransplantaties, met het ook door de Gezondheidsraad aangegeven risico van epidemieën. Ik ben mevrouw Tuinstra overigens erkentelijk voor haar steun aan het idee om voorlopig met een moratorium te werken. Ik hoop dat de minister daar nog eens goed over zal nadenken.

Ik heb eigenlijk al aangegeven dat ik de solidariteit in Europees verband heel belangrijk vind. Met betrekking tot het bio-ethische verdrag van de Raad van Europa is het buitengewoon vervelend dat, terwijl Nederland en een groot aantal andere landen hebben getekend en de ratificatieprocedure hebben gestart, een land als België zegt dat het deze onderwerpen te controversieel vindt en daarom voorlopig niet meewerkt aan dat bio-ethische verdrag van de Raad van Europa. Dat verdrag is er juist op gericht om de ethische standaarden zo hoog mogelijk te houden en niet te verlagen. Ik denk dat het erg belangrijk is dat Europese landen bij dit soort moeilijke vraagstukken één lijn trekken.

Ten slotte maak ik nog een paar opmerkingen over de geneesmiddelen. Evenals de heer Werner handhaaf ik mijn betoog van de eerste termijn. Er zijn te veel ballen tegelijkertijd in de lucht. Dat geeft grote risico's, waardoor er ongelukken kunnen gebeuren. Er zijn tegenstrijdigheden in de voorstellen en de kern van het probleem wordt niet aangepakt. Laat ik twee voorbeelden noemen. Het eerste is de budgettering. Wil de minister de uitgaven voor de geneesmiddelen in de polikliniek budgetteren of, als alternatieve route, wil zij proberen om het via virtuele budgettering van de zorgverzekeraars in de hand te houden?

Wat betreft de budgettering maak ik de volgende vergelijking. Het geneesmiddelendossier is een pan kokende soep en de soep blijft maar over de rand stromen. De oplossing van de minister is budgettering. Zij doet een deksel op die pan kokende soep en zij houdt het deksel vast, opdat de soep in de pan blijft. Ik denk dat de soep over de rand blijft stromen, ook als zij een deksel op de pan doet. Je moet er geen deksel op doen, je moet de vlam lager zetten. Je kunt de vlam lager zetten door te

Dees

werken aan goede farmacotherapie, waar de minister overigens ook op wijst. Voor economisch verantwoorde farmacotherapie heeft de minister de artsen, de specialisten en de apothekers nodig, in samenwerking en niet in competitie, maar zij voert een competitie-model in voor de apothekers dat niet past in die samenwerkingsgedachte.

De kern van mijn verhaal over het geneesmiddelendossier is dat de recepten doelmatig en doeltreffend worden toegepast. Wij moeten ervoor zorgen dat er bij de apotheker echte prijsconcurrentie komt, zodat er een negatieve spiraal ontstaat. Dat is recept nummer één. Recept nummer twee is het volgende. Zet alle toeven op de verantwoorde farmacotherapie. Wat dat betreft heb ik de suggestie gedaan om in de tariefstructuur directe "incentives" neer te leggen voor de specialisten, huisartsen en apothekers, waardoor wordt afgedwongen dat die goedkopere farmacotherapie er komt. Dan zijn de zeer ingewikkelde structuurmaatregelen die de minister voorstelt en waarvan je nog maar moet afwachten waartoe ze leiden niet nodig.

□

Mevrouw **Van den Broek-Laman Trip** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Ik dank speciaal de staatssecretaris voor haar beantwoording, want mijn vragen waren aan haar gericht.

Ik onderschrijf het eerste stuk van het betoog van de heer Werner van harte en ik hoop dat dus niet te herhalen. De discussie die wordt gevoerd onder leiding van de COTG en onder regie van de zorgverzekeraar over functionele decentralisatie naar de regio's verhoudt zich naar mijn mening niet met de regiovisie in het kader van de zorginfrastructuur die door de provincies zal worden vastgesteld. Ik blijf van mening dat er twee kokers naast elkaar blijven bestaan die niet goed met elkaar overweg kunnen.

De staatssecretaris zegt dat de regiovisie geen dirigistisch planningskader is. Dat is dan heel mooi. Zij geeft ook aan dat die maatschappelijke componenten er misschien in verwerkt moeten worden. Ik deel de mening van de heer Werner dat je dan eigenlijk weer terug bent bij de Kaderwet specifiek welzijn, net zoals ik er in het andere geval op wees dat we terug waren bij de Wet voorzie-

ningen gezondheidszorg. Ik vraag de bewindslieden indringend om er heel goed naar te kijken om te voorkomen dat we in dezelfde valkuil vallen als in het begin van de jaren tachtig. Ik schrok erg van een tussenzinnetje van de staatssecretaris, die zei dat de regiovisie een wettelijk kader krijgt. Ik hoop dat ik het verkeerd heb verstaan, want ik zou dat echt een heel zorgelijke ontwikkeling vinden. Ik denk dat ook de regierol die de zorgverzekering aan de andere kant heeft daarmee volstrekt vastloopt en de bewindslieden niet het gewenste doel bereiken.

Ik ben de staatssecretaris zeer erkentelijk voor haar opmerkingen over het scheiden van wonen en zorg. Met name was ik zeer verheugd over haar opmerking dat zij samen met haar collega van VROM aan de tafel zit en er een visie ontvouwd zal worden in de nota Wonen in de 21e eeuw. Ik herhaal dat ik hoop dat zij er met groot enthousiasme aan mee zal doen en dat het geen kwestie van trekken wordt. Uit haar woorden heb ik echter begrepen dat zij het enthousiast zal doen.

Ik dank haar ook voor haar opmerkingen over de kinderopvang en onderstreep dat zij rekening zal houden met mogelijke differentiatie, geen star systeem en alleen maar minimumeisen vastleggen. Dat lijkt mij een heel goed streven.

□

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! Door de adequate beantwoording van de bewindslieden hoop ik het niet erg te vinden dat ik eigenlijk geen tijd heb voor een tweede termijn.

Heeft het ministerie nu een beleid waar het gaat om de tendens onder verpleegkundigen om zich te vestigen als zelfstandige ondernemer?

Is er voor de integrale onafhankelijke indicering nog een beroepsopleiding op HBO-niveau nodig?

De minister was heel optimistisch over het gemoderniseerde zorgsysteem en ik ben benieuwd naar de totaal andere systematiek van de farmacotherapie. Op welke termijn kunnen wij die voorstellen verwachten?

De noodzaak tot aanpassing van het verzekeringsstelsel wordt steeds duidelijker. Kan deze discussie nog worden afgerond in deze regelperiode?

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Ik dank de minister voor haar beantwoording. Het is goed dat wij het erover eens zijn dat iedere hand uit bed weer een hand meer aan het bed is.

