

## Voorzitter

**de Raad van de Europese Gemeenschappen van 27 oktober 1998 betreffende het aanvullend toezicht op verzekeringsondernemingen in een verzekeringsgroep (PbEG L 330) te verwerken (26696);**

**- Wijziging van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (XV) voor het jaar 1999 (26830);**

**- Wijziging van de Wet van 15 mei 1997 tot wijziging van onder meer de Wet op het basisonderwijs, de Interimwet op het speciaal onderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs en de Wet op het voortgezet onderwijs inzake het gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid (Stb. 237) en de Wet van 5 maart 1998, houdende wijziging van enkele onderwijswetten in verband met het onderwijs in allochtone levende talen en enkele technische aanpassingen (Stb. 148), inzake indexerings specifieke uitkeringen (26831).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

**- het wetsvoorstel Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000 (26800-XVI).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Werner** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Bij meerdere gelegenheden heeft de CDA-fractie in deze Kamer gewezen op de vele risico's die zijn verbonden aan een te pragmatische benadering bij het oplossen van de vele knelpunten die zich in de zorgsector voordoen. Op een wat langere termijn kan dit makkelijk leiden tot een ad-hocbeleid en het gebruik van lapmiddelen om de problemen die zich voordoen, op te lossen waardoor op den duur een chaotisch beleid en chaotische regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg ontstaan. De CDA-fractie constateert dat een

heldere visie op de inrichting van de gezondheidszorg ontbreekt. Dit wordt niet in het minst veroorzaakt door een grote tegenstelling binnen de coalitie over deze toekomstige visie. Waar de visie wel wordt uitgedragen, is de discrepantie tussen woorden en daden wel heel erg groot.

Vorig jaar heb ik bij de begrotingsbehandeling in deze Kamer namens de CDA-fractie een kernprobleem in het beleid voor de gezondheidszorg aangekaart, namelijk het grote dilemma tussen enerzijds de aanspraken van verzekerden op zorg en anderzijds het dwingend budgettair kader voor de gezondheidszorg zoals dat in het regeerakkoord is vastgelegd. De zorgverzekeraars hebben zorgplicht en zijn bij wet verplicht ervoor te zorgen dat de aanspraken van de verzekerden tot gelding kunnen worden gebracht. Maar hoe kunnen zij deze wettelijke taak waarmaken als zij niet over de bevoegdheden en de financiële mogelijkheden beschikken om dit te doen? De overheid heeft immers de wettelijke bevoegdheid om de capaciteit en het aantal plaatsen in intramurale instellingen te bepalen via de Wet ziekenhuisvoorzieningen en het is de overheid die de beschikbare middelen voor de zorgaanbieders Gezondheidszorg limiteert via aanwijzingen die een bindend karakter hebben op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg. Die aanwijzingen zijn rechtstreeks ontleend aan het macrobudgettair kader dat in het regeerakkoord is opgenomen. Het kan dus niet anders dan zo worden gezien dat het de overheid is die via de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet tarieven gezondheidszorg de budgettaire mogelijkheden vaststelt en de mate waarin aan de zorgvraag kan worden tegemoet gekomen.

Het budgettaire kader zoals dit door de regering is gebruikt in onder andere de Zorgnota, is niet geënt op een reële inschatting van de ontwikkeling van de behoefte aan zorg, maar bepaald op basis van de in het regeerakkoord vastgelegde financiële ruimte, die op zich meer bepaald is door macro-economische overwegingen dan dat zij is geënt op een reële inschatting van de behoefte aan zorg. Geleidelijk aan is dan ook een grote discrepantie ontstaan tussen enerzijds de budgettaire middelen en behandelcapaciteit en anderzijds datgene wat nodig is om aan de aanspraken van

de verzekerden te kunnen voldoen, met als gevolg lange wachtlijsten.

Vorig jaar heb ik namens onze fractie gevraagd of de bewindslieden een commissie van juristen zouden willen instellen met als opdracht na te gaan hoe in deze de verantwoordelijkheden nu precies liggen en wie waarop kan worden aangesproken of dient te worden aangesproken bij het in gebreke blijven van voldoende zorg voor mensen die wel die zorg nodig hebben. Zowel in eerste als tweede termijn hebben de bewindslieden toen aangegeven daaraan geen behoefte te hebben. Wat de bewindslieden echter hebben nagelaten, namelijk het creëren van duidelijkheid van wie waarvoor verantwoordelijk is en wie waarvoor kan worden aangesproken en verder aan te geven of de bevoegdheden waarover men beschikt in relatie staan met de verantwoordelijkheden, heeft de rechter gelukkig gedaan. De uitspraken van de rechter zijn overigens ook niet altijd duidelijk. In de ene zaak waarin verzekerden die aanspraak hadden op thuiszorg en deze via de rechter wilden afdwingen, werd door de rechter uitgesproken dat de zorgverzekeraar zorgplicht had en deze ook diende na te komen. Maar hoe kunnen de zorgverzekeraars dit waar maken, gegeven het huidige financiële beleid van de bewindslieden? In een ander geval van kinderen die niet geplaatst konden worden in een instelling wegens een tekort aan plaatsen, besliste de rechter echter anders. In dat geval werd de overheid zelf in gebreke gesteld. Naar de mening van de CDA-fractie heeft de rechter met deze uitspraken een bom gelegd onder het huidige budgettaire en financiële beleid dat de bewindslieden voeren ten aanzien van de gezondheidszorg. Niet langer zal de overheid een budgettair kader kunnen hanteren dat niet is geënt op een reële inschatting van de behoefte aan zorg en zal de regering het tussen verzekeraars en zorgaanbieders overeengekomen volumebeleid in haar budgettaire kaders dienen te honoreren. Geen top-down-benadering meer maar een bottom-up-benadering. Delen de bewindslieden deze analyse en zijn zij ook van mening dat met de uitspraken van de rechter de huidige budgettering niet meer te handhaven is?

Dit gegeven is overigens niet geheel nieuw. Immers, al bij de

invoering van de budgettering in 1983 is door een aantal commissies van juristen vastgesteld dat de budgettering haaks staat op het verzekeringsstelsel zoals wij dat in Nederland voor de gezondheidszorg kennen en waarin geen limiet is aangegeven voor de aanspraken. Nergens staat in verstrekkingenbesluiten dat men slechts aanspraak heeft op zorg voorzover het budgettaire kader van de overheid zulks toelaat. Dat zou ook niemand accepteren omdat een dergelijke verzekering geen zekerheid biedt en eigenlijk geen verzekering meer is. Ook in andere sociale verzekeringen is nergens het budgetmechanisme gehanteerd bij het realiseren van bezuinigingen en financiële doelstellingen. Het zou toch te gek zijn om de AOW-uitkeringen te binden aan een AOW-budget en degenen die, als het budget op is, resteren op een wachtlijst voor een uitkering te plaatsen.

Is het systeem van de meerjarenafspraken in de zogenaamde nieuwe bestuurlijke aanpak na deze uitspraken van de rechter eigenlijk nog wel houdbaar? Zijn de bewindslieden nu nog steeds niet tot het inzicht gekomen dat die commissie van juristen alsnog moet worden ingesteld, ter beantwoording van de vraag hoe verantwoordelijkheden en bevoegdheden in overeenstemming te brengen zijn met de wettelijke aanspraken op zorg? Het gaat hier tenslotte om een zeer fundamentele rechtszekerheidsvraag: biedt je verzekering nog de zekerheid die zij wettelijk beoogt te garanderen? Het is toch niet langer meer te tolereren dat, tegen de achtergrond van de huidige welvaart, via de rechter aanspraken op zorg moeten worden afgedwongen? Graag zou ik van de bewindslieden een duidelijke visie willen vernemen op dit kernvraagstuk waarmee de zorgsector wordt geconfronteerd. We kunnen niet langer blijven berusten in pragmatische oplossingen en lapmiddelen om zich voordoende tekorten in zorg bij te spijkeren.

Mijnheer de voorzitter! Ik noem een ander kernpunt in het beleid van de bewindslieden: de herziening van het bouwbeleid, waartoe een conceptwet uitvoerig in de zorgsector is besproken en aan de uitvoeringsorganen ter becommentariëring is voorgelegd. Ik heb het hier over de Wet exploitatie zorginstellingen. Het is een diep

ingrijpende wet die de hele zorgsector aangaat. Bij de behandeling van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid in deze Kamer deed de minister de toezegging dat deze nieuwe bouwwet voor 1 januari 2000 bij de Tweede Kamer zou zijn ingediend. Naar onze fractie heeft begrepen, is het ontwerp van wet inmiddels in de ministerraad aan de orde geweest. Is het juist dat de discussie in de ministerraad ertoe geleid heeft dat het ontwerp van wet niet naar de Raad van State voor advies is doorgestuurd en dat nog het nodige huiswerk te doen valt voor de bewindslieden?

In een schrijven van de minister aan maatschappelijke organisaties en uitvoeringsorganen wordt ervan gewag gemaakt dat de wet thans weer geheim is omdat zij in de ministerraad aan de orde is, maar voorts wordt in die brief gevraagd om medewerking bij de uitwerking van de AMvB's van deze wet. Hoe kunnen partijen nu meewerken aan AMvB's als men de inhoud van de wet geacht wordt niet te kennen? Kan de minister aangeven wat nu de stand van zaken is met betrekking tot de Wet exploitatie zorginstellingen? Kan de indiening van dit wetsontwerp bij de Tweede Kamer nog op korte termijn worden verwacht? Ik vraag dit ook omdat de minister een onderdeel van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid, zijnde het overdragen van de verantwoordelijkheid en bevoegdheid tot het verstrekken van vergunningen voor de bouw van de minister naar het College bouw gezondheidszorg, op verzoek van deze Kamer heeft aangehouden, teneinde deze Kamer in de gelegenheid te stellen te toetsen of de nieuwe wet daadwerkelijk past binnen dit beleid. Letterlijk heeft de minister toen gezegd op een vraag mijnerzijds:

"Dit is een redelijk verzoek. Dat geldt ook voor mijzelf, ik zie nu de bouwwet in Statue nascendi. Ook ik doe er verstandig aan de nieuwe taakomschrijving van het College voor de Bouw niet eerder in te laten gaan dan nadat ik weet dat het op het punt van de verantwoordelijkheidsverdeling spoort met de nieuwe wet. Anders moet ik immers allerlei reparaties plegen. Ik zeg het dus bij deze toe."

Mijn vraag aan de minister is mede ingegeven om inzicht te krijgen op welke wijze de minister aan deze toezegging tegemoet is

gekomen en of zij die ook blijft nakomen nu de indiening van de Wet exploitatie zorginstellingen bij de Tweede Kamer kennelijk nog enige tijd op zich laat wachten. Overigens treurt onze fractie niet erg om de vertraging in de totstandkoming van de Wet exploitatie zorginstellingen. Het concept dat in het land heeft gecirculeerd heeft onze fractie niet direct in extase gebracht.

Intussen blijft een zeer onbevredigende gang van zaken rond de bestaande bouwprocedures bestaan en ontbreekt er een heldere visie. Het is onze fractie overigens nog steeds niet duidelijk waarom het in stand houden van gebouwen niet gewoon een taak is die de instellingen zelf ter hand nemen, zoals dat ook is gedaan bij de regionale onderwijscentra, de hogescholen, de universiteiten en noem maar op. Ik kan mij voorstellen, dat de overheid een taak blijft houden bij de bouw, daar waar die gepaard gaat met verandering in capaciteit of functie. Maar de gewone instandhouding van gebouwen kan toch gewoon, zonder al te veel ingewikkeldheden gerekend worden tot de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen? Deelt de minister deze visie? Als de minister deze visie deelt, is daar toch geen ingewikkelde nieuwe wetgeving voor nodig en kan toch op basis van de bestaande wetgeving deze deregulering eenvoudig worden bereikt?

Een derde structuurvraagstuk van grote importantie betreft de relatie tussen de inrichting van de gezondheidszorg in Nederland en de ontwikkeling in Europa. Recentelijk heeft de Raad voor de volksgezondheid en zorg een advies uitgebracht over Europa en de gezondheidszorg. In vele facetten van het gezondheidszorgbeleid komt de Europese dimensie steeds meer naar voren. Niet alleen in het verzekeringsstelsel, maar ook in het prijsbeleid voor de geneesmiddelen, de toelating van instellingen, de opleiding etc. is Europa aan de orde. Het lijkt soms wat willekeurig aan te doen wanneer Europa nu wel invloed heeft en wanneer niet. Een prijzenwet voor de geneesmiddelen is kennelijk in het kader van de Europese eenwording mogelijk, maar een verevening van kosten in de zorgverzekeringen, zoals voorzien in de Wet toegang ziektekostenverzekeringen, lijkt in Europa weer niet te kunnen. Ook de rol van de

Mededingingsautoriteit in het kader van de mededingingswetgeving blijft voor de zorgsector vaag. Kunnen de bewindslieden eens wat meer duidelijkheid geven waar zij in het debat ten aanzien van de Europese dimensie in het gezondheidszorg-beleid nu eigenlijk precies voor staan? Streven zij nu naar een zo groot mogelijke uniformering van zorgstelsels in Europa of huldigen zij en onderschrijven zij de huidige opvatting in Europa dat de gezondheidszorg in hoge mate een zaak van de landen zelf dient te blijven en er een grote beleidsruimte bij ieder land moet blijven, om naar eigen inzicht de inrichting van de zorgsector te kunnen bepalen? Hoe stelt de minister zich in het kader van de Europese eenwording op ten aanzien van de werkelijkheid om de zorgstelsels in Europa op elkaar af te stemmen en te harmoniseren? Pleit zij nu voor handhaving van de grenzen op het terrein van de gezondheidszorg of wil zij juist ook die grenzen voor de zorgsector openstellen?