De minister besteedt haar beleid uit aan uitvoerders en als die wel het geld krijgen, maar daarmee niet de zorg bieden vanwege een te hoog ziekteverzuim door inadequaat management, zoals mijn fractiegenote mevrouw Maas al impliciet aangaf, dan moet daar dus iets aan worden gedaan. Roepen van "wij hebben geen keuze, andere uitvoerders zijn er niet, de ziekenhuizen staan er nu eenmaal en daar zullen wij het mee moeten doen" is op zich wel juist, maar ik vind toch dat ik de minister mag aanspreken op het beleid. Ik heb heel veel suggesties gedaan, maar kan mij voorstellen dat niet alle worden gevolgd. Echter, net zo goed als de minister het haar verantwoordelijkheid acht om actie te voeren voor de beeldvorming van het beroep, acht ik het ook haar verantwoordelijkheid om de sector uit te dagen, voor mijn part met prijzen voor het beste sociaal jaarverslag. Dan krijgt men wellicht eens door dat zo iets geschreven kan worden en wat erin zou kunnen staan. Er zou ook meer aandacht moeten worden bepleit voor interne Arbozorg, niet over de muur smijten naar een externe dienst. Ik denk dat er enorm veel te winnen valt en anders krijgt de minister ook problemen als zij zegt meer geld nodig te hebben voor het wegwerken van wachtlijsten. Dan zullen wij zeggen: die ontstaan door het slechte management van uw uitvoerders, spreek ze aan, laat ze hun informatie geven, houdt ze wat beter onder controle.

Voorzitter! De regiovisie en hoe dat werkt, dat heb ik begrepen. Als de regio een visie uiteenzet, ongeschot, dan gooien de staatssecretaris en de minister het geld uit het grote spaarvarken van het AWBZ-fonds en de AWBZ in de verschillende kokertjes en dan hebben wij ontschot en geschot bij elkaar. Dat begreep ik en dat vind ik ook goed. Welke regio's het precies zijn, is mij niet helemaal duidelijk. Ik zei al dat het bij de ambulances verstandig zou zijn om snel aan te geven welke regio's bedoeld worden.

Ter Veld

Dat kan nooit alleen met financiële prikkels.

Het verhaal over de AWBZ zal ik herlezen. Als de patiënt erin centraal stond, dan heb ik dat nog niet gemerkt. Ik vond het een uitermate institutioneel verhaal. Ik zou het nooit in het Engels kunnen vertalen. Ik heb er eigenlijk niet zo vreselijk veel van begrepen, behalve dan dat duidelijk is, dat een ongeclausuleerde aanpak en toezeggingen in de wet staan, dat de indicatiecommissie ze moet inperken en dat, zoals de heer Werner terecht zei, het COTG budgetten toekent. Ik heb mijn collega van GroenLinks even gevraagd of zij het begreep. Zij keek mij aan en zei: ja, eh... je krijgt dus niks. Dat kan niet de bedoeling zijn. Wij zullen het grondig nalezen, maar erg praktisch leek het mij niet. Het kan aan mij liggen, omdat het op een niveau is waarop ik de patiënt niet zag.

Ik heb al gezegd, dat wonen en zorg geld kost. Het is een kwaliteits-sprong, zei een van de voorgangers van deze bewindspersonen, de heer Simons. Ook nieuwe gebouwen worden oud. Ik wil graag expliciet zien, hoe wanneer mensen langer zelfstandig wonen zij met hun AOW, misschien een klein pensioentje en een beetje PGB – wat van de Sociale verzekeringsbank alleen maar wit mag, en daarom niet zo gemakkelijk te krijgen zal zijn – rondkomen. Ik zie het wel voor de hoge inkomens, maar ik zie het niet voor de lage. Is daar geld genoeg voor?

Ik heb begrepen dat de Verenigde Naties het jaar 2001 uitroepen tot het jaar van het vrijwilligerswerk. Het is mooi dat in de welzijnsnota daar een hoofdstuk aan gewijd zal worden. Ik bedoelde niet alleen of zelfs helemaal niet, dat het alleen dit departement aangaat. Ik wil dat de bewindslieden kritischer kijken naar alle invloeden, ook van hun collega's, die het mensen moeilijker maken om vrijwilligerswerk te doen. Een verzekering tegen bestuurs-aansprakelijkheid heb je wel nodig in het bestuur van een speeltuin met veertien schommels en nog wat. Die kost je kapitalen, in verhouding tot de opbrengst. Als je in het bestuur van een fanfare zit, moet je natuurlijk rekening houden met de geluidshinder. Wie daarbij nog een heel klein horecagelegenheidje heeft, krijgt van de Groningse burgemeester als hoofd van de openbare orde de politie op bezoek, die komt

controleren of er op woensdagmiddag geen patat wordt gebakken in het clubhuisje. Vraag het maar aan oud-collega Wallage. Op z'n minst had daar de sociaal hygiënist aanwezig moeten zijn en waarschijnlijk ook een filterscheiding tussen water en vet. Dat komt voort uit spelregels die gelden voor de horeca. Op die manier maak je een aantal dingen gewoon onmogelijk, maar dat willen wij niet.

Mijn fractiegenoot vroeg mij nog, te vragen wat de fiscalisering van de omroepbijdrage nu eigenlijk te maken had met de jeugdzorg.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Ik dank de minister en de staatssecretaris hartelijk voor hun antwoorden. Er zijn nog wat vragen blijven liggen. Er is geen bereidheid om de externe kwaliteitsbeoordeling te financieren uit de reguliere middelen. Dat zou een stap terug zijn, omdat dit bij de Leidschendamafspraken duidelijk is overeengekomen. Ik heb de minister gevraagd wat zij daarmee wilde doen.

In het antwoord van de minister over het geneesmiddelenbeleid heb ik een antwoord gemist op mijn vraag of patiënten en hun organisaties daar niet structureel bij betrokken kunnen worden. Ik heb wat voorbeelden genoemd. Ik vind het jammer dat de discussie wat technisch wordt, maar het gaat tenslotte om degene die geneesmiddelen nodig heeft. Het zou heel goed zijn als zijn betrokkenheid wat vergroot werd. Dat zou in positieve zin aanmerkelijk in de kosten kunnen schelen.

Voor de verbetering van de positie van de patiënt in de regio is geld uitgetrokken voor de cure, maar voor de andere velden heb ik niets kunnen vinden. Als het voor de cure geldt, geldt het zeker voor sectoren als verpleging, verzorging, zorg voor mensen met een handicap en de geestelijke gezondheidszorg.

Voorzitter! Ik heb in mijn bijdrage nadrukkelijk gevraagd wat de staatssecretaris zal doen aan de wachtlijsten voor de verzorgings-tehuizen. Zij blijken nu zeer manifest te zijn. De staatssecretaris heeft in het algemeen gezegd, dat er op grond van de AWBZ extra mogelijkheden zijn. Ik heb evenwel geprobeerd duidelijk te maken dat het hierbij om een capaciteitsprobleem

gaat. Dat is niet gemakkelijk oplosbaar. Ook uit het recente onderzoek blijkt, dat iets gedaan moet worden.

Er is een heel interessante discussie gevoerd over de harde zorgplicht van de verzekeraars. Ik zal hierop nu niet ingaan, maar mij aansluiten bij de woorden van andere sprekers. Ik wijs er wel op, dat de praktijk erg weerbarstig is. Bovendien is er met betrekking tot de indicatieorganen een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Ik weet dat er heel veel indicatieorganen zijn die niets willen delegeren aan thuiszorginstellingen. Er zijn dus allerlei fricties die vanaf deze plaats niet weg te nemen zijn, lijkt mij.

De vergadering wordt van 18.23 uur tot 18.38 uur geschorst.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik zal de vragen in tweede termijn graag beantwoorden in de volgorde van de verschillende sprekers.

De heer Werner houdt opnieuw een pleidooi voor een commissie van juristen. Ik blijf van mening dat, nu die evaluatietrajecten van de WTG lopen of wetten integraal worden herzien zoals bij de WZV, het niet het moment is om een totale evaluatie van het wettelijk systeem daar overheen te leggen. Ik blijf bij mijn opvatting dat ik op korte termijn geen commissie van juristen wil instellen om alles te evalueren. Ik heb in eerste termijn verteld dat de wetgevingscapaciteit in het departement is versterkt. Verder is het de taak van het ministerie van Justitie om alle wetgeving te beoordelen op onderlinge consistentie, etc. Ik meen dan ook dat er wat systemen actief zijn waarmee wij kunnen bekijken of zaken consistent zijn.

De heer Werner is nog niet overtuigd door het verhaal over het geneesmiddelendossier. Ik zal de discussie niet meer volledig openbreken, maar hij zei wel: ik wens u dan maar veel succes. Misschien kan ik de geruststelling vergroten door er nog eens op te wijzen dat ik een commissie heb ingesteld die de plannen voor de verandering van de farmaciesector bekijkt op innerlijke consistentie en op uitvoerbaarheid. Dat wil zeggen dat ook wordt bekeken of er een risicoanalyse bij hoort en hoe die

Borst-Eilers

dan luidt. De leden van die commissie zijn oud-minister De Vries, mevrouw Schwenker, de heer Rinnooy Kan, de heer In 't Veld en de heer Koopmans zelf, die immers de peetvader van dit plan is. Dit is toch een gezelschap dat, als men vindt dat er sprake is van een risico of inconsistentie, niet zal schromen om dat luid en duidelijk aan mij kenbaar te maken.

Ik kom bij de faciliteit voor de genterapie. Ik ga zowaar nog met wat extra geld hier vandaan, zo begrijp ik uit de opmerking van de heer Werner dat ik eens bij de VAZ moet aankloppen. Ik heb opgemerkt dat degenen in het veld die hieraan zo'n belang hechten daarvan zelf blijf moeten geven door er iets aan bij te dragen. Ik heb het zo verstaan dat het kanaal van de gezamenlijke medische faculteiten of de gezamenlijke academische ziekenhuizen goed zou zijn, omdat het immers gaat om een centrale faciliteit.

De heer **Werner** (CDA): Dat heeft u goed verstaan, maar een goed verstaander had misschien ook kunnen begrijpen dat dit een uitnodiging was om het "voor wat hoort wat"-principe in dezen te hanteren. Het management loopt niet weg voor die verantwoordelijkheid, maar als er van uw kant iets komt kan de sector bekijken of zij er iets bij kunnen doen.

Minister **Borst-Eilers**: Het zal toch een gemeenschappelijke inspanning moeten worden. Als iedereen het belang ervan erkent – dit geldt hopelijk ook voor mijn collega's van OCW en Economische Zaken, omdat het een belangrijke biotechnologische ontwikkeling is – dan komt er misschien met vereende krachten iets van de grond. In ieder geval wil ik de heer Dees graag toezeggen dat ik een inhoudelijk standpunt hierover zal formuleren. Dat zal binnen afzienbare tijd gebeuren; ik weet niet hoe snel het contact met de collega's en anderen tot besluitvorming leidt. Ik zal u dan een inhoudelijk standpunt daarover toesturen. Ik hoop dat het nog voor de zomer lukt.

De heer Werner heeft het punt van het millenniumprobleem opgebracht. Ik heb op dat punt steeds een heldere lijn gehanteerd tegenover de instellingen. Ik heb gezegd dat de eerstverantwoordelijken ervoor moeten zorgen dat zij goed werkende apparatuur hebben. Dat

geldt ook voor millenniumgevoelige aspecten van die apparatuur. Het management moet daarvoor zorgen. Ik ben dan ook niet bereid om daarvoor extra geld beschikbaar te stellen. Ik vind dat de heer Werner wel erg negatief doet over het platform. Ik dacht dat het zijn nut wel had bewezen. Het heeft ondersteuning geboden en geeft een goed inzicht in de voortgang, zodat ik een beeld heb van de risico's en van de sectoren die achterblijven. Er zijn instellingen die zich pas door het invullen van het formulier realiseren wat de problematiek is. Ik neem aan dat dit voor de instelling waar de heer Werner een deel van zijn dagen doorbrengt niet geldt, maar menigeen is juist door het formulier op het goede spoor gezet. In het kader van de meerjarenafspraken hebben de instellingen hier ook voor getekend. Dit is en blijft de hoofdlijn. De heer Werner weet dat er, wanneer een instelling echt in de problemen komt, tal van organen zijn waarop een beroep kan worden gedaan, zoals het COTG. De grote lijn is dat men moet zorgen dat de spullen in orde zijn.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! De directies zijn genoemd als verantwoordelijken voor van alles en nog wat in de gezondheidszorg. Ik noem het terugdringen van het ziekteverzuim. Natuurlijk zorgt de directie ervoor dat de apparatuur in orde is. Dit kost echter wel geld. Aan het eind van het jaar wordt de rekening opgemaakt en dan hoop ik dat er nog overleg mogelijk is. De sector krijgt geld om de problematiek van de wachtlijsten op te lossen. De minister zal toch niet willen dat deze middelen aangewend worden om de apparatuur in orde te maken. Ik begrijp welke lijn de minister volgt en ik neem aan dat er op dit moment geen verandering in te brengen is. Ik dring er wel op aan dat de fractie hier, zo nodig, nog op terug kan komen.

Minister **Borst-Eilers**: U weet dat ik nooit de ogen voor problemen sluit. Het is altijd mogelijk om te praten. Overigens is het millenniumprobleem niet in de gezondheidszorg bedacht. Dit speelt wereldwijd, dus delen wij dit met velen. Ik ben blij dat de heer Werner begrip heeft voor de hoofdlijn.

Ik vond de wijze waarop de heer Dees over het SCP heeft gesproken

heel leuk. Ik ben het geheel met hem eens dat wij dit soort bureaus die de immateriële zaken van de zorg toelichten – dit gebeurt ook vaak met cijfers – in ere moeten houden. Zij hebben belangrijke dingen te melden.

De heer Dees is teruggekomen op de kwestie van de Decker/Kohll-arresten. Als politici zien dat aan regelgeving bepaalde ongewenste consequenties verbonden dreigen te worden, moeten zij actief worden. In juni is er een raad van de ministers van Volksgezondheid. Ik zal bevorderen dat wij op Europees niveau actief worden. Wij kunnen weinig initiatieven nemen, maar wij kunnen wel de Commissie uitnodigen om dat te doen. Bij veel van mijn collega's leeft dit punt. Ik geloof dat de heer Dees nog niet helemaal overtuigd was van de mogelijke effecten. Op het ogenblik is ook niet alles van begin tot eind duidelijk. Zelfs als je niet de congressen bezoekt en alleen de kranten leest, zie je dat de juristen in gevecht zijn over de interpretatie van de regelgeving.