De CDA-fractie kent de juridische ingewikkeldheid rond het arrest Kohl/Decker, maar onze fractie vraagt nu niet om de complicaties in de huidige situatie te beschrijven, maar vooral naar de politieke inzet van de minister in dit debat. Ook hier is het geleidelijk aan gewenst dat daarover duidelijkheid wordt gegeven. Streeft de minister er bijvoorbeeld bewust naar dat iedere verzekerde zelf kan beslissen waar in Europa men zijn aanspraak op zorg kan halen of wil de minister dit juist niet en streeft zij ernaar de grenzen op dat punt juist gesloten te houden?

Een volgend onderwerp betreft het geneesmiddelendossier. Tijdens de begrotingsbehandeling van vorig jaar heeft onze fractie al uitgesproken, weinig fiducia te hebben in het toen aangekondigde geneesmiddelen-beleid. Inmiddels is al gebleken dat het in het regeerakkoord opgenomen gedachtegoed van het rapport van prof. Koopmans intussen achterhaald is en dat er nieuwe rapporten op de plank liggen van de heer De Vries en de Boston Consulting Group voor Zorgverzekeraars Nederland. Regionalisatie, samenwerking en marktwerking lopen in deze voorstellen op een merkwaardige manier door elkaar heen. Ook hier is er blijvende onduidelijkheid over de gewenste structuur en de visie op de inrichting van de zogenaamde

farmakolom. Veel woorden, nog weinig daden. Natuurlijk is het winst dat de minister met de apothekers tot overeenstemming is gekomen over een substantiële bezuiniging op de zogenaamde inkoopvoordelen. Zij is hiervoor te complimenteren, maar er blijft nog veel onduidelijk. Hoe moeten wij de roep van de minister zien om 1,2 mld. meer te claimen voor de geneesmiddelensector? Hoe staat het met het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot de Ziekenfondswet. Welk beleid wordt er gevoerd in het kader van de Europese wetgeving? Blijft de taxe in de toekomst van kracht? Gaat de marktwerking doorzetten in de geneesmiddelendistributie, of niet? Hoelang blijft de Prijzenwet nog overeind? Op deze veel vragen wil de sector graag duidelijke antwoorden hebben. De slepende onrust en onduidelijkheid doet de sector geen goed. Wordt de omvangrijke financiële taakstelling die in het regeerakkoord was voorzien voor de geneesmiddelen, daadwerkelijk gehaald? En wat gaat de minister doen als deze taakstelling niet gehaald wordt? Op voorhand wil onze fractie al zeggen dat het niet halen van de bezuinigingen op de geneesmiddelen niet ten koste mag gaan van het thans ook door het CDA bepleite volumebeleid bij 2,3% groei. Gaarne krijgen wij hierop een reactie van de minister.

Vervolgens vraag ik de aandacht van de bewindslieden voor het grote structurele vraagstuk hoe in de komende decennia in voldoende personeel kan worden voorzien die de groeiende vraag naar zorg kan opvangen. Een structurele aanpak van dit vraagstuk ontbreekt. Wij zouden graag zien dat de bewindslieden de deskundigheid en de kennis die op vele plaatsen aanwezig is en de door vele onderzoeksinstanties opgestelde toekomstscenario's, die steeds weer laten zien hoe de groeiende kloof tussen vraag en aanbod zich gaat ontwikkelen, worden omgezet in een duidelijk actieplan. De signalen zijn uiterst zorgwekkend en rechtvaardigen een gestructureerde aanpak over de jaren heen, vooral omdat de doorlooptijd van tal van opleidingen lang is, het aanvullen van tekorten tijdig moet beginnen en er tijdig geanticipeerd moet worden, willen we althans later niet in grote problemen komen. Het NIVEL en vele andere onderzoeksinstellingen hebben scenario's

ontwikkeld voor de behoefte aan beroepsbeoefenaren. Hierin zijn twee lijnen die de aandacht vragen: de toenemende vraag en, wellicht nog belangrijker, het toenemende verlangen bij de beroepsbeoefenaren naar meer vrije tijd. De nieuwe generatie dokters, waaronder gelukkig een toenemend aantal vrouwen, heeft een heel andere leef- en werkpreferentie dan de generatie van de afgelopen decennia. De nieuwe generatie hecht aan meer vrije tijd en aan een gewoon sociaal leven. Zij brengen niet meer 60 uur in de week in het ziekenhuis door, maar willen in deeltijd kunnen werken. Dit vraagt om veel meer opleidingsplaatsen dan thans is voorzien. Natuurlijk, zo af en toe horen wij wel eens wat en reageren de bewindslieden op noodkreten uit het veld, maar van een degelijke, gestructureerde aanpak is helaas geen sprake. Wij hebben er ook in de begrotingsstukken wel in woorden, maar niet in daden veel over teruggevonden. Ik vraag de bewindslieden, samen met het veld een gestructureerd plan van actie te entameren, dat voorziet in duidelijke signaleringen en acties. Ook dat gaat verder dan op ad-hocbasis en met wat lapmiddelen noodkreten te sussen. Hebben de bewindslieden een dergelijk plan klaar om goed beslagen ten ijs te komen, teneinde in de ministerraad de nodige financiële ruimte te kunnen claimen nu er die ruimte lijkt te zijn?

Ten slotte, mijnheer de voorzitter, nog een enkel woord over de preventie. Enige jaren geleden heeft de commissie-Lemstra een groot aantal aanbevelingen gedaan ter verbetering van de openbare gezondheidszorg. Kan de minister aangegeven hoe het staat met de implementatie daarvan? En welke taken gaan de Arbodiensten en andere preventie- en reïntegratie-bedrijven in de private sector in dezen vervullen met name op het punt van de bestrijding van werkgerelateerde aandoeningen? Eerdere voorstellen van de bewindslieden zijn in de Tweede Kamer ingetrokken vanwege het tweedelingrisico. Wanneer is een herzien standpunt te verwachten?

Mijnheer de voorzitter! Ik vat samen. De CDA-fractie ziet geleidelijk aan haar vrees bevestigd dat de veel te pragmatische aanpak en het ontbreken van voldoende consensus binnen de coalitie over een

structurele visie op de ontwikkeling van de zorgsector, geleidelijk aan inconsistentie, willekeur en overregulering doen ontstaan. Een duidelijke structuurvisie kan de CDA-fractie helaas nog steeds niet ontdekken. Lapmiddelen werken echter niet langer meer. Het lijkt wel alsof de rechter en Europa regeren, zoals aan de overkant door de heer Oudkerk is opgemerkt. Het wordt echt tijd dat er een krachtdadige en heldere, samenhangende visie op de ontwikkelingen in de zorgsector wordt ontwikkeld. De tijd van pragmatiek en lapmiddelen lijkt echt voorbij, op straffe van toenemende chaos. Met belangstelling wacht ik het antwoord van de bewindslieden af.



Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mijnheer de voorzitter! "Zorg voor mensen in een gezonde samenleving", dat is het uitdagende opschrift waarmee de begroting voor het dienstjaar 2000 wordt ingeleid. Onder Paars I is met de investering in dit thema al veel bereikt, zo wordt ons dan in de inleiding voorgehouden. Dat nu waagt de CDA-fractie met betrekking tot het ouderenbeleid sterk te betwijfelen.

De kwalijke gevolgen van de eerste vier jaar zijn ook nu nog merkbaar. Bij de behandeling van de Overgangswet Verzorgingshuizen heeft de CDA-fractie immers een- en andermaal indringend gewaarschuwd voor de grote discrepantie tussen de geraamde benodigde capaciteit in verzorgingshuizen en de daadwerkelijke benodigde capaciteit die op basis van onder meer de toenemende vergrijzing zou ontstaan. Dit zeker ook gelet op de onderschatting van de maatschappelijke behoefte – een uitspraak van de Raad van State – en de eveneens niet onbeduidende capaciteits tekorten in aanpalende voorzieningen. Reeds op dat moment was het onwrikbaar vastliggende aantal van 185.000 plaatsen voor verzorging en verpleging al sterk aangetast: er was sprake van een daling tot plm. 165.000 plaatsen en een groot tekort in de thuiszorg en aan aangepaste woningen. Onze waarschuwing wordt door de recent beschikbare gegevens en de uitspraken van de staatssecretaris opnieuw bevestigd.

Tijdens het begrotingsdebat in maart 1998 over de zogeheten

"droom"-begroting van de vorige staatssecretaris heeft de CDA-fractie opnieuw moeten vaststellen dat er – ondanks de extra groei met 240 mln. en de 90 mln. conform de motie-Wallage – nog steeds sprake was en ook de komende jaren zal zijn van verschraving in de ouderenzorg, kwantitatief én kwalitatief. De ouderenzorg was niet op peil en zou dat met de voorgestelde aanpak ook niet komen. Ons pleidooi voor een nationaal beleidsplan voor de ouderenzorg, waarin de behoeften aan zorgvoorzieningen, de gewenste samenhang tussen wonen, woonomgeving en zorg, alsmede de niet geringe problematiek van menskracht en opleidingen in samenhang met de visie op de mogelijkheden van mantelzorg en vrijwilligers, inclusief de bij dit alles behorende financiële onderbouwing, zouden worden gepresenteerd, dit pleidooi nu werd niet gehoord, laat staan begrepen. Ziende blind en horende doof?

Zal er onder Paars II wel gehoor zijn voor ons pleidooi met een staatssecretaris die haar zaakjes als geen ander kent en die bovendien kan rekenen op aanzienlijk meer financiële middelen? Hoe kan echter worden voorkomen dat desondanks niet alleen de staatssecretaris, maar vooral ook de ouderen en alle medewerkers in de zorg toch uiteindelijk de dupe blijven van de belaste erfenis van Paars I? De staatssecretaris moet zich dit na de parlementaire discussie over het met veel elan gepresenteerde en ook reeds ingezette traject "Modernisering van de AWBZ" inmiddels zelf toch ook pijnlijk bewust zijn?

Zonder dat de CDA-fractie zich wil scharen achter de wel erg boude uitspraak van adviseur prof. Huysmans over het bedroevend lage niveau van deze discussie en zonder dat zij zich schaart achter een de coalitie splijtende motie, moet hier en nu de vraag worden gesteld wat er toch is misgegaan. Zal de aangekondigde notitie van de staatssecretaris hierover opheldering verschaffen? De notitie schijnt er nu te zijn, maar heeft de Eerste Kamer nog niet bereikt.

Met de doelstellingen van Zicht op zorg, te weten dat de cliënt met een zorgvraag centraal staat, zorg op maat wordt geleverd, de vermaatschappelijking van de zorg wordt gestimuleerd en de doelmatigheid wordt bevorderd, is zeker niets mis.

Integendeel! Niettemin oordeelde de Tweede Kamer dat veel knelpunten en vragen op hoofdonderdelen nog onopgelost c.q. onbeantwoord zijn. Natuurlijk speelt hier het niet tijdig kunnen honoreren van individuele aanspraken op zorg binnen een volksverzekering en het grote tekort aan personeel een belangrijke rol; daarover heeft collega Werner al uitvoerig gesproken. Natuurlijk speelt ook de nog niet altijd herkenbaar teruggedrongen bureaucratie een rol, al hangt die ook nauw samen met het verdelen van schaarste. Toch ligt naar onze mening de hoofdoorzaak van de niet voorziene botsing elders. Het blijkt in toenemende mate moeilijk greep te krijgen op deze complexe en weerbarstigste materie. Voor het ontbreken van de noodzakelijke samenhang verontschuldigde staatssecretaris Terpstra zich zelfs in deze Kamer. Het is niettemin juist de taak van de overheid, in deze complexe materie samenhang en meer transparantie te brengen en zo ook Kamerleden die een gevoel van ongelooft en onmacht tonen te verhinderen telkens weer nieuwe ideeën in de strijd te brengen of beslissingen uit te stellen.

Het vertrouwen in het beleid moet worden hersteld op basis van betrouwbare informatie en een hierop geënt beleidsplan dat uitzicht biedt op bestendige zorg op maat. Het kan echter niet de bedoeling zijn – ook de OESO schrijft hierover – dat wij steeds met min of meer dezelfde antwoorden worden afgescheept. De staatssecretaris moet de CDA-fractie nu toch langzamerhand kunnen aantonen wat bijvoorbeeld de werkelijke omvang van de wachtlijsten in de ouderenzorg is en waar wij bij de voorbereiding op de begroting 2001 met het totale ouderenbeleid exact zullen staan? Kortom, een integraal nationaal beleidsplan, voor mijn part deltaplan genoemd, is noodzakelijk. Hiervoor is een onorthodoxe aanpak, gepaard gaande met onorthodoxe maatregelen, noodzakelijk.

Is 1 juli aanstaande echt de uiterste datum dat een exact inzicht in de wachtlijsten, gemeten naar zorgzwaarte, aanwezig zal zijn? Over deze datum wordt nu reeds opnieuw twijfel in het veld uitgesproken. Op welke wijze anticipeert de staatssecretaris hierop? Wat heeft Marcel van Dam met zijn brigade intussen bereikt? Onze fractie hoort of ziet daar niets van. Al mag er dan 2,1



## Van Leeuwen

mld. voor deze kabinetsperiode extra beschikbaar zijn voor de zorg, waarvan een aanzienlijk deel voor de ouderenzorg – dat waardeert onze fractie zeer – desalniettemin rijst de vraag welk bedrag de staatssecretaris buitendien nog extra nodig heeft om over de gehele linie individuele aanspraken binnen deze kabinetsperiode en binnen verantwoorde, genormeerde wachttijden te kunnen verzilveren en duidelijke aanzetten tot meer vraaggerichte zorg met een samenstel van maatregelen te kunnen geven. Deze vraag prangt des te meer nadat wij vanmorgen in de ochtendbladen hebben gelezen over de 1,2 mld. extra voor de geneesmiddelen.

Mijnheer de voorzitter! Hierbij zal de staatssecretaris zich niet uitsluitend tot het terrein van wonen en zorg dienen te beperken. Integendeel, van een coördinerend bewindsvrouw mag ook worden verwacht dat voorstellen van collega's op de gevolgen voor het specifieke ouderenbeleid worden getoetst. Ik geef een voorbeeld. Heeft de staatssecretaris zich gerealiseerd wat herleving van de sollicitatieplicht voor ouderen voor de inbreng van mantelzorgers en vrijwilligers kan betekenen? Overweegt de staatssecretaris een plan op tafel te leggen, waarbij deze vormen van arbeid in de plaats kunnen komen van betaalde arbeid, passend in het integrale beleidsplan?

Ik kom daarmee op het voor onze fractie zo aangelegen punt van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk. In de Zorgnota 2000 staat een passage die ons betoog treffend ondersteunt: "De mensen uit de sociale omgeving van de zorgvrager hebben zelf dikwijls al jarenlang in steeds grotere mate zorg geleverd, voordat aan professionele zorgverleners gevraagd werd, de zorg over te nemen. Ook zijn er talloze vrijwilligers die een zinvolle taak vervullen, aansluitend op professionele zorgverleners. Juist de spankracht van de onderlinge menselijke relaties zorgt ervoor dat de voor de uitvoering van de AWBZ-zorg benodigde middelen beperkt blijven tot ongeveer 17 mld." Een CDA-bewindsvrouw had het ongetwijfeld ook zo geschreven.

Maar nu de consequenties. Ouderenbonden en patiëntenorganisaties nemen hoe langer hoe meer het voortouw. De CDA-fractie denkt bijvoorbeeld aan het langlo-

pende project over de palliatieve zorg en nog zoveel meer. Laat de staatssecretaris deze mantelzorgers en vrijwilligers en hun organisaties vooral koesteren en hen allen ruimhartig financieel ondersteunen. Daar past zeker in dat bij geoormerkte projectsubsidies eveneens de inflatiecorrectie wordt toegepast. Het is maar een klein onderdeel, maar ik noem het toch weer en dat is nu niet het geval. Laat de extra impuls voor het vrijwilligerswerk vooral ook ten goede komen aan "ouderen voor ouderen", zeker nu het percentage ouderen dat thuiszorg ontvangt, veel sterker stijgt dan het percentage informele hulp (zie pagina 123 van de rapportage Ouderen 1998 van het CPB). Trouwens, welke creatieve ideeën om het vrijwilligerswerk een nieuwe impuls te geven zijn er uit de conferentie van 16 juli jongstleden gekomen?

De CDA-fractie heeft veel waardering voor de inzet ten behoeve van de rol van de derde partij, voor ons nog steeds de eerste. Vooral onder Paars is deze rol prominent in beeld gekomen. Helaas heeft dit zich nog steeds onvoldoende vertaald in feitelijke ondersteuning, althans waar het de directe ondersteuning van de cliëntenraden binnen de instellingen betreft. In het tijdschrift voor cliëntenraden "Cliënt & raad" van februari jongstleden stond na de fusie van de cliëntenraden van verzorgings- en verpleeghuizen tot de landelijke organisatie cliëntenraden een welgemeende felicitatie van de staatssecretaris. Ik citeer slechts enkele zinnen: "De overheid is altijd een pleitbezorger geweest van een krachtige stem voor de cliënt. Dat lukt echter alleen als daar ook een professionele organisatie achter staat." Een gelukwens, een uitspraak die verplicht, niet alleen de LOC, maar niet minder ook de staatssecretaris. De staatssecretaris moet er op zijn minst voor zorgen dat de LOC een aantal jaren wordt gegund om zich als professionele organisatie te kunnen ontwikkelen. Daarover dienen enkele opmerkingen te worden gemaakt.

Er lijkt sprake van een accentverschuiving naar andere, meer extern gerichte activiteiten. Natuurlijk hebben patiënten, consumenten en cliënten die werkzaam zijn als vrijwilliger behoefte aan deskundige ondersteuning om een sterke partij te zijn bij het opstellen van de ook

door ons zo gewaardeerde regiovisies. Hierin wordt voorzien in het kader van de landelijke meerjarenafspraken verpleging en verzorging. Het gaat om 4 mln. voor drie jaar. Taken en gelden worden per regio verdeeld in de verhouding RP/CP-ouderenbonden-LOC 3-1-1. Wij gaan ervan uit dat deze meerjarenafspraken ook feitelijk zullen kunnen worden gehonoreerd. Daarnaast zal echter per 1 januari 2001 een andere financieringsstructuur voor de LOC moeten gaan gelden voor de zo uitermate belangrijke directe en op hun vragen toegesneden ondersteuning van de cliëntenraden. Snelheid is hier zeker geboden, mede om geen uitstroom van consulentes uit te lokken. Vanaf de basis zal immers de inbreng van de cliënten met betrekking tot de hen aangeboden zorg, de zich voordoende lacunes en het gewenste perspectief moeten worden verzekerd. Anders wordt het niets met de vraaggerichte zorg. Consulentes spelen hierbij een ondersteunende rol voor de cliëntenraden in ruim 1800 instellingen. Er is echter nog een lange weg te gaan. Hun activiteiten zullen op z'n minst moeten kunnen doorgaan, ja zelfs moeten worden uitgebreid. De CDA-fractie bepleit hiervoor eveneens een structurele subsidie.

Mijnheer de voorzitter! Het scheiden van wonen en zorg houdt deze Kamer en zeker ook onze fractie reeds jaren bezig. Nog steeds zitten ons de beleidsbrieven van 11 februari en 22 december 1998 dwars, net als de heer Dees denk ik. De CDA-fractie wil hier echter niet langer bij stilstaan – ons standpunt is bekend – maar inspelen op de maatschappelijke ontwikkelingen die op dit terrein juist uitermate snel gaan. Alom worden woonvoorzieningen gecreëerd waarin mensen zorg kunnen ontvangen, eventueel tot het einde toe. Veel mensen, ook in ernstig zorgbehoevende omstandigheden of in de terminale fase, hebben het ervoor over om zelf te bepalen hoe en in wat voor woning of verblijf willen zijn. Zij zijn ook bereid om daar, indien mogelijk, zelf voor te betalen. Wanneer wij kennis nemen van het blad van de woningcorporaties, dan zien wij daarin wekelijks voorbeelden van hoe het wonen van ouderen met zorgbehoeften wordt en kan worden ingevuld.

Tijdens de behandeling van de nota Zicht op zorg deed de staatsse-

## Van Leeuwen

cretaris de navolgende uitspraken. Ik citeer: "De verblijfsfunctie in het kader van de AWBZ is alleen nog aan de orde wanneer deze onlosmakelijk verbonden is met de zorgverlening of als vanuit een oogpunt van doelmatigheid intramurale zorgverlening noodzakelijk is. – Daar zit hem de kneep. – In alle andere gevallen is er sprake van het scheiden van wonen en zorg en is uitsluitend de zorgfunctie onderdeel van de aanspraken AWBZ." Kan de staatssecretaris deze uitspraken nog eens wat meer concreet maken? Wat betekent dat bijvoorbeeld voor het beëindigen van het wonen als verstrekking in de AWBZ en hoe exact zijn de voornemens? Er is intussen ook een brief van beide staatssecretarissen over de woonzorgstimuleringsregeling. Wij zijn hier gelukkig mee. En wij zijn nog wachtende op de nota Wonen in de 21ste eeuw. Toch zou het goed zijn om bij deze behandeling de inbreng van deze staatssecretaris terzake te vernemen. Ligt bijvoorbeeld de totstandkoming van de regeling op schema?

Afrondend heb ik nog een tweetal vragen. Voldoen de preventieprogramma's voor ouderen nu wel of niet aan de verwachtingen of is hier ook een noodzaak tot intensivering? En op welke wijze zijn de ouderen hier zelf bij betrokken? Ten slotte wil ik weten of ook de uitkomsten van de door de regio's gestelde prioriteiten voor verzorgingshuizen met een bijzondere functie, inclusief een eigen identiteit, in overeenstemming zijn met de door de staatssecretaris in dit opzicht gewekte verwachtingen. De CDA-fractie waardeert deze overigens positief.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD): Mijnheer de voorzitter! De minister omschrijft de belangrijke taak van de overheid met betrekking tot de volksgezondheid als het ervoor zorgdragen dat wij in Nederland een kwalitatief goede zorg hebben die voor iedereen toegankelijk is en voor iedereen betaalbaar moet zijn en blijven. Deze hoekstenen vormen op zichzelf een heel stevig fundament voor het gebouw van onze volksgezondheidszorg, mits de druk op deze verschillende hoekstenen maar in evenwicht is en er geen al te grote druk van buitenaf komt, bijvoorbeeld vanuit

Luxemburg. Dan is er namelijk een grote kans dat het huis uit zijn voegen raakt en dat delen ervan onbewoonbaar worden verklaard. Hoewel wij in Nederland een goede gezondheidszorg hebben, kraakt naar de mening van de VVD-fractie het gebouw toch in toenemende mate in zijn voegen. Het verzekeringsstelsel heeft al de nodige restauratiewetgeving moeten ondergaan. Ik denk aan de reparatie enige tijd geleden van Van Otterloo en de onlangs behandelde wetgeving voor de kleine zelfstandigen. Eigen bijdragen werden ingevoegd en eigen bijdragen werden weer gesloopt uit het gebouw. De heren Decker en Kohll uit Luxemburg kwamen langs en waren eigenlijk toch geen welkome gasten hier. Omdat de minister kennelijk toch meer zekerheid wenste over de stevigheid van onze grenzen liet zij onlangs de Raad voor de volksgezondheid ons nationale gezondheidsgebouw inspecteren en de Raad verstoutte zich zo waar tot provocerende uitspraken die erop neerkwamen, dat de Europese Unie andere eisen aan gebouwen stelt dan wij in Nederland zouden willen, zowel wat betreft het verzekeringsstelsel als wat betreft de ordening van het zorgaanbod.

Kortom, de tijd is kennelijk weer rijp voor een stelsel discussie. De minister heeft enige tijd geleden hierop een voorschotje genomen en meegedeeld dat zij van mening was dat er toch maar een basisverzekering moet komen. Het is maar goed dat het laatste woord hierover nog lang niet is gesproken. De VVD-fractie zal hier nu dan ook niet verder op ingaan.

Maar het gebouw kraakt ook als het gaat over de aansturing door de overheid van het zorgaanbod en dan heb ik het over de hoekstenen enerzijds van kostenbeheersing en anderzijds van toegankelijkheid van de zorg voor de burger. De strakke aanbodbeheersing heeft er enerzijds jarenlang toe bijgedragen dat de kostenontwikkeling beheerst is geweest, maar anderzijds is het resultaat ook schaarste die zich vertaalt in wachtlijsten en verschrapping van zorg. Het antwoord dat er in deze periode miljarden bijkomen lijkt afdoende, maar het is nog de vraag of dat zo is. Voor 1999 en 2000 zijn er al honderden miljoenen bijkomen, maar het effect op het terugdringen van de wachtlijsten heeft de minister

vooral nog niet overtuigend kunnen aantonen. Hooguit is er wellicht op sommige gebieden sprake van een stabilisatie van de wachtlijsten.

Bij de algemene beschouwingen in deze Kamer is al uitgesproken dat voor de VVD-fractie twee belangrijke vraagstukken een rol spelen als het gaat over de aansturing van de zorg. In de eerste plaats gaat het dan over de vraag hoe bevoegdheden en verantwoordelijkheden worden verdeeld tussen de overheid aan de ene kant en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan de andere kant. Sinds de jaren zeventig is er een steeds centralistischer en gedetailleerder beleid gevoerd ten aanzien van de zorgaanbieders. Van planningswetgeving en van strakke tarifiëring tot macrobudgetten, waardoor jarenlang meerkosten die boven de gestelde ramingen uitkwamen in mindering werden gebracht op de budgetten van de zorgaanbieders voor de daaropvolgende jaren.