Ik heb er behoefte aan, te wijzen op een aspect dat tot nu toe te weinig aandacht heeft gekregen in de discussie en dat is de rol van de verzekeraars. Zij moeten ervoor zorgen dat de verzekerden de zorg krijgen waar zij recht op hebben. Het maakt in wezen niet uit of die zorg in het binnen- of het buitenland wordt verleend. De verzekeraar moet alleen alert zijn dat er niet twee keer wordt betaald. Meer zorg in het buitenland betekent vermindering van de zorg in het binnenland. Een gebudgetteerde verzekeraar kan zijn geld maar één keer uitgeven en zal in zo'n geval de productieafspraken in het binnenland moeten beperken. Dat zal weer gevolgen hebben voor binnenlandse zorgaanbieders, tenzij die weer Belgen en Duitsers naar ons land halen. Ik ben het met de heer Dees eens dat wij dit soort processen goed in de gaten moeten houden.

Nogmaals, wij moeten ook een politieke standpuntbepaling ontwikkelen, ook Europees. Deze processen zullen zich geleidelijk ontwikkelen. In die geleidelijkheid zullen wij uiteindelijk ook een oplossing moeten vinden voor de Europese convergentie van financieringssystemen. Gebeurt dat niet, dan krijgen wij te maken met scheve verhoudingen. Zelfs als het flinterdunne dijkje doorbreekt, dus

Borst-Eilers

als verzekerden op grote schaal hun zorg in het buitenland halen, moeten de verzekeraar niet stil blijven zitten. Wij komen ongetwijfeld op deze zaak nog terug.

De mededeling van de heer Dees over de berekeningen van de zorgverzekeraar met cliënten in met name Zeeuws-Vlaanderen, heb ik goed in mijn oren geknoopt.

Ik kom op de xenotransplantatie en de wettelijke positionering daarvan, de opname in het planningsbesluit. Achteraf is dat misschien niet zo handig geweest. Het is puur om pragmatische redenen opgenomen. Er moest een bepaling zijn voor als het ooit zo ver mocht komen. Ik heb reeds in de Tweede Kamer gemerkt en nu ook hier dat hiermee de indruk wordt gewekt dat het al een gelopen race is.

Ik ben het eens met hetgeen de heer Dees heeft opgemerkt over de risico's. Eigenlijk draait het om het moratorium. Materieel is hetgeen ik wil bereiken in de lijn van de commissie de facto ook een moratorium. De heer Dees heeft erop gewezen dat de parlementaire assemblee van de Raad van Europa een aanbeveling heeft gedaan. Dat is een aanbeveling en dus geen opdracht, maar een unanieme aanbeveling van de parlementaire assemblee is natuurlijk niet niks. Als ik hoor dat in dit huis de wens uitgaat naar een wettelijk bindend moratorium en het zal mij niet verbazen als men daar in de Tweede Kamer net zo over denkt, heb ik daar principieel geen bezwaar tegen. Ik heb gekozen voor de andere weg, maar als blijkt dat het parlement het anders wil, werk ik daar graag aan mee.

Ten aanzien van de geneesmiddelen sprak de heer Dees eerder over melk en nu over een pan soep. Ik begrijp dat je moet variëren in je metaforen. Naar mijn beste weten ben ik nu, maar ook in de plannen op langere termijn, juist bezig, aan de vlam te draaien. Ik deel namelijk de conclusie dat het niet zo handig is om op het deksel te drukken.

Ten aanzien van het elektronisch voorschrijfsysteem heb ik met de huisartsen afgesproken dat er een bepaalde taakstelling uit voortvloeit. Ik heb zelf een bedrag van 300 mln. nodig om mijn beleid sluitend te krijgen. De meeropbrengst kan worden gestoken in de ondersteuning van de eigen praktijk, met name

de aanstelling van praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen. Men vindt dit een heel aantrekkelijke deal en men werkt mijns inziens dan ook extra hard aan het elektronisch voorschrijfsysteem mee, ook vanwege de incentive.

Ik ben het eens met de inbreng van de heer Dees op het punt van de incentives. Je draait aan de vlam door het bevorderen van verantwoord, zuinige en zinnige farmacotherapie, door het elektronisch voorschrijfsysteem, door de FTTO's en door incentives in het elektronisch voorschrijfsysteem ten behoeve van de huisartsen. Ik heb in eerste termijn al gesteld dat, als er in een FTTO onderbesteding plaatsvindt, dat geld in de zorg "geploegd" mag worden. Ik probeer te werken in de geest van de heer Dees, maar dat neemt niet weg dat hij zijn zorgen heeft. Ik hoop dat hij door mijn inbreng ervan overtuigd is dat ik probeer, risico's op dit dossier zoveel mogelijk uit te sluiten.

Mevrouw Schoondergang vroeg wat mijn beleid is ten aanzien van de verpleegkundige als zelfstandig ondernemer. Verpleegkundigen vallen niet onder mijn verantwoordelijkheid. Als zij zich vestigen, is daar verder niets aan te doen. De vraag is wel wat ik ervan vind en of ik denk dat het een grote vlucht zal nemen. De argumenten zijn enerzijds gelegen in de salariering, maar anderzijds zijn verpleegkundigen van mening dat zij te weinig worden gehoord en te weinig worden betrokken bij het beleid van bijvoorbeeld ziekenhuizen. Op beide argumenten is de maatschapsvorming niet het goede antwoord. Dat leidt niet vanzelfsprekendheid tot betrokkenheid binnen de instelling. Sterker nog, specialisten die van oudsher in loondienst waren, waren eerder betrokken bij het beleid van de instelling dan de maatschapspecialisten.

Maatschapsvorming brengt, zeker als je er pas mee begint, het risico met zich dat je erg met je eigen clubje bezig bent en je minder aandacht hebt voor de geïntegreerde organisatie. Men zal, als het argument reëel is, op dat punt teleurgesteld worden. Het is veel beter om de energie te richten op het leveren van een bijdrage van de verpleegkundige beroepsgroep aan beleidsontwikkeling. Ik ben er ook blij mee dat het Landelijk centrum voor verpleging en verzorging zo

floreert en dat er hard aan wordt getrokken. Men werkt daar duidelijk aan de zelfbewustheid van de verpleegkundigenberoepsgroep. Men roept hen eigenlijk op om gewoon hun mond open te doen en als intelligente mensen mee te besturen en mede beleid te vormen in hun instellingen. Het LCVV heeft ook de meerjarenafspraken ondertekend. Dat zijn goede ontwikkelingen. Ik zie dus eigenlijk niets in de maatschapsvorming. Ik hoop ook maar dat het tot experimenten beperkt blijft. Het is niet iets wat ik zomaar kan verbieden.