Het heeft op zichzelf een aantal jaren goed gewerkt en bijgedragen tot kostenbeheersing, maar het heeft ook geleid tot de huidige situatie van schaarste en zeer veel regelgeving. De VVD-fractie vraagt de minister dan ook of zij het ermee eens is dat deze vorm van aansturing door de overheid zo langzamerhand haar grenzen niet heeft bereikt en vervangen zou moeten worden door een andere aansturing, bijvoorbeeld die van zorgverzekeraars.

Een aantal jaren geleden is onder staatssecretaris Simons een start gemaakt met de budgettering van de ziekenfondsen, die nu voor het overgrote deel is gerealiseerd. Maar – en dan heb ik het met name over het tweede compartiment – consistent beleid zou dan volgens de VVD-fractie ook moeten inhouden dat er dus geen vrij precieze budgettering of toedeling van extra financiële middelen zou moeten plaatsvinden per sector van zorgaanbieder of bepaalde groepen van zorgaanbieders en zeker niet als de budgettering van zorgverzekeraars op basis van andere parameters plaatsvindt: de zogeheten dubbele budgettering. Want zolang sectoren van zorgaanbieders hun geld nog krijgen op basis van hun jarenlang bestaande domeinen houden wij financiële schotten en dan moet er weer extra regelgeving komen om die schotten weg te nemen bij de zorgaanbieders. Dan

## Swenker

pas kan er sprake zijn van meer samenhangende zorg en van zorg op maat.

De kern van de nieuwe besturingsfilosofie zou volgens de VVD-fractie moeten zijn: vervanging van de budgettering van het zorgaanbod door die van zorgverzekeraars, met dientengevolge ook het terugdringen van een zeer gedetailleerde bemoeienis van de overheid, meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en een gereguleerde competitie tussen zorgverzekeraars onderling en zorgaanbieders onderling. Maar de minister heeft nog steeds geen keuze gemaakt waar het deze besturingsfilosofie betreft. De commissie-De Vries heeft in haar rapport geconstateerd dat wij op een T-kruising staan. Of wij slaan de weg in naar gereguleerde competitie, of wij gaan terug naar een echt door de centrale overheid gestuurd en beheerst zorgaanbodstelsel. Zo doorgaan kan niet meer, aldus de commissie. Wat is het standpunt van de minister over deze toch redelijk indringende uitspraak?

Dan heb ik het niet alleen over de extramurale zorg, maar ook over de intramurale zorg. Voor intramurale instellingen geldt nog steeds een contracteerplicht. De overheid heeft de planning van instellingen nog steeds in vaste hand. Sterker nog, uit het concept van de nieuwe wet voor de exploitatie van zorginstellingen blijkt dat het in beginsel verboden is om een zorginstelling te bouwen of zelfs maar te exploiteren zonder vergunning. Door dit wetsvoorstel, dat nog sterker dan de huidige wet de capaciteit van het zorgaanbod reguleert, zou de laatste privé-klinieken, ook die welke zich uitsluitend in het derde compartiment bewegen, definitief de das om kunnen worden gedaan, want zij zullen zich waarschijnlijk in het gareel van de erkende instellingen moeten voegen. Bovendien raken wij dan de luis in de pels kwijt. Klinieken die structureel aan dagbehandelingen zijn begonnen, zoals bij staaroperaties, hebben er zeker toe bijgedragen dat reguliere ziekenhuizen steeds meer aan dagbehandeling zijn gaan doen. Rugadviescentra leren ons hoe je effectief een integrale aanpak van bepaalde aandoeningen kunt effectueren. Het is niet dat reguliere zorginstellingen zo traag en defensief zouden zijn, maar zij zijn gevangen in dichte regelgeving en krappe budgetten.

Het geeft al te denken dat een aantal particuliere instellingen niet tot het reguliere zorgcircuit wil behoren, niet vanwege het financieel belang, maar om de vrijheid te hebben om flexibel te blijven en hun zorg zodanig te ordenen dat deze aansluit op de vraag naar zorg die zij krijgen. Moet de burger die zorg van het derde compartiment straks misschien in het buitenland zoeken? Het buitenland komt wel steeds dichterbij, zeker als wij het advies van de Raad voor de volksgezondheid mogen geloven. Naar verluidt, heeft de minister gezegd dat zij desnoods de verdragen van Amsterdam en Maastricht wil openbreken als de RVZ gelijk heeft en dat de Europese regelgeving ons zou verplichten bijvoorbeeld het financiële dak van onze nationale gezondheidszorg af te halen en ons gezondheidszorggebouw grondig te renoveren. Is de minister echt van plan die verdragen zo nodig open te breken?

Als de VVD-fractie zich beperkt tot het besturingsstelsel van de zorgaanbieders, is haar eerste indruk dat aspecten zoals vrijheid van verkeer, personen en diensten en de mededinging juist goed kunnen passen in het voorgenomen beleid om de aanbodbeheersing te laten wijken voor vraagsturing door verzekeraars. Deelt de minister deze gedachtegang?

In dit kader is het antwoord op de vraag wat de minister gaat doen met het overeenkomstenstelsel zoals dat nu geldt voor de ziekenfondsverzekering, zeer interessant. Het is niet ondenkbaar dat zowel de NMA als Brussel problemen heeft met het huidige stelsel. Het grote goed van ons naturastelsel wordt wel als een van de argumenten voor het behoud van het overeenkomstenstelsel genoemd. De patiënt heeft recht op zorg en de rekeningen gaan rechtstreeks naar het ziekenfonds. Bovendien geeft het overeenkomstenstelsel de zorgverzekeraar de mogelijkheid om contractueel scherper met zorgaanbieders te onderhandelen over prijs en kwaliteit. Maar ook particuliere verzekeraars hanteren al lang het systeem dat rekeningen direct naar hen toegaan, al was het alleen maar omdat het de administratieve kosten drukt. Ook de particuliere patiënt ziet geen rekeningen meer van zijn verpleegdagen in het ziekenhuis of van zijn apotheker. Veel particuliere verzekeraars bemiddelen bij

wachlijsten en spannen zich in om zo goed mogelijk de zorg te regelen voor hun verzekerden. Ook hier blijkt gewoon sprake te zijn van convergentie. Dat betekent ook dat de oorspronkelijke uitgangspunten, zoals door middel van verplichte contracten de bewaking van de kwaliteit effectueren, op andere wijze kunnen worden gerealiseerd. Het is maar de vraag of dit in de toekomst nog allemaal minutieus wettelijk geregeld dient te worden, als het al mag van Brussel of de NMA.

De enkele keer dat de minister het overeenkomstenstelsel ter tafel brengt, wil zij aangeven dat contractering in de regio een zeer goede functie kan vervullen. Maar het is nu net de NMA die met gefronste wenkbrauwen naar die regionale afspraken kijkt omdat dit de mededinging kan beperken. De NMA heeft al duidelijk gemaakt dat zij het reilen en zeilen van de zorgaanbieders in de regio onder de loep neemt: goedkeuring van fusie tussen Zwolse ziekenhuizen, de vinger gelegd op afspraken van de huisartsenvereniging. Wat is het standpunt van de minister over de uitspraken van de NMA over de regionale afspraken tussen zorgaanbieders, met name nu zij juist inzet op een verdere regionale ordening van zorg? De VVD-fractie krijgt zo langzamerhand de indruk dat hier een spagaat ontstaat. Zij vraagt de minister dan ook wie uiteindelijk het been gaat bijtrekken: de minister of de NMA? Gelet op de uitspraak die de heer Kist hedenochtend heeft gedaan, zal hij het in ieder geval niet zijn. Hetzelfde probleem speelt bij de planning en erkenning van de zorginstellingen. Kortom, is het niet wenselijk dat de overheid aan partijen meer vrijheid geeft en zelf meer de rol van bewaker en toezichthouder van de eerdergenoemde hoekstenen herneemt, als het gaat over kwaliteit en toegankelijkheid?

Terugkerend naar het besturingsmodel van de overheid moet worden gezegd dat de minister vanaf 1999 heeft gekozen voor meerjarenafspraken, waardoor de bestuurlijke rust in grote lijnen is teruggekeerd. Dat is een goede zaak, maar de VVD-fractie vraagt zich af of deze meerjarenafspraken op langere termijn een alternatief zijn. De gelden worden de komende jaren nog steeds vrij precies verdeeld over de verschillende sectoren of groepen

## Swenker

van zorgaanbieders. Formeel is dat wellicht indicatief, maar het zou de fractie verbazen als de realiteit afwijkt van die indicaties, anders dan uit nood geboren. Het geeft rust voor de zorgaanbieders, maar de VVD-fractie vraagt zich af of zorgverzekeraars hier gelukkig mee zijn. De sturing van het zorgaanbod ligt in beginsel ten grondslag aan de regeling van de meerjarenafspraken. De keuze voor meer vraaggerichte aansturing door zorgverzekeraars wordt niet echt gemaakt. De VVD-fractie is zeer geïnteresseerd in de visie van de minister op de vraag of zij in de resterende regeerperiode de keuze wil maken ten gunste van zorgverzekeraars, bijvoorbeeld te beginnen bij het genesmiddelen-dossier. Zij wil ook graag weten hoe zij de NMA positioneert, met daarnaast of in het verlengde daarvan de ontwikkelingen binnen de Europese Unie.

Dan kom ik op het eerste compartiment. Eenieder maakt zich zorgen over de kosten van de toenemende vergrijzing. Er zijn nu 2 miljoen ouderen en dat zijn er over twee decennia 3 miljoen. Dan gaat het met name over de kosten van de AOW en van de AWBZ. Voor de AOW hebben wij een fonds gecreëerd, maar voor de AWBZ niet. Omdat de premie voor de AWBZ op basis van een omslagstelsel wordt geheven, zijn problemen in de toekomst niet ondenkbeeldig.

Enige tijd geleden heeft de SER een rapport uitgebracht over de vergrijzing. Hij heeft de huidige financieringswijze van de AWBZ, maar ook van de Ziekenfondswet, kwetsbaar genoemd, met name vanwege het omslagelement en de toenemende solidariteitsoverdracht tussen generaties. Ook de Raad voor het regeringsbeleid maakt zich zorgen over de toekomstige financiering.

De AWBZ is bedoeld als een volksverzekering tegen bijzondere ofwel onverzekerbare risico's. In de loop der jaren zijn er echter een aantal verstrekkingen en voorzieningen in opgenomen die wel degelijk zeer goed verzekeraar zijn. Is het niet beter, voordat de financiële wal het zorgschip keert, een aantal maatregelen te nemen die het schip zeewaardig houden door langzaam maar zeker enkele vormen van zorg uit de AWBZ terug te hevelen naar het tweede compartiment of in het

derde compartiment onder te brengen?

Waarom zouden alle onderdelen van de thuiszorg door de AWBZ gefinancierd moeten worden, zeker als het gaat om huishoudelijke hulp? Huishoudelijke hulp is nauwelijks een vorm van gezondheidszorg te noemen. Is het niet beter om deze kosten niet meer ten laste te brengen van de AWBZ? De VVD-fractie begrijpt heel goed dat er een vorm van negatieve substitutie kan ontstaan, omdat mensen sneller zijn aangewezen op een verzorgingshuis als de huishoudelijke hulp niet meer wordt vergoed. Is het niet beter om de huishoudelijke hulp over te hevelen naar de gemeentelijke voorzieningen? De gemeenten dragen de verantwoordelijkheid voor woningaanpassing en hulpmiddelen. Inzet van hulpmiddelen, woningaanpassing en de nodige huishoudelijke hulp kunnen dan in samenhang worden gezien. Wat vindt de staatssecretaris van deze gedachte?

Ruim een decennium geleden zijn delen van de GGZ van het tweede compartiment ondergebracht in de AWBZ, met name het eerste jaar van opname in een psychiatrisch ziekenhuis en de ambulante hulp van psychiater of psychotherapeut. Het argument hiervoor was samenhang in de GGZ, maar dit is wel een goed te verzekeren vorm van zorg. De VVD-fractie vraagt zich af waarom deze zorg niet wordt teruggebracht naar het tweede compartiment, ervan uitgaande dat er weinig negatieve substitutie zal optreden nu extramuralisatie een algemeen uitgangspunt is. Waarom hebben de minister en de staatssecretaris kennelijk nooit overwogen om ook hier het "ancien régime" te herstellen?