Op welke termijn start het nieuwe farmacobeleid? Het is een ontwikkelingsmodel, dus er zal regelmatig over de voortgang worden gerapporteerd. Het is de bedoeling dat het in deze kabinetsperiode gaat lopen, maar daar zal zeker nog één of twee jaar overheen gaan.

De nota van het kabinet over het stelsel verschijnt in de tweede helft van deze kabinetsperiode. Ik kan daaraan geen exactere datum verbinden. Zij is nadrukkelijk bedoeld als handreiking, maar zal concreet zijn en zo goed mogelijk doordacht voor een volgend kabinet, opdat niet tijdens de formatieperiode kop over bol het stelsel in elkaar gedraaid moet worden. Daarvoor is de materie veel te ingewikkeld. Daar moet goed over nagedacht worden.

Mevrouw Ter Veld zei dat de minister de sector moet uitdagen. De prijs voor het beste sociaal jaarverslag bestaat al. Wij kunnen nog meer prijzen bedenken, want prijzen werken wel goed. Wij hebben ook prijzen voor de meest klantvriendelijke zorginstelling en nog meer van dat soort dingen. Ik heb diverse keren een prijs uitgereikt. Dan zie je dat het een enorme kick geeft. De rest van Nederland wordt jaloers. En dat is precies de bedoeling.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Die bedoeling deel ik. Je kunt het ook iets negatiever benaderen en voorschrijven dat dit soort instellingen niet alleen een Arbozorgcontract moeten hebben, maar daar ook een bepaalde invulling aan moeten geven.

Minister **Borst-Eilers**: Wij hebben een arbeidsmarktconvenant afgesloten met de zorgsector. Staatssecretaris Hoogervorst sluit

Borst-Eilers

Arboconvenanten af met bepaalde "hogerisicosectoren", sectoren met een hoog verzuim. De gezondheidszorg is daarbij een van de eersten. Verder houden staatssecretaris Hoogervorst en wij intensief contact, ook om wegen te zoeken om de sector zorg te stimuleren. Wij vinden het immers alledrie zeer zorgelijk dat het gemiddelde ziekteverzuim juist in die sector, waar zoveel behoefte is aan mensen en waarvoor de arbeidsmarkt zo krap is, zo hoog is. Wij doen wat wij kunnen en voelen ons nog extra geïnspireerd door de woorden van mevrouw Ter Veld op dit punt.

De heer Van den Berg ben ik inderdaad nog enkele antwoorden schuldig. Ik ga eerst in op de externe kwaliteitsbeoordeling door patiënten en de reguliere middelen daarvoor. De kwaliteitsbeoordeling uit patiëntenperspectief is ook betrokken bij de curatieve zorg in de meerjarenafspraken. Het is misschien bekend dat in de thuiszorg het idee om daarvoor een apart kwaliteitsfonds in te stellen al is gerealiseerd. Er zijn afspraken gemaakt met de LVT en de NPCF. In de curatieve somatische zorg heb ik partijen er nadrukkelijk op gewezen dat een kwaliteitsfonds belangrijk is en dat daarbij de kost ongetwijfeld voor de baat uitgaat. De NPCF zal nu het voortouw nemen – dat hebben wij met elkaar afgesproken – en zal ook met de andere koepels van aanbieders en met de beroepsgroepen overleggen hoe wij tot zulke initiatieven kunnen overgaan en de benodigde geldmiddelen kunnen genereren. Ik zal dat goed in de gaten houden, want ik vind dat een belangrijk punt.

Dan kom ik op het laatste punt van de heer Van den Berg: het structureel betrekken van patiënten bij het geneesmiddelenbeleid. Ook die opvatting deel ik. Ik kan hem zeggen dat met enkele categorale patiëntenverenigingen – de Patiëntenvereniging multiple sclerose en de Reumapatiëntenbond, die gisteren bij mij op bezoek was – aan het geneesmiddelenbeleid wordt gewerkt. Zij denken heel constructief mee. Voor beide ziekten komen soms heel dure geneesmiddelen op de markt. Bekeken wordt bijvoorbeeld welke afspraken kunnen worden gemaakt met de behandelaars. De patiënten zullen zich daaraan dan ook houden en daar dus niet over gaan klagen; alleen patiënten in de groep die daar echt baat bij hebben,

krijgen dan het nieuwe dure middel en de anderen niet. Men denkt dus heel constructief mee. De Nederlandse patiënten- en consumentenfederatie is nog een stapje verder gegaan. Zij is een projectvoorstel aan het ontwikkelen over de rol van patiënten bij doelmatig geneesmiddelengebruik. Dat zie ik met veel belangstelling tegemoet.



Staatssecretaris Vliegenthart: Mijnheer de voorzitter! Een aantal Kamerleden is teruggekomen op de modernisering van de AWBZ. Dat is een complex vraagstuk. In juni zullen wij een uitvoerig plan van aanpak presenteren, waarin wij op alle relevante elementen in zullen gaan. Ik wil op een aantal van de genoemde punten terugkomen.

Het hoofdpunt van de discussie is dat er een kloof bestaat tussen de wettelijke aanspraken, zoals geformuleerd in de AWBZ, en de daadwerkelijke zorgverlening. De heer Werner betrof in zijn betoog de stelling dat dit mede te maken heeft met onduidelijke bevoegdheden in de AWBZ.

Volgens mij is de kern van het probleem dat vraag en aanbod niet op elkaar aansluiten. Dat is aan de ene kant een kwantitatief probleem. Er zijn wachtlijsten en er is onvoldoende zorg beschikbaar om de vraag te honoreren. Aan de andere kant is er sprake van een kwalitatief probleem. De schotten tussen de verschillende systemen en sectoren leiden ertoe dat sommige cliënten tussen wal en schip vallen. Men kan niet adequaat geholpen worden in de zorg voor verstandelijk gehandicapten of voor ouderen in het stelsel van de AWBZ, omdat men een combinatie van problemen heeft. Die moeilijk plaatsbare groepen cliënten zie je iedere keer op die grensvlakken opduiken.

Het systeem zoals het nu functioneert, kan onvoldoende antwoord bieden op die diversiteit aan zorgvragen. Dat heeft onder andere te maken met het feit dat de huidige aanspraken in de AWBZ institutioneel geformuleerd zijn. Waar wij uiteindelijk naartoe moeten, is dat de vraag van de cliënt centraal komt te staan. Het stelsel moet de voorwaarden scheppen, zodat het aanbod van zorg kan aansluiten bij die vraag. De bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij de

uitvoering van de AWBZ zijn duidelijk, want die bevoegdheden liggen primair bij het zorgkantoor. De vraag moet zijn hoe wij die kloof gaan dichten, zodat de zorgplicht die het zorgkantoor heeft, daadwerkelijk ingevuld kan worden. Dat er een spanning is, is evident.