Bij ouderen zien wij in toenemende mate dat zij, als het financieel even kan, ervoor kiezen om hun laatste levensjaren, als dat thuis niet meer kan, door te brengen in een particulier verzorgingshuis c.q. seniorencomplex, waar in ieder geval voldoende zorg kan worden geboden; ofwel ouderen willen liever niet in een klassiek bejaardenoord of verpleeghuis. Daarvoor zijn overigens veel redenen, bijvoorbeeld een te kleine ruimte door te weinig vierkante meters en een hoge eigen bijdrage voor degenen die een redelijk tot goed pensioen hebben. De komende generatie ouderen zal voor een groot deel een goed tot

zeer goed pensioen hebben, zal veel hoger zijn opgeleid en zal kritischer en mondiger zijn. Zij zullen derhalve zelf de tweedeling doorvoeren om de simpele reden dat zij "te weinig waar voor hun geld krijgen". Als men de maximale eigen bijdrage van f 3500 per maand moet betalen, zullen ouderen redeneren dat zij daar zelf veel zorg voor kunnen inkopen in de door hen gewenste vorm en op het door hen gewenste tijdstip. De overheid mist dan deze eigen bijdragen en dat zal kunnen leiden tot een financieel neerwaartse spiraal ofwel tot een extra stijging van de AWBZ-kosten. Daardoor kan een draagvlakversmalling optreden.

Er is dus sprake van een paradox: als het kabinet de tweedeling echt niet wil, kan dat alleen door meer differentiatie in wonen en zorg te bieden, om te beginnen door een scheiding van wonen en zorg. De VVD-fractie is dan ook verheugd dat verzorgingshuizen bij grote renovaties of herbouw de mogelijkheid krijgen om samen met woningbouwcorporaties of projectontwikkelaars hun gebouwen aan te passen en ook woonzorgcombinaties te bouwen waar de scheiding van wonen en zorg kan plaatsvinden. Punt van overweging is dat de zorg dan door de thuiszorgorganisatie moet worden geleverd, terwijl de woningen op het terrein of zelfs in het gebouw van het verzorgingshuis zijn gelegen. Het is het verzorgingshuis nog niet toegestaan om zelf de thuiszorg te leveren, terwijl dit uit het oogpunt van efficiency toch een goede zaak zou zijn. De nota Zicht op zorg geeft aan dat op den duur de zorg functioneel zal worden omschreven, zodat het mogelijk moet worden dat zorgaanbieders meerdere vormen van zorg gaan leveren. Wanneer denkt de staatssecretaris dat dit gereed zal zijn? Deze woonzorgcomplexen ofwel verzorgingshuizen "nieuwe stijl" schieten immers als paddestoelen uit de grond en er zijn er genoeg die graag de thuiszorg willen leveren.

Eind vorig jaar is de staatssecretaris met een nieuw voorstel gekomen dat woningbouwcorporaties de mogelijkheid biedt om in woningbouwtechnisch opzicht extra voorzieningen te treffen. Zorginstellingen moeten dan het zorgdeel invullen ten laste van hun reserves, maar de thuiszorgorganisaties kampen nu al met wachtlijsten en het personeel is krap; kortom: zij



## Swenker

hebben hun handen vol aan het bedienen van de mensen die thuis zorg nodig hebben, nog afgezien van de vraag of hun reserves van zodanige omvang zijn dat dit soelaas biedt. Wellicht zijn er andere organisaties, in ieder geval verzorgingshuizen, maar wellicht ook nieuwe zorgaanbieders, die deze handschoen willen oppakken. Waarom zou dit niet kunnen bijdragen tot een oplossing? De VVD-fractie moet vaststellen dat er in feite nog steeds sprake is van een strikte aanbod- en capaciteits-beheersing.

Daarmee kom ik als het ware vanzelf op de nota Zicht op zorg. Mijn fractie vraagt zich af of voldoende rekening is gehouden met de toekomstige klant, ook al wordt gesproken van vraaggestuurde zorg. Krijgt de burger nu zoveel keuzen? Hij kan niet kiezen voor een bepaald zorgkantoor, want de regio waar hij woont, beslist tot welk zorgkantoor hij zich moet wenden. Het ziet ernaar uit dat hij zich moet wenden tot bestaande zorgaanbieders met een vergunning. Het is althans onduidelijk in hoeverre andere nieuwe zorgaanbieders zich AWBZ-gefinancierd op de markt kunnen begeven. Is de staatssecretaris van plan om nieuwe zorgaanbieders toe te laten? De bestaande zorgaanbieders, maar ook de zorgkantoren moeten hun oren naar nogal wat instanties laten hangen. Als je de nota Zicht op zorg vanuit de aansturingsfilosofie bekijkt, heeft de regionalisering en de regiovisie een prominente plaats, zij het dat de precieze status nog niet helemaal duidelijk is. De provincies en de vier grote steden krijgen een duidelijk verankerde regierol. In feite is het risico groot dat er informeel een extra bestuurslaag tussen wordt geschoven die ongetwijfeld met adviezen komt over capaciteit en afstemming. Dan is er dus sprake van aanbodsuring. Als er dan aan zou worden toegevoegd de nieuwe Wet exploitatie zorgvoorzieningen, is er nog een sturingsinstrument bij waardoor heel precies het zorgaanbod kan worden geregeld. Hoezo vraaggestuurde zorg, vraagt mijn fractie zich af.

Voor de burger speelt nog iets anders. De zorgaanbieders gaan steeds meer over tot ketenvorming. Enerzijds is dit een goede zaak omdat ze op deze wijze pogen het domeindenken te doorbreken en

pogen te voorkomen dat de burger tussen wal en schip valt door meer zorg op maat te leveren. Anderzijds ontstaan er monopolioïde organisaties die dan weer weinig te kiezen overlaten aan de burger en hem dus ketenen aan hun wijze van zorgorganisatie. Heeft de burger een vrije keuze om te beslissen waar hij wil worden opgenomen in een intramurale instelling, bijvoorbeeld buiten de regio waar hij nu woont, in de buurt van zijn kinderen? Kan de staatssecretaris hierover duidelijkheid geven?

Anderzijds moet worden vastgesteld dat er bij de beleidsvoornemens met betrekking tot de modernisering van de AWBZ ook veel positieve zaken zijn te noemen, maar het blijft allemaal aanbodgestuurd. Wellicht ware het beter te spreken over een klantvriendelijker organiseren van het zorgaanbod dan over vraaggestuurde zorg, want de overheid blijft bepalen hoeveel geld er mag omgaan, regelt hoe de zorgkantoren zich moeten gedragen, regelt welke zorgaanbieders er mogen bestaan en bepaalt de omvang van de capaciteit. En draagt daar overigens ook de verantwoordelijkheid voor, blijkens de uitspraak medio februari over opname van een verstandelijk gehandicapte.

In december vorig jaar heeft de rechter uitgesproken dat het zorgkantoor de zorgplicht heeft voor de wachtenden op thuiszorg. Het probleem is wel dat het zorgkantoor geen eigen inkomsten kan genereren en ook maar vanuit Den Haag respectievelijk het CTG zijn financiële middelen krijgt toebedeeld. Door beter te onderhandelen met zorgaanbieders of er meer bovenop te zitten kan het wellicht iets meer waar krijgen voor ons aller geld, maar of dit ertoe leidt dat de wachtlijsten worden weggewerkt lijkt mij zeer twijfelachtig. Daar zal de echte oplossing dus niet gevonden kunnen worden, want de zorgkantoren zijn al spoorlags naar politiek Den Haag afgereisd, om aldaar het aloude adagium weer eens uit te leggen dat zij als kale kikkers geen veren kunnen genereren. Daarnaast hebben zorgverzekeraars zich, samen met zorgaanbieders, tot het CTG gewend met het voorstel om extra productieafspraken te maken die ongetwijfeld uitgaan boven het door de overheid vastgestelde macrobudget. De minister kan een dergelijke regel goed- of afkeuren. Kan de minister

aangeven welk standpunt zij zal innemen?

Samenvattend rijzen ten aanzien van de AWBZ een groot aantal vragen voor de VVD-fractie. Hoewel de nota Zicht op zorg nog ter tafel ligt, moet nu al worden vastgesteld dat zich een aantal nieuwe ontwikkelingen hebben voorgedaan of zich op korte termijn zullen aandienen. Allereerst is er de vraag op welke wijze de overheid de uitspraken van de rechter met betrekking tot de wachtlijsten gaat implementeren. Het heeft er op z'n minst de schijn van dat er een openeindachtige situatie is gecreëerd die alleen maar dichtgeschroeid kan worden door de budgetten op te hogen met het geld dat gemoed is met het wegwerken van wachtlijsten. Wat is het voornemen van de bewindslieden?

Voorts geldt ook ten aanzien van het Eerste Compartment, dat de NMA en de Europese Unie waarschijnlijk hun invloed zullen doen gelden. Hebben de bewindslieden hierover al een standpunt bepaald?

□

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Voorzitter! In een tijd dat Nederland een nieuwe gouden eeuw lijkt binnen te varen, is het in de zorgsector niet alles goud wat er blinkt. Op sommige zorgterreinen is de situatie meer dan zorgelijk en is bijsturing door de overheid urgent. Ik doel op het bestaan van wachtlijsten voor patiënten en cliënten en tekorten aan personeel. Er is door voorgaande sprekers al veel over gesproken. Deze knelpunten worden ook in de memorie van toelichting gesignaleerd en daarin worden beleidsmaatregelen terzake aangekondigd. Dat is op zich bemoedigend, maar voorkomen is ook in dit geval beter dan genezen. Een algemene vraag aan de minister luidt dan ook: waren deze knelpunten voor een belangrijk deel niet eerder te voorzien in een vroeger stadium niet voorkomen kunnen worden? Op de genoemde knelpunten kom ik nog terug.

In de memorie van toelichting op deze begroting worden enige malen als uitgangspunten voor het Kabinetsbeleid genoemd: handhaving van toegankelijkheid, betaalbaarheid, gelijke behandeling, solidariteit en het centraal stellen van de vraag van de patiënt. Wij delen

## Van Schijndel

deze uitgangspunten en zullen aan de hand daarvan enkele portefeuille-onderdelen van de minister en de staatssecretaris langs lopen.

De handhaving en uitbreiding van het solidariteitsbeginsel zijn voor ons hoofdpunt in de discussie over een nieuw verzekeringsstelsel. Die discussie wordt weer volop gevoerd met aanleidingen als de vergrijzing, de toenemende mondigheid van consumenten en mogelijk noodzakelijke aanpassingen aan de Europese wet en regelgeving. Deze discussie heeft eigenlijk te lang stilgelegen. Het regeerakkoord blokkeerde deze discussie, omdat daarin was afgesproken voorlopig niet aan een wijziging van het stelsel te beginnen. De minister heeft echter inmiddels haar eigen aftrap in deze discussie verricht; bij de behandeling van de Zorgnota 2000 in de Tweede Kamer pleitte zij op persoonlijke titel voor een verplichte basisverzekering met een pakket dat alle essentiële zorg omvat, met een premie naar draagkracht met een nominaal premiedeel en een limiet aan eigen risico's.

Samenvoeging van AWBZ, ziekenfonds en particuliere verzekering alsmede een premie naar draagkracht klinken ons als muziek in de oren. Ook wij opteren voor een verplichte basisverzekering voor iedereen met een inkomensafhankelijke premie. Mijn fractiegenote Schoondergang-Horikx heeft onze visie al eerder naar voren gebracht, zowel bij de behandeling van de begroting voor 1998 als die voor 1999. Het is interessant dat kort geleden ook de andere kabinetpartners hun voorlopige visies hebben geventileerd. Misschien is het niet netjes om te stoken in een goed huwelijk, maar behalve dat de coalitiepartners het eens lijken over een basisverzekering, zet de VVD toch een ander muziekje op dan PvdA en D66. Immers, voorzover wij hiervan kennis hebben kunnen nemen, kiest de VVD in een discussienota voor vermindering van het inkomensafhankelijke premiedeel en pleit ervoor de AWBZ buiten de basisverzekering te houden. De VVD-fractie vindt daarbij de ondernemersorganisatie VNO-NCW aan haar zijde.

Dan is de vraag hoe smal of breed het pakket moet worden waarvoor men verplicht verzekerd is. Beperken, roept de VVD, terwijl PvdA-voorzitter Van Hees onlangs benadrukte dat

herijking van AWBZ en Ziekenfondswet niet per se tot inperken hoeft te leiden. Dat onwerkzame behandelingen en medicijnen niet in het pakket thuishoren, daar zal eenieder het wel over eens zijn, maar wat denkt de minister over de op deze discussie vooruitlopende opvatting van het College voor Zorgverzekeringen om griep pillen en de IVF-behandeling als "lifestyle"-voorzieningen te betitelen die wel uit het ziekenfondspakket kunnen? Ook ben ik benieuwd hoe de minister het begrip "lifestyle" interpreteert. Is bijvoorbeeld viagra in elk individueel geval als "lifestyle"-voorziening te kenschetsen? Staat ons soms ook een hernieuwde discussie te wachten of de pil al of niet in het ziekenfondspakket thuishoort door deze onder "lifestyle"-voorzieningen te rekenen?