De invulling van de zorgplicht is niet alleen een kwestie van geld. Dat er meer geld naar de care moet, is een van de prioriteiten van het regeerakkoord. Tegelijkertijd moeten er voorwaarden worden geschapen voor een betere, doelmatige organisatie van de uitvoering, zodat de zorgvraag gehonoreerd kan worden. De modernisering van de AWBZ is erop gericht om de vraag naar zorg meer op de voorgrond te krijgen in plaats van planning van het aanbod, omdat instituties nu eenmaal zo werken. Er is nu een institutionele vormgeving van de aanspraken, omdat je een verstreking verpleeghuiszorg hebt of een verstreking thuiszorg, die door een instelling voor thuiszorg wordt geboden. Deze zal meer flexibel moeten worden om meer zorg op maat voor de cliënt te realiseren.

Op het microniveau, het individuele niveau van de cliënt, moet de aansluiting tussen vraag en aanbod beter gemaakt kunnen worden; meer flexibiliteit en meer zorg op maat. Bij de ontwikkeling van het peil van de voorzieningen in de regio, op mesoniveau, zullen vraag en aanbod ook dichter bij elkaar gebracht moeten worden.

Een van de voordelen van de regionale indicatiestelling is dat deze een meer objectief beeld geeft van hoe de zorgvraag zich ontwikkelt. In het verleden hadden instellingen tal van mogelijkheden om de wachtlijsten die zij zelf beheerden, te manipuleren in de discussie of er wel of niet een tekort aan zorg is. Die geobjectiveerde vraag laat beter zien wat de werkelijke vraag is en wat deze moet betekenen voor de ontwikkeling van de capaciteit in die regio. Die informatie kan richting geven aan het contracteerbeleid van het zorgkantoor.

Op macroniveau blijft het erom gaan dat het beschikbare budget toereikend zal zijn om de verantwoordelijkheden in de regio daadwerkelijk waar te maken. De groei van het budget moet die kloof tussen vraag en aanbod verkleinen. De vergroting van de doelmatigheid in de uitvoering van het systeem is

Vliegenthart

essentieel. De bench marking die binnenkort gepubliceerd zal worden, zal laten zien dat op dat vlak nog een redelijke doelmatigheidswinst te boeken is.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! Ik begrijp het betoog van de staatssecretaris. Op een punt mis ik de link. De rechter doet indien er niet geleverd kan worden volgens de AWBZ-aanspraken, een beroep op de zorgplicht van de verzekeraar. De verzekeraar moet dan zien dat hij een overeenkomst sluit zodat de zorg alsnog geleverd wordt. Wat nog niet helemaal sluit, is dat het budget van de thuiszorginstelling is gedetermineerd via het COTG en het Financieel overzicht zorg.

Ik vind het vreemd – dat is een frustratie die bij velen leeft – dat de rechter de verzekeraar aansprakelijk stelt. De overheid gaat in dezen geheel vrij uit, maar heeft wel het budget gedetermineerd. Veel mensen vinden dat onrechtvaardig. Zij hebben als verzekeraar niet de gereedschappen om die middelen te acquisieren en om die overeenkomst te sluiten. Als zij namelijk een overeenkomst sluiten, krijgen zij dat geld niet van het COTG, omdat het COTG een aanwijzing heeft van de minister dat de verzekeraar niet meer mag uitgeven dan bedrag x. Juridisch is dat onbevredigend. Velen in de gezondheidszorg begrijpen dat niet en vinden het ook niet rechtvaardig. Maar de staatssecretaris wil dat niet laten uitzoeken.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: De vraag is of wij op basis van die discussie tot de conclusie zouden moeten komen dat de verantwoordelijkheid dient te verschuiven. Die mening deel ik niet. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de AWBZ behoort bij het zorgkantoor te liggen. De discussie moet gaan over de vraag op welke wijze de voorwaarden geschapen kunnen worden dat het zorgkantoor, dat problemen heeft met het waarmaken van die zorgplicht, toch zijn taken goed kan uitvoeren. Het is dus geen verantwoordelijkheidsdiscussie maar een discussie over de vraag hoe je voldoende middelen op de goede plek krijgt: hoe schep je voorwaarden dat het zorgkantoor tot een doelmatige uitvoering van de AWBZ kan komen?

Als de heer Werner zegt dat men op dit moment gebonden is aan

allerlei regels en dat op landelijk niveau van alles en nog wat is vastgelegd, dan heeft hij daarin gelijk. In het kader van de modernisering van de AWBZ willen wij de bevoegdheden van de zorgkantoren om in de regio tot een samenhangend contracteerbeleid te komen, verruimen, zodat men in de regio prioriteiten kan stellen wat men met de middelen doet. In het kader van de meerjarenafspraken verpleging en verzorging hebben wij daarmee een voorzichtig begin gemaakt door een deel van de vrijevolumegroei in de sfeer van verpleging en verzorging ontschot in de regio te laten plannen. Men kan daarbij aangeven dat een deel van die volumegroei besteed kan worden aan verzorgingshuizen of aan thuiszorg, opdat het zorgkantoor zijn verantwoordelijkheid beter waar kan maken in het kader van de aansluiting van vraag en aanbod.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! Ik heb veel en vaak de uitdrukking gehoord, ook vanmiddag weer: het primaat van de politiek. Het primaat van de politiek is dat zij de financiële randvoorwaarden stelt waarbinnen de overeenkomsten kunnen worden gesloten. De overheid doet dat via een aanwijzing aan het COTG. Voor die verantwoordelijkheid kan de staatssecretaris niet weglopen. Het is een primaire verantwoordelijkheid. De staatssecretaris kan dan niet zeggen dat de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en dat zij het probleem maar moeten oplossen. Nee, de politiek heeft dan ook de plicht, die randvoorwaarden te maken zodat de zorgverzekeraar die zorgplicht kan nakomen. Dat sluitstuk had ik nog graag gezien.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Dat ben ik absoluut eens met de heer Werner. Dat is de koninklijke weg. Zo zou het geregeld moeten worden. Ik wil er wel op wijzen dat in de individuele rechtszaak de betrokken cliënten geen beroep hebben gedaan op het zorgkantoor om hun zorgaanspraak te materialiseren. Men heeft dat gewoon overgeslagen. Men is rechtstreeks naar de Staat gegaan. In dat opzicht is het heel logisch dat gezien de structuur van de wetgeving, de rechter tot deze conclusie is gekomen. Men heeft die poging niet gedaan. Het was niet geheel helder in hoeverre iedereen over een urgente indicatie beschikte. Ook dat is een element dat daarin een rol

speelt. Immers, als het indicatie-orgaan vaststelt dat iemand aanspraak maakt op zorg en dat die onmiddellijk geleverd moet worden, dan wordt in de huidige situatie in vrijwel alle gevallen die zorg ook onmiddellijk geleverd. Daarin hoeven dus verder geen belemmeringen te zijn.

Wat je ziet, is dat de wachtlijsten voor de thuiszorg zich concentreren op huishoudelijke hulp voor mensen met een wat lagere urgentie. Voor mensen die net uit het ziekenhuis komen en die kortdurende verpleging nodig hebben, bestaan geen of nauwelijks wachtlijsten. In dat kader staat de zorgplicht van het zorgkantoor ook niet echt ter discussie. Nogmaals, dat neemt niet weg dat wij de voorwaarden moeten scheppen dat die kloof gedicht kan worden. Dat is onze verantwoordelijkheid bij zeggen dat het niet alleen een kwestie van geld is, maar ook een kwestie van het scheppen van randvoorwaarden voor een doelmatige uitvoering.