Mijnheer de voorzitter! Het uitgangspunt van gelijke behandeling verdient een strenge bewaking. Telkenmale duiken initiatieven op die dit dreigen te ontcrachten. Wat vindt de staatssecretaris bijvoorbeeld van het initiatief van verpleeghuizen die luxe wooneenheden willen bouwen voor rijke ouderen, die voor f 6000 tot f 8000 per maand een hoogwaardige verzorging krijgen? Ik meen dat de VVD dit niet zo bedenkelijk vindt als ik mevrouw Swenker goed heb begrepen. Wij misgunnen natuurlijk niemand een dergelijke voorziening, maar zolang minder kapitaalkrachtige ouderen met zes op een kamer liggen en wachttijden hebben voor de toiletgang, gaat een dergelijke ontwikkeling de kant op van de gevreesde tweedeling in de zorg en komt de solidariteit van ons stelsel op de tocht. Wij zijn bevreesd dat dergelijke ontwikkelingen de weg openen naar een stelsel van commerciële zorg, waar zorg op een vrije markt te koop is voor wie geld heeft om deze in te kopen en bereikbaar is voor wie hoge premies voor particuliere verzekeringen kan betalen. In de Volkskrant van 19 februari zegt de staatssecretaris dat zij de angst die wordt ingegeven door het genoemde initiatief, niet deelt. Kan de staatssecretaris haar standpunt dienaangaande hier nader toelichten?

Over de wachtlijsten is al veel gezegd. Als de vraag van de patiënt uitgangspunt is, komt deze wel van een koude kermis thuis als de gevraagde zorg of voorziening niet voorhanden is omdat men op een

wachtlijst terecht komt. De mondige patiënt stelt zo zijn eisen. Dat deze echter via de rechter thuiszorg of een plaats in een woonvoorziening moet afdwingen, is toch een blamage voor onze zogenaamde verzorgingsstaat. De uitspraak van de Zwolse rechter wijst naar de overheid als verantwoordelijke, en niet naar de verzekeraars. Wie is volgens de minister nu verantwoordelijk, de verzekeraars op grond van hun zorgplicht of de Staat?

Het kabinet heeft meer geld beschikbaar gesteld om de wachtlijsten en de werkdruk in verpleging en verzorging te verminderen en de Tweede Kamer voegde hier per motie nog een aanzienlijk bedrag aan toe. De commissie-Van Dam is ingesteld; wat hebben haar activiteiten tot nu toe opgeleverd? Meer geld en meer jarenafspraken met zorg- en verpleeginstellingen hebben tot op heden niet geleid tot afname van de wachtlijsten. Zijn extra geld en meer jarenafspraken wel de enige oplossingen? Biedt wellicht de voorgenomen regionale aanpak eveneens een goede mogelijkheid om dit probleem deels op te lossen, al is het maar om door samenwerking en onderlinge afstemming van de instellingen patiënten/cliënten elders in de regio te plaatsen waar er wél capaciteit is om behandeld of verzorgd te worden en om betrouwbare wachtlijstgegevens te krijgen? Overigens, beschikken de minister en de staatssecretaris eigenlijk wel over betrouwbare wachtlijstgegevens zodat zij weten hoe groot de problematiek in werkelijkheid is?

Vervolgens richt ik mij op het personeelstekort. Voorzitter! Het is toch weer even schrikken als je leest dat de afdeling hartbewaking van het Westeinde Ziekenhuis op een vrijdagmiddag gesloten wordt vanwege het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen. Over de personeelstekorten is reeds veelvuldig tijdens de behandeling van deze begroting in de Tweede Kamer gesproken. Eén ding kan ik gewoon niet begrijpen. Hoe kan het dat er jarenlang een numerus fixus voor de artsopleiding was en nog is? Ook de Raden van advies wezen op dit knelpunt in hun advies "Zorgarbeid in de toekomst". Het aantal toegelatenen is weliswaar verhoogd, maar de door de minister toegezegde uitbreiding in 1999 en 2000 van 62 plaatsen bij genees-

## Van Schijndel

kunde lijkt toch een druppel op een gloeiende plaat, evenals een gefaseerde toelating tot de huisartsenopleiding van 325 tot 361 plaatsen per jaar. Deze maatregelen nemen de werkdruk nauwelijks weg. Telkenmale stelt de minister na druk uit de Tweede Kamer de getallen bij. Dit beleid maakt een wat rommelige en weinig planmatige indruk. Welke afspraken heeft de minister inmiddels met haar collega Hermans van Onderwijs gemaakt ten aanzien van de uitbreiding van het aantal toe te laten eerstejaars geneeskundestudenten? Welke rol spelen de landelijke beroepsverenigingen, bijvoorbeeld de LHV, bij de vaststelling van de numerus fixus? Waarom niet gewoon alle eerstejaars toelaten waarna de gebruikelijke selectie plaatsvindt, zoals bij alle studies gebeurt?

Voorzitter! Er bestaat wat de gezondheidszorg betreft een grote kloof tussen het rijke noordelijke en het arme zuidelijk halfrond. Bij de HIV-epidemie komt deze "gap" pijnlijk hard naar voren. In de Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara woont 70% van de HIV-geïnfekteerden. Investering in vaccinontwikkeling is vooral voor inwoners van ontwikkelingslanden van levensbelang. HIV-medicijnen zijn voor ontwikkelingslanden onbetaalbaar en dus onbereikbaar, mede als gevolg van belemmeringen ingegeven door het financieel belang van de farmaceutische industrie. Ik noem één gevolg: in Guatemala moeten 8000 aids-patiënten loten om 350 stuks AZT. Ook ontbreekt in ontwikkelingslanden de noodzakelijke begeleiding voor HIV-medicatie en er bestaan belemmeringen voor condoomgebruik. Ik zal de paus niet aanhalen. De fractievoorzitter van het CDA in de Tweede Kamer heeft daar ook al over gesproken, naar aanleiding van het grote mea culpa. Op dit punt zou ook een mea culpa passen. Er zijn natuurlijk allerlei religieuze en culturele belemmeringen, niet alleen daar, maar ook bij religieuze hulpverleners. Bovendien ontbreekt psychische begeleiding van aids-patiënten.

Ook Nederland zal te hulp moeten schieten om dit gigantische probleem aan te pakken. Op de Europese HIV-conferentie in de RAI op 13 februari heb ik de minister hierover wijze woorden horen spreken. Maar welke concrete stappen kunnen we verwachten? Wat

heeft zij daarover afgesproken met haar collega van ontwikkelingssamenwerking?

Nogmaals het uitgangspunt van de gelijke behandeling. Op de eerder genoemde conferentie benadrukte de spreker van de HIV-vereniging de problemen die mensen met HIV in ons land ondervinden bij herintreding in het arbeidsproces, die mogelijk is gemaakt door de nieuwe aids-remmende medicijnen. De privatisering van de Ziektewet maakt werkgevers niet bepaald gulzig om mensen met HIV in dienst te nemen. De ontwikkeling van aids tot een chronische ziekte maakt trouwens ook uitsluiting van HIV-geïnfekteerden van hypotheek boven de 3 ton en bepaalde arbeidsongeschiktheidsverzekeringen inmiddels discutabel. Genoemde vormen van discriminatie doen mij uitzien naar de wet die discriminatie op grond van handicap en chronische ziekte verbiedt. Waarom is de proeve van wet, van twee jaar geleden, nog niet omgezet in een wetsvoorstel? Wanneer zal dit het geval zijn en wanneer zal dit wetsvoorstel de Tweede Kamer bereiken? Of wacht het kabinet tot de klaar liggende Europese antidiscriminatie-richtlijn Nederland in 2002 daartoe dwingt?

De staatssecretaris is verantwoordelijk voor het homobeleid. Tot ons genoegen komt de staatssecretaris, hoewel na druk van de Tweede Kamer, met nieuws over voortgang van het homo-emancipatiebeleid. In dit beleid speelt het uitgangspunt van gelijke behandeling volop. Zij heeft 8 februari jongstleden daarover een brief naar de Tweede Kamer gestuurd. De staatssecretaris coördineert dit beleid. Ik benijd haar niet, want dit is mijns inziens geen gemakkelijke positie. Je moet je bemoeien met portefeuilles van andere kabinetsleden. Ik ben benieuwd wat de ervaring van de staatssecretaris daarmee is. Hoe verloopt bijvoorbeeld de inhoudelijke afstemming met het emancipatiebeleid ressorterend onder staatssecretaris Verstand? En beschikt de staatssecretaris bijvoorbeeld over een totaaloverzicht van wat in andere portefeuilles op homo-emancipatieterrain gebeurt? Daarover rept genoemde brief niet – misschien was het haar ook niet gevraagd – terwijl bijvoorbeeld over defensie en politie het een en ander in positieve zin is te vermelden.

Het voorzetje van de staatssecretaris biedt de Tweede Kamer de gelegenheid om dit beleid te actualiseren. Uit de homowereld is hier verdeeld op gereageerd: het COC was teleurgesteld en vond de brief een soort opsomming van reeds bestaande activiteiten, terwijl de GayKrant de loftrumpet blies. Hoewel verleidelijk zal ik niet te diep op deze brief ingaan, want dan spreek ik misschien voor mijn beurt. De Tweede Kamer zal inhoudelijk ingaan op de brief. Ik constateer met de staatssecretaris dat het beleid redelijk succesvol is geweest. Veel is verbeterd in de positie van homoseksuelen. Zo is de antidiscriminatie-wetgeving min of meer volmaakt aan het worden. Het huwelijk wordt toegankelijk voor homoseksuelen, maar men moet niet te vroeg juichen. Nieuwe knelpunten doen zich voor.

Drie daarvan zijn in de brief juist getraceerd: de problematiek rond ouderen, allochtone jongeren en in de onderwijssector. Ik zou hieraan de volgende aandachtspunten willen toevoegen: bejegening op de werkplek, in het kader van artikel 13 van het Verdrag van Amsterdam stimulering van Europese wet- en regelgeving die homoseksuelen beschermt tegen discriminatie, de moeilijke positie van homoseksuele asielzoekers, de door het COC gevraagde instelling van een homo-lesbisch expertisecentrum in ons land en samenwerkingsprojecten gericht op steun aan homo-organisaties in landen met een negatieve houding ten aanzien van homoseksualiteit. Is de staatssecretaris bereid deze suggestie over te nemen?

Over de sport is vandaag tot nu toe niet gesproken. Wij maken ons nogal zorgen over de amateursportverenigingen. Wij hebben de indruk dat er grote problemen van financiële en organisatorische aard zijn. Voldoende menskracht en kennis lijken te ontbreken. Dit heeft ook te maken met de positie van de vrijwilligers. Wat zijn de plannen van de staatssecretaris om deze te verbeteren en wat denkt zij van het plan van NOC/NSF, het zogenaamde banenplan, om betaalde krachten in te zetten? Verwerkelijking hiervan kost natuurlijk geld en kan niet alleen komen uit contributieverhoging bij de amateurclubs. Het kabinet trekt 11 mln. uit voor een gemeentelijke breedtesportimpuls. Dit bedrag

## Van Schijndel

steekt schril af tegen het bedrag van 58,6 mln. aan overheidsgeld ter financiering van de additionele kosten van het EK 2000, waarvan nota bene 1,6 mln. voor rekening van VWS komt. Amateursportverenigingen leveren dan wel geen geldelijke winst voor overheid en bedrijfsleven, maar wel sociale winst. Is het in de sportwereld eigenlijk geen tijd voor een meer gelijke behandeling van top- en breedtesport?

Ik ontkom niet aan een reactie op de opvatting van de heer Hessing, die als gezant in Parijs gestationeerd is om de politiecontacten tussen Nederland en Frankrijk te verbeteren en het daar slecht begrepen Nederlandse drugsbeleid uit te dragen. De laatste taak heeft hij blijkbaar zelf slecht begrepen, want hij stelt op eigen gezag dat het Nederlandse gedoogbeleid niet deugt en uit de tijd is. Is de minister niet van mening dat het kabinet deze gezant van zijn post dient terug te trekken?

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Als ons een ramp overkomt, zeggen we altijd: nou ja, als je maar gezond bent. Gezondheid vinden wij dus het belangrijkste in ons leven, maar in ons gedrag houden wij ons daar niet aan. Wij stoppen regelmatig met roken, maar beginnen ook steeds opnieuw; wij moeten dus wel regelmatig stoppen. Als het mooi weer is, rijden wij met de auto naar het strand en gaan wij bewegen. Het gezondheidsdenken is niet erg sterk ontwikkeld. Ik had deze begrotingsbehandeling eigenlijk volledig willen gebruiken om te betogen dat in preventie en in het activeren van mensen de grootste winst voor de gezondheidszorg zit. De kosten van de gezondheidszorg zouden voor een deel niet gemaakt hoeven te worden als er in het algemene beleid gezondheidsbewust werd gewerkt en er geen drempels werden opgeworpen. Toch had ik grote moeite met de voorbereiding van deze begrotingsbehandeling, doordat ik het gevoel had dat de ontwikkelingen waarover ik zou kunnen spreken, niet in beweging zijn. Soms denk ik: behoorde ik maar tot de oppositie; dan zou ik een heel fel verhaal houden. Nu denk ik echter: misschien zijn wij als regeringspartijen wel zelf medeverantwoordelijk.