Voorzitter! Wij zullen ongetwijfeld in het kader van de modernisering van de AWBZ nog heel nadrukkelijk terugkomen op dit punt. Het vormt immers een van de kernpunten van het debat.

Een tweede hoofdpunt is de functie die de regiovisie zou moeten hebben. Ik wil nogmaals heel helder zeggen dat het zorgkantoor de uitvoerder van de AWBZ is, en dus niet de provincie of iets dergelijks. Het zorgkantoor voert de AWBZ uit. In dat opzicht is het een functioneel gedecentraliseerd systeem. Daar heeft mevrouw Van den Broek dus gelijk in. Die regiovisie heeft wel een bepaalde functie in relatie tot het zorgkantoor. Zij zou namelijk richting kunnen geven aan het contracteerbeleid, zoals het zorgkantoor dat uiteindelijk zou moeten gaan uitvoeren. Een van de hoofdfuncties van de regiovisie is dat zij op basis van gegevens van het indicatie-orgaan inzicht geeft in de ontwikkeling van de vraag. Zij moet verder inzicht geven in het aanbod dat beschikbaar is, in vernieuwingsvraagstukken die zich voordoen en in de samenhang tussen bijvoorbeeld wonen en zorg. Immers, als men ervoor pleit dat wij veel meer de kant op moeten van een situatie waarin mensen gewoon wonen en daarnaast zorg aangeboden krijgen, dan moeten er ook instrumenten zijn

Vliegenthart

waardoor die sectoren aan elkaar gekoppeld worden, zij het dat het gescheiden systemen zijn.

Die functie van de regiovisie is dus een totaal andere en niet te vergelijken met iets wat ooit in het kader van de Kaderwet specifiek welzijn of de Wet voorzieningen gezondheidszorg bedacht is. Dat waren planningsinstrumenten met individuele rechtsgevolgen voor instellingen. De regiovisie zoals wij die voor ogen hebben, heeft dat dus niet. Dat is een essentieel verschil. In het kader van het plan van aanpak modernisering AWBZ zullen wij dat ook verder uitwerken.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! De staatssecretaris heeft gezegd dat zij dacht aan een wettelijke verankering van de regiovisie en dat de regiovisie richting geeft aan de uitvoering van de zorgkantoren. Overweegt zij in die wettelijke verankering ook de mogelijkheid te openen dat de provincies op grond van de regiovisie bindende aanwijzingen zouden kunnen geven aan het zorgkantoor?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Nee. De bedoeling van de regiovisie is dat er geen individuele rechtsgevolgen in de richting van de aanbieders aan kunnen worden ontleend. Bindende aanwijzingen kunnen er dus niet in zitten. Het is wel van belang dat je met elkaar bekijkt hoe het voorzieningenaanbod zich zal moeten ontwikkelen. Met name in het kader van de AWBZ is er sprake van een samenhang met andere sectoren, zoals wonen, welzijn, de Wet voorzieningen gehandicapten en de arbeidsintegratie van gehandicapten. Dat soort kaders moeten daar in beeld gebracht worden, juist vanwege het feit dat de AWBZ en de aanspraken AWBZ zich steeds meer gaan beperken tot het pure zorgdeel. Ook dit is een punt dat ongetwijfeld in de verdere discussie in het kader van het plan van aanpak zal terugkomen.

Voorzitter! Mevrouw Ter Veld is teruggekomen op het scheiden van wonen en zorg. Ik ben het met haar eens. Juist voor die lagere inkomens wil ik waarborgen blijven bieden voor een goede en toegankelijke ouderenzorg. Mijn lijn is dan ook dat binnen de AWBZ ook verblijf beschikbaar blijft op het moment dat de zorg zodanig intensief is dat dat gekoppeld moet worden.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Daarvoor zit een fase waarin ook iemand met een laag inkomen zelfstandig kan willen wonen, maar daarvoor zijn zoveel eigen bijdragen noodzakelijk – maar niet aanwezig – dat het resterende vrij besteedbare inkomen te laag is. Dan zie je dus weer dat mensen met een laag inkomen relatief vroeger in een verzorgingshuis komen dan mensen met een hoog inkomen. Als je scheiding van wonen en zorg wilt, moet dat natuurlijk niet alleen maar iets zijn voor de hogere inkomens, die bovendien toch al langer zelfstandig blijven wonen. De oude Drees woonde nog steeds thuis, terwijl zijn klasgenoten in het Willem Dreeshuis woonden.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: De kern van het probleem zit niet in het scheiden van wonen en zorg, maar in de cumulatie van eigen bijdragen die het gevolg van die situatie kan zijn. Dat is een van de punten waar wij heel nadrukkelijk naar kijken en die in het regeerakkoord zijn opgeschreven. Een van de redenen waarom we bijvoorbeeld bezig zijn met de uitwerking van de aanbevelingen van de commissie-Derksen om belastbaar inkomen als grondslag voor de eigenbijdrage-regelingen te nemen, is het tegengaan van de cumulatie van verschillende regelingen. Wij kijken heel nadrukkelijk naar dat punt om dat soort barrières op die manier tegen te gaan. Ik herhaal echter dat het andersom ook zo is dat, indien verblijf noodzakelijkerwijs gekoppeld is aan de zorg omdat die zorg zo intensief is dat die in de thuissituatie niet goed of niet doelmatig te organiseren is, dit in AWBZ-verband mogelijk moet zijn.

Mevrouw Ter Veld heeft ook over de vrijwilligers gesproken. Ik heb nadrukkelijk aangegeven dat ik mij heel breed verantwoordelijk voel voor de ontwikkeling van het vrijwilligersbeleid. Bij de regelgeving – zij noemt daar altijd een aantal kleurrijke voorbeelden van – zullen wij ons altijd bewust moeten afvragen wat de gevolgen voor dit soort situaties zijn: zijn de consequenties uiteindelijk wel gewenst? Voorbeelden zijn de BTW-regels ten behoeve van de sportclubs en de milieuregels waarmee men te maken heeft; ook mevrouw Ter Veld heeft een aantal van dat soort zaken genoemd. Ik ben in overleg met

staatssecretaris Vermeend om te bekijken hoe we dat soort problemen een beetje kunnen opvangen, zodat de barrières voor datgene wat wij allemaal zo belangrijk vinden, zo laag mogelijk zullen zijn.

Tot slot heeft mevrouw Ter Veld gevraagd wat de fiscalisering van de omroepbijdragen precies met de jeugdzorg te maken heeft. Ik zou zeggen: lees de voetnoot in het regeerakkoord. Daarin is afgesproken dat onderzocht zal worden of fiscalisering van de omroepbijdrage mogelijk is. Dat zou een besparing van 60 mln. kunnen opleveren; die 60 mln. is dan bij voorrang bestemd voor de jeugdzorg. Dat is de enige relatie die er is.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik merk op dat op basis van het regeerakkoord kennelijk een merkwaardige situatie bestaat: als je op zeer goede gronden tegen iets bent – in dit geval tegen fiscalisering van de omroepbijdragen – kun je worden gechanteerd met het feit dat je tegen de jeugdzorg zou zijn. Ik verwacht op dit moment geen antwoord van de staatssecretaris, maar ik vind het eigenlijk een onzindelijke voetnoot.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Toch is het zo in het regeerakkoord opgenomen. Ik moet de kwestie van de fiscalisering even nuanceren, opdat u die niet verkeerd begrijpt.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Zijn voetnoten bij het regeerakkoord net zo heilig als het regeerakkoord zelf?

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ja.

De **voorzitter**: Als mevrouw Ter Veld dat echt aan mij vroeg, stelt zij mij voor een buitengewoon ingewikkeld staatsrechtelijk vraagstuk.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Mijn nuancering heeft betrekking op het begrip "fiscalisering omroepbijdrage"; zo noemen wij dat in het jargon. Het heeft te maken met het wijzigen van de inning van omroepbijdragen, die dan immers niet door de Dienst omroepbijdragen, maar door de Belastingdienst wordt uitgevoerd. Daarmee zou een besparing gerealiseerd kunnen worden. De collega's van Financiën en OCW zijn daar op dit moment druk mee bezig en ik hoop dat daar

Vliegenthart

snel uitsluitel over komt, zodat wij weten waar wij aan toe zijn.

De heer Van den Berg heeft een vraag gesteld over de middelen voor externe kwaliteitstoetsing door patiënten- en consumentenorganisaties. In het kader van de door ons met de sectoren verpleging en verzorging gemaakte meerjarenafspraken is daarvoor 1 mln. uitgetrokken. Over de latere jaren zijn wij op dit moment in bespreking met de verschillende sectoren. Daarnaast geldt ook nog dat de sector voor het handicaptenebeleid is toegezegd dat er ruimte beschikbaar zal zijn. Naar de mate waarin wij meer verantwoordelijkheden op regionaal niveau leggen, moet de positie van cliënten en consumenten op dat regionale niveau versterkt worden. De minister en ik zijn druk bezig om dat verder gestalte te geven.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Mijn vraag aan de staatssecretaris ging over de versterking van de positie in de regio. Voor de curesector is daarvoor geld uitgetrokken, maar voor de andere sectoren niet. Mijn vraag betrof niet zozeer het kwaliteitsbeleid, maar meer de versterking van de positie. Ik denk dan aan een betere infrastructuur.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Er zijn in het algemeen afspraken gemaakt over de groei van het budget voor patiënten- en consumentenorganisaties. Daarbij is naar mijn weten geen onderscheid gemaakt tussen cure en care. Wij hebben gezegd dat de nadruk moet liggen op het scheppen van voorwaarden in de regio's, zodat men goed kan gaan functioneren. Op dat regionale niveau vinden de belangrijke discussies plaats en daar moet men invloed kunnen uitoefenen. Dat is een van de redenen waarom we gezegd hebben dat men ook betrokken moet zijn bij het totstandkomen van die regiovisies. Daar is de stem van de cliënt een heel belangrijk uitgangspunt in.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik ben blij met de beantwoording van de staatssecretaris.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter! De heer Van den Berg heeft ook gesproken over de wachtlijsten van de verzorgingshuizen en over het onderzoek dat

onlangs naar buiten is gekomen, waaruit bleek dat 20.000 mensen op een plaats in een verzorgingshuis wachten. Er zijn natuurlijk ook onderzoeken gedaan naar verpleeghuiszorg en naar thuiszorg. De wachtlijsten voor die verschillende voorzieningen hangen met elkaar samen. Mensen die wachten op een plek in een verpleeghuis of in een verzorgingshuis hebben ook veel thuiszorg nodig. De kloof tussen vraag en aanbod vertaalt zich in feite in extra druk op de thuiszorg. Dat is een van de redenen waarom wij de wachtlijsten in de caresector niet apart voor de verzorgingshuizen, de thuiszorg en de verpleeghuizen aanpakken. Dat moet geïntegreerd aangepakt worden met een accent op het regionale niveau. In sommige regio's is er bijvoorbeeld een fors tekort aan verpleeghuiscapaciteit, maar niet aan verzorgingshuizen of thuiszorg. Dat beeld wisselt per regio. Men moet dus op regionaal niveau kunnen inspelen op de knelpunten die zich voordoen en daar de prioriteiten stellen. Dat is de reden waarom wij bij de meerjarenafspraken voor dat model gekozen hebben: het ontschot plannen in de regio en het geld volgt de vraag naar zorg.

Wij werken nu dus aan een plan van aanpak voor die wachtlijsten om dat probleem wat meer gestructureerd aan te pakken. Een van de belangrijke dingen daarbij is dat het zicht op de ontwikkeling van de vraag via de regionale indicatieorganen veel duidelijker wordt. Het blijft van belang om te registreren welke voorkeuren mensen hebben, of ze in huize Avondrood of waar dan ook willen worden opgenomen. Een lange wachtlijst voor één verzorgingshuis betekent niet dat er een tekort is aan plaatsen in het algemeen. We moeten dat op een goede manier in beeld krijgen: geen dubbelstellingen. We moeten een objectief beeld krijgen van de vraag, zodat we weten wat er met het aanbod moet gebeuren.

Mevrouw Schoondergang heeft een vraag gesteld over de opleiding voor indicatieadviseurs. Daar is geen aparte opleiding voor nodig. De Vereniging van indicatieorganen is wel bezig met het ontwikkelen van een profiel voor de indicatieadviseur, inclusief een opzet voor een aanvullende training voor gekwalificeerde verpleegkundigen en mensen die dat werk doen. Dat functioneerde

vroeger ook al zo bij de indicatiestelling voor de thuiszorg en de intramurale ouderenzorg en dat wordt op die wijze voortgezet.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

Sluiting 19.20 uur

Ingekomen stukken

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

1. de volgende door de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangenomen wetsvoorstellen:
Instelling van een exclusieve economische zone van het Koninkrijk (Rijkswet instelling exclusieve economische zone) (25446);
Wijziging van bepalingen in de Wet milieubeheer met betrekking tot milieu-effectrapportage (26350).

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

2. de volgende regeringsmissives:
een, van de minister van Buitenlandse Zaken, ten geleide van het verslag van de najaarszitting van de 53ste Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (griffiennr. 122184.5);
een, van alsvoren, inzake viering van eeuwfeest van eerste Haagsche Vredesconferentie (griffiennr. 120383.1);
een, van alsvoren, ten geleide van het Verdrag tussen de regering van het Koninkrijk der Nederlanden en de regering van de Republiek Hongarije betreffende samenwerking tussen opsporingsdiensten op het gebied van de bestrijding van internationale misdaad, met verklaring; 's-Gravenhage, 2 november 1998, alsmede een toelichtende nota bij dit verdrag (griffiennr. 123623);
een, van alsvoren, ten geleide van het op 30 november 1998 te Santiago totstandgekomen verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Chili inzake bevordering en wederzijdse bescherming van investeringen, met Protocol (Trb. 1999, 7), alsmede een toelichtende nota bij dit verdrag (griffiennr. 123626);