De discussie lijkt vooral over geld te gaan, maar met geld alleen, hoe belangrijk ook, los je niet ieder probleem op. Het lijkt mij wel belangrijk dat er meer inzicht in wordt gegeven waarom er geld nodig is. Ik denk dat de problemen van de gezondheidszorg voor een deel zitten in de organisatie en de samenhang. Er zijn rapporten te over, over geneesmiddelen en de Europese invalshoek; er zijn allerlei discussies, over het stelsel, de herstructurering van de AWBZ en de bevoegdheden; er is allemaal wetgeving. Ik zei tegen mijn fractie dat de laatste drie wetten die wij op dit beleidsterrein hebben aangenomen, nog niet goed en soepel zijn ingevoerd: de medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis, artikel 13 over de geneesmiddelen en de zelfstandige in het ziekenfonds. Ik vroeg: als ik de volgende keer weer aarzelingen heb, verbied me dan voor te stemmen. Leg dat maar vast in de Handelingen, zeiden mijn fractiegenoten.

Op alle rapporten komt later een keer een reactie. Na vier jaar stapjes en kleine stapjes heb ik het gevoel dat wij op deze manier nergens komen. Natuurlijk moet je altijd met beide benen op de grond staan, maar zo kom je nooit vooruit. Dus, als je blijft, kan er iets meer activiteit komen? Kan er iets meer een lijn worden uitgezet? Dan zou de behandeling van de begroting zoveel leuker zijn voor een lid van een regeringspartij.

Gezondheidsbeleid moet een aandachtspunt zijn op ieder overheidsterrein. Ik ben een van mijn eerste begrotingsbehandelingen in dit huis begonnen met erop te wijzen dat er een directe relatie is tussen gezondheidsbeleid en arbeid. Nog steeds zal toch zeker wel eenderde van de WAO'ers direct als gevolg van de arbeid in de WAO raken. Ik moet constateren dat, hoewel de specifieke aandacht voor arbeidsbelemmerende en werkgerelateerde aandoeningen er wel is, de notitie destijds in de Tweede Kamer niet op een goede ontvangst heeft kunnen rekenen. Er komt nu weer een nieuwe. Ik moet hierbij overigens zeggen dat ik het jammer vond dat de minister in de Tweede Kamer riep: mijn ambtenaren hebben het niet goed opgeschreven. Volgens mij ben je daar ook altijd zelf nog voor verantwoordelijk. Maar goed, er komt een nieuwe notitie; hij schijnt

er al te zijn, zo hoor ik net. In ieder geval is het ook zo dat er kennelijk vanuit SZW en VWS samen wordt gewerkt, daar waar VWS werkgever is of indirect werkgever, om aandacht te geven aan gezondheidsbeleid in de zorg. Ik riep vorige keer: meer handen uit het bed, dan heb je meteen ook meer handen aan het bed. Immers, het ziekteverzuim is met een dikke 7,3%, exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof, hartstikke hoog. Hoe zijn die convenanten eigenlijk gelopen? Betekent dit dat er nu duidelijk meer aandacht is voor Arbozorg en aandacht voor dat soort activiteiten op het terrein van de zorg?

Ik heb al een keer eerder gewezen op de paradox dat werken volgens sommige mensen ziekmakend is, terwijl niet-werken pas echt ongezond is. 1% werkloosheid betekent een mortaliteitsstijging van 1%, zo zei ik toen. Het betreft de sociaal-economische factor in het gezondheidsbeleid. Maar het speelt natuurlijk ook op het terrein van volkshuisvesting en ruimtelijke ordening. Het betekent aandacht voor de sociale infrastructuur en voor een gebouwde en ongebouwde omgeving die leidt tot minder ongelukken en mensen met een handicap in staat stelt mee te doen. Soms noem ik daarbij de onveiligheid op parkeerplaatsen waar mensen met een handicap moeten parkeren: die worden 's winters zo weinig bedekt door auto's dat er sneeuw ligt, en niemand veegt ze schoon. Maar er zijn natuurlijk ook grotere zaken. Het CPB heeft een rapport uitgebracht over de sociale infrastructuur zoals die ontbreekt in de gemeentes. Welke rol zien de bewindslieden hier voor zichzelf?

Ik denk hierbij aan veilig buiten spelen. Ik heb wel eens het idee dat er veel meer aandacht wordt besteed door gemeentes aan het veilig parkeren van auto's dan aan het veilig spelen van kinderen. Wat ruimtebeslag betreft is dat volgens mij ook zo. Ook Vinex-locaties worden gepland met duidelijk aandacht voor de noodzaak van parkeren van het vehikel, maar met erg weinig aandacht voor het veilig spelen van de keuter, de peuter en de tiener. Het is niet verplicht en bij renovatie van wijken wordt er ook weinig aandacht aan besteed. Daarna moeten vrijwilligers, ouders en kinderen zich massaal inspannen om die veilige speelgelegenheid te



## Ter Veld

krijgen en als die er dan eenmaal is, moet deze ook veilig worden gehouden. Je kunt roepen dat dit een zaak van de buurt is. Ik kreeg laatst een brief van Haagse kinderen die mij vertelden hoe zij tussen huisvuil en niet-gemuilkorfde pitbulls geacht werden zich te vermaken. Natuurlijk is het gemeentelijk beleid, maar kinderinspraak bevorderen is een taak van de staatssecretaris. Kinderinspraak betekent dat er ook inderdaad rekening wordt gehouden met deze gang van zaken. En meer sport en spel, ook op scholen en ook daarbuiten, lijkt me toch een taak die indirect en direct het gezondheidsbeleid bevordert.

Nu ik het woord sport even in de mond neem, wil ik nog op het volgende wijzen. Ik heb een aantal maanden geleden aan staatssecretaris Vermeend verzocht om met de staatssecretaris van sport contact op te nemen over het zogenoemde voetbalfonds voor beroepsvoetballers en ook voor wielrenners. Hij was van mening dat dit pensioenfonds eigenlijk niet paste onder zijn bestaande wetgeving. Ik heb hem toen gezegd: voer overleg met de Tweede Kamer, met de sportwoordvoerders daar en met de staatssecretaris voor sport, want dit probleem is breder dan alleen de pensioenproblematiek. Ik heb er niets meer van gehoord, zodat ik het hier maar even neerleg.

Veiligheid, voorzitter, en toegankelijkheid van publieke ruimtes is een zaak van burgers, woningcorporaties, gemeentes, Binnenlandse Zaken en VWS. En hierbij heb ik bijna een noodkreet die ik ook hier maar weer herhaal, namelijk dat de politie toch niet als eerste en enige kan komen te staan voor de noodzaak van crisisopvang en hulp aan zwervers. Tegenwoordig is het vaak zo dat als ik bijeenkomsten bijwoon over jeugdbeleid – niet over criminaliteit, maar echt over jeugdbeleid – er veel agenten bij zijn, doordat zij in het jeugdwerk zijn ingeschakeld, al was het maar als begeleider van supporters van een voetbalclub. Zij zijn koffieschenkend bezig in jeugdhuisen om jeugdwerk te doen, respectievelijk crisisopvang. Ik vind het mooi dat zij dit doen, maar volgens mij hadden wij de politie daar niet uitsluitend voor. Waar zijn die andere jeugdwerkers gebleven? Ik denk dat zij achter een bureau zitten.

Voorzitter! Ik kom bij de herstructurering van de AWBZ. Ik vond één onderdeel van de nota Zicht op zorg buitengewoon aansprekend en dat betrof de uitwerking van de regiovisies. Daarin staat dat in regiovisies aandacht kan worden besteed, bijvoorbeeld bij het beleid voor druggebruikers, aan zowel de huisvesting, de scholing en de arbeidsmarkt als het drugsprobleem. In die nota vond ik heel duidelijk een mogelijkheid terug om vanuit de gezondheidszorg een beleid te voeren waarin die samenhang wordt gebracht tussen zorgvoorzieningen en voorzieningen op andere beleidsterreinen. Ik vind het jammer dat deze nota niet tot een groter enthousiasme bij de Tweede Kamer heeft kunnen leiden. Ik weet de reden niet; ik ga het nu niet analyseren. Als wij hadden gekeken wat er in die nota werkzaam en verbeterbaar was, dan zou er met veel meer enthousiasme een weg zijn gevonden. Natuurlijk was een aantal dingen verbeterbaar, maar die notitie had er nog kunnen komen. Ik wens de staatssecretaris daar graag succes mee na het advies: niet te veel regelgeving na de huidige overvloed.

Wij steunen de staatssecretaris ook in haar voornemen om de verzorgingshuizen echt in de AWBZ onder te brengen. In de afgelopen vijftien jaar hebben wij gezien van de mensen in een verzorgingshuis minder dan een kwart niet al te veel zorg nodig heeft en dat de anderen veel tot zeer veel zorg nodig hebben. Zorg en wonen zijn dan direct met elkaar verweven. Het zou goed zijn als je verpleeghuizen en verzorgingshuizen in een glijdende schaal met elkaar kon laten samenwerken in plaats van de huidige scheiding te handhaven. Dan hebben wij ook andere tussenvoorzieningen nodig waarin niet het wonen, maar de zorg aan mensen die wonen goed is geregeld. Ook ik vind het geen probleem wanneer rijke mensen dure flats laten bouwen en voor f 6000 tot f 8000 in de buurt van een verzorgingshuis hun verzorging kiezen. Ik vind dat geen probleem, maar ik wijs wel op een groot gevaar. Wij lopen het risico – dat zien wij ook in de geestelijke gezondheidszorg – dat men zegt: als ik het zelf betaal, hoef ik toch niet meer bij te dragen aan de collectieve voorzieningen, dus waarom zou ik nog premie betalen? Dan valt het

draagvlak weg. Met het oog op het in stand houden van een draagvlak voor een verzekering zijn wij verplicht om te zorgen voor een variatie in voorzieningen, opdat ze goed en toegankelijk zijn voor velen met lage en hoge inkomens. Het is mogelijk dat sommigen zich dan toch nog steeds geroepen voelen om veel geld uit te geven omdat zij iets speciaals willen. Ook onder de 65 jaar zijn er altijd mensen die meer geld willen uitgeven aan dingen die een ander onzin vindt. Maar zolang het zinnig is, moet het voor iedereen toegankelijk zijn.

Ik heb mij afgevraagd of het cliëntgebonden budget behulpzaam kan zijn bij zo'n ontwikkeling van zelfstandig wonen en meer zorg. Ik denk van wel, maar ik heb toch wat aarzelingen. Als het cliëntgebonden budget betekent dat ik hetzelfde aantal uren zorg kan inkopen als waarvoor ik geïndiceerd ben, dan kan ik het waarschijnlijk wel redden met het budget via mantelzorgachtige en semi-vrijwilligersachtige constructies waarbij ik enigszins betaal. Maar als ik die uren moet inkopen bij de reguliere thuiszorg, dan red ik het nooit, want met dat budget kun je los veel minder uren inkopen dan samen met anderen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Wat bieden wij nu eigenlijk? Geven wij met het PGB een budget dat is gebaseerd op het bedrag om in te kopen of geven wij de garantie dat men het aantal uren zorg kan inkopen? In het laatste geval is voor thuiswonenden met dezelfde uren zorg een hoger budget nodig dan als zij zouden verblijven in een unit bij een verpleeghuis of in het verpleeghuis zelf.

Ouderenbeleid mag nooit alleen betrekking hebben op zorg. Het is belangrijk en toegang tot vervoer is belangrijk, maar ook maatschappelijke deelname en invloed van ouderen zelf is van groot belang. Ik wil even aandacht besteden aan de ondersteuning van ouderen bij het gebruik van nieuwe technologie. Er is of komt een SCP-rapport waaruit duidelijk wordt dat deze wereld van de technologie wordt beheerst door jongeren en financieel draagkrachtigen. Vooral financieel draagkrachtigen kopen veel, ook al weten zij absoluut niet hoe zij het moeten gebruiken; jongeren kunnen alles gebruiken, ook al kunnen zij het niet altijd betalen. Actief gebruik wordt zeer gestimuleerd door werk,

## Ter Veld

kennissenkring, geld en ruimte, niet alleen om het speelgoed en de attributen neer te zetten, maar ook om ze buitenshuis te durven gebruiken. Uit een onderzoek naar het gebruik van video's en magnetrons blijkt dat veel ouderen dat moeilijk vinden. Ook al krijgen ze zo'n apparaat, als ze het niet gebruiken, neemt het alleen maar ruimte in beslag. Wij zien zeker problemen als het gaat om de veiligheidssituatie bij kaartenautomaat en flappentap. Als deze op overlichte, wat onveilige plaatsen staan, hebben ouderen vaak het gevoel: dit is nog erger dan dat ik bij de bank al mijn spullen neer moet zetten. Ik denk dat wij hier meer aandacht voor moeten hebben. Aspecten als een veilige omgeving en de werkwijze met deze apparaten moeten veel meer onder de aandacht worden gebracht van de ontwikkelaars. Waarom eigenlijk geen PC-privéproject gekoppeld aan de AOW? Iedere werknemer krijgt van zijn werkgever een PC-privéproject. Waarom zou de SVB niet ook zo'n project kunnen starten? Misschien is het onzin, maar samen met Van Boxtel zouden er digitale ouderensociëteiten kunnen worden ontwikkeld, naast de digitale trapveldjes. Op macroniveau moeten producenten en dienstverleners worden aangespoord om zich ook op anderen te richten als het gaat om de interfaces en gebruiksmogelijkheden. Daarnaast speelt de veiligheid rond het gebruik een grote rol. Samen met de ouderenbonden zou een erg leuk project kunnen worden ontwikkeld. De ouderenbonden zitten trouwens op [www.seniorenweb.nl](http://www.seniorenweb.nl).

Algemeen beleid betekent minder noodzaak van specifiek beleid. Er zal echter altijd behoefte zijn aan meer geld voor dit terrein. Mensen worden ouder. Er komen nieuwe ontwikkelingen. Rupsje Nooitgenoeg zal ook bij een streng dieet toch wel meer blijven eten. De vraag is dan wie het dieet voorschrijft, wie het betaalt en op welke manier het in de hand kan worden gehouden.

Bij de behandeling van de ziekenfondswet voor zelfstandigen hebben wij al geconstateerd dat wij naar een basisverzekering moeten toewerken. Ik ben niet in staat om zelfstandigen met een laag inkomen uit te leggen dat zij in het ziekenfonds moeten vanuit de solidariteitsgedachte als die solidariteit ophoudt bij f 30.500 belastbaar inkomen. Dat

is solidariteit tussen lage inkomens. Ook vanuit de risicosolidariteit is het nodig dat wij een toegankelijk en door de overheid gestuurd stelsel hebben, omdat anders de toetreding van mensen met erfelijke ziektes en handicaps niet verzekerd is. Als wij naar een nieuw stelsel toemoeten met, conform het belastingstelsel, drie boxen – met het oog op de NMA moeten wij hierbij misschien spreken van drie kisten – dan moet kist I helemaal collectief zijn, kist II met geselecteerde eigen bijdragen werken, waarbij de overheid betrokken is om de toegankelijkheid te waarborgen, en kist III alles bevatten wat niet echt noodzakelijk is.

Deze discussie wordt ellendig, maar wij moeten haar toch al voeren. Immers, wij praten over de geneesmiddelen die er wel en niet onder vallen. Wij praten nu al over het mogelijk uit de AWBZ halen van huishoudelijke hulp. Tien jaar geleden was ik ideologisch van mening dat huishoudelijke hulp veel beter onder te brengen is bij de gemeenten in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten. Twintig jaar gelden, toen de thuiszorg nog naast het kruiswerk bestond, was ik ideologisch van mening dat het veel beter zou zijn om thuiszorg, huishoudelijke hulp bij de gemeenten onder te brengen. En dat vind ik nog steeds. Maar dat betekent niet dat ik er automatisch van uitga dat het goedkoper wordt, maar misschien wel beter toeelbaar en beter af te stemmen op andere voorzieningen, zoals tafeltje-dek-je en mantelzorg.

Er is al veel gesproken over het rapport over de Europese dimensie. Ook ik vind het heel spannend om te zien wat de NMA na 2003 zal gaan doen. Twee dingen zijn heel belangrijk. Aan de ene kant hebben wij verhoudingsgewijs al veel meer naar de markt overgebracht dan andere Europese landen. Relatief gezien is ons collectieve deel kleiner. Aan de andere kant bemoeit de overheid zich hier wél met het private deel. Ik denk dat hier gestuurd moet worden, liever politiek dan afwachtend. Anders zullen externe factoren de macht overnemen, bijvoorbeeld de burger die via de rechter zorg afdwingt. De heer Werner heeft er al op gewezen dat wij dan problemen krijgen, waarbij hij verwees naar de AOW als gebudgetteerd bedrag. Die nachtmer-

rie heb ik gehad in de tijd dat gesproken werd over een numerus fixus in de WAO.

Hoe het stelsel ook zal worden, gezondheidszorg zal altijd noodzakelijk blijven. Er werken uiterst gemotiveerde medewerkers, zij het met een hoog ziekteverzuim en zij het dat een personeelstekort dreigt. Zij bieden heel goede zorg, maar er zijn wel overal heel lange wachtlijsten. Burgers gaan naar rechters en rechters doen uitspraken. Dat kan echter geen sturingsmechanisme worden en dus geeft het alleen maar meer frustratie. Het belangrijkste knelpunt lijkt thans toch gelegen in de vraag hoe wij voldoende medewerkers kunnen krijgen. Het kan een kwestie zijn van honoreren. Ik denk hierbij even aan de kosten die ontstaan, als een vorm van zorg wegvalt. Als vroedvrouwen het niet meer aankunnen en alle bevallingen vinden plaats in een ziekenhuis, dan legt dat een beslag op ziekenhuisbedden, maar het medicaliseert ook iets normaal als het krijgen van kinderen. In Nederland zijn wij nog steeds uniek met ons goede stelsel van vroedvrouwenzorg. Misschien is het een kwestie van honorering, misschien een kwestie van werkdruk. Wellicht speelt ook mee dat de kraamzorg onvoldoende is geëquipeerd, waardoor de vroedvrouw meer doet dan voorheen. Ik wil graag weten hoe het verder staat met dit nog altijd typisch vrouwelijke beroep.

Als je werknemers in de zorg spreekt, hoor je dat honorering bij hen niet eens bovenaan het knelpuntenlijstje staat. Een knelpunt – de heer Werner wees hier al op – betreft de mogelijkheid om je werk te kunnen inpassen in je normale leven. Welnu, hier gaat het om een combinatie van arbeid en zorg. Op dit punt zou dan ook samengewerkt moeten worden met staatssecretaris Verstand. Een tweede knelpunt dat hoog scoort, betreft bijscholing en deskundigheidsbevordering voor mobiliteit. En met stip staat bovenaan dat lijstje de kinderopvang. En dat is een directe verantwoordelijkheid van deze beide bewindslieden. Wat mij opvalt, is dat het eigenlijk niet vanzelfsprekend is dat bij het bouwen of verbouwen van een zorginstelling ruimte wordt geregeld voor kinderopvang. Gekker nog, als dat wel gebeurt, wordt er gevraagd waarvoor die oppervlakte eigenlijk nodig is. Daarover sprekend

## Ter Veld

met een aantal mensen, werd mij ook meteen duidelijk dat een onlangs aangekondigd initiatief van een bank en een uitzendbureau om veel kinderopvangplaatsen te creëren, op dit moment vastloopt op het vinden van ruimte, met groen eromheen, waar dit kan. Jaren geleden is er in de Utrechtse wijk Overvecht door de vakbeweging en het huis een kinderopvangcentrum gerealiseerd voor zowel de medewerkers als de wijkbewoners. Zou dit niet gewoon stelregel moeten worden, temeer omdat bij zorg kinderopvang niet alleen op kantooruren, maar ook op buitengewone uren beschikbaar moet zijn?

Voorzitter! Als je maar gezond bent! En gelukkig zijn de meesten van ons dat. Wij vinden dat ook heel plezierig. Wat kun je evenwel verwachten, als je in de zorg terecht komt? Wachten! Ik heb een niet-representatieve steekproef gehouden onder mijn collega's en kennissen. Hun ervaring is ongeveer gelijk aan die van ieder van ons. Je blijft er jaren buiten. Je betaalt premie en je weet er eigenlijk niets vanaf. En dan plotseling kom je erin. Hoe staat het dan met de doelmatigheid en de klantvriendelijkheid richting burger? Wat kun je dan voor je premie- en belastinggeld verwachten? Je komt op een wachtlijst en het is onzeker hoe lang dat duurt. De meeste werknemers zijn aardig en behulpzaam, maar dokter Bob van de soep bestaat ook in het echt. Er zijn zelfs mensen die waarschuwen dat je niet op internet moet kijken wat je hebt, omdat je dan een probleem krijgt met je specialist. Er zijn ook specialisten die trots laten zien hoe goed zij op internet thuis zijn.

Wat een heel beroerde zaak is, is de logistiek in de organisatie. Dit speelt temeer een rol, als je je werk en je ziekte wilt combineren. Als je drie afspraken moet maken, dan betekent dat dat je één à twee dagen vrij moet nemen. De logistiek zou echter een betere aanpassing vereisen. Ik denk dat die slechte ketenafspraken het ook duur maken. En daar zit volgens mij een deel van het probleem. Er is sprake van lange ziekenhuisopnames, omdat de thuiszorg niet op tijd kan inspringen. Verder wordt er met kinderen geleurd langs instellingen voor jeugdzorg. Om in de termen van het ministerie te spreken: de patiënt in het verkeerde bed.

Voorzitter! Ik kom tot een afronding. Wat wij nodig hebben, is ook een goed toezicht. De rol van de inspectie zou uitgebreid kunnen worden naar de kwaliteitscriteria, waaronder de kwaliteit van de zorg voor de cliënt, en een vorm van toezicht. Als bijvoorbeeld het College voor zorgverzekeringen een grotere rol krijgt bij de toelating van nieuwe zorgaanbieders, dan zal ook dat college moeten vallen onder de toezichthouder. Op dit moment is het CTU onderdeel van hetzelfde college. Zoals ik al heb aangegeven bij de behandeling van de Wet Raad op maat, zou ik het zeer op prijs stellen als het toezicht in de gezondheidszorg op dezelfde manier wordt behandeld als wij vanzelfsprekend vinden voor banken, pensioenfondsen en in de sociale zekerheid.

Voorzitter! Er is veel in beweging. Kleine stapjes zijn niet voldoende. Ik zou graag zien dat de energie die thans besteed moet worden aan het herschrijven van nota's en notities gebruikt wordt op het departement om snel te komen met voorstellen over hoe wij op dit belangrijke terrein verder moeten. Ik hoop dat de bewindslieden mij een antwoord kunnen geven dat mij geruststelt en mij weer motiveert om de volgende keer met groot enthousiasme de begrotingsbehandeling in te gaan.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Ik zal mede namens de fracties van RPF en GPV het woord voeren.

Voorzitter! Aan de huisarts is de functie van poortwachter toegekend. Hij vervult dus een cruciale rol in de gezondheidszorg. Zo is de huisarts door de combinatie van medische kennis en kennis van de psychosociale omstandigheden van patiënten in staat niet alleen medische zorg van hoge kwaliteit te leveren, toegesneden op de specifieke omstandigheden van patiënten, maar is de dokter ook het eerste aanspreekpunt bij tal van problemen. Juist nu de poortwachterfunctie zo nodig is, worden wij geconfronteerd met een oplopend tekort aan huisartsen. Gelukkig worden er nu maatregelen getroffen om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden. Maar naar de mening van onze fracties is er sprake van een meer fundamenteel probleem, waarover

wij met de minister van gedachten willen wisselen.

In het Nederlands Dagblad – een goede kwaliteitskrant – van 10 maart jongstleden stond een verslag van een onderzoek waaruit blijkt dat een grote meerderheid – 87% – van de huisartsen problemen ondervindt bij het uitoefenen van zijn beroep. In de top drie van problemen staat de hoge werkdruk bovenaan. Onlangs verscheen er een studie van B. van den Berg van de Universiteit Utrecht met betrekking tot honorering en verwijsgedrag van medisch specialisten. Hieruit blijkt dat in een aantal ziekenhuizen de kans op terugverwijzing van een nieuwe poliklinische patiënt naar de huisarts duidelijk is toegenomen als gevolg van de invoering van het lumpsum-budgetteringssysteem in plaats van het verrichtingsstelsel. Door de introductie van de lumpsum-budgetten zijn de financiële prikkels voor medisch specialisten veranderd op een wijze die het minder aantrekkelijk maakt om patiënten in de tweede lijn te blijven behandelen. Verrichtingen worden immers niet meer beloond en herhalingsbezoeken slechts in enkele gevallen en dan nog in beperkte mate. De druk op de huisarts wordt veel te groot, met alle gevolgen van dien. Heeft de minister nu goed in beeld hoe groot vanuit verschillende zijden de druk op de huisarts is? En als dit het geval is, hoe wordt gewerkt, naast het creëren van meer opleidingsplaatsen, aan de oplossing van deze problemen? Als er geen oplossing komt, zullen wij geconfronteerd worden met heel andere problemen.

Voorzitter! Uit een enquête van Het Financieel Dagblad onder 27 van de 102 algemene ziekenhuizen in Nederland blijkt dat een groot aantal ziekenhuisdirecties en specialisten forse kritiek hebben op het lumpsumbudget. Om uit de spiraal te komen waar specialisten en overheid in het begin van de jaren negentig in terecht waren gekomen, is afgestapt van het verrichtingsstelsel en gekozen voor de invoering van lumpsumbudgetten voor medisch specialisten. Hierdoor werd bereikt dat de conflicten die waren ontstaan door de groei van de productie van specialisten die leidde tot tariefkortingen, waarvan het effect weer teniet werd gedaan door nieuwe groei, voor een belangrijk deel werden beëindigd. Er kwam rust. Nu is de essentie van het lumpsum-

## Van den Berg

budget dat de directe koppeling tussen het honorarium van de medisch specialist en het aantal en type uitgevoerde verrichtingen is doorbroken door middel van de invoering van een jaarbudget per maatschap. Het budget houdt grofweg in dat vooraf met de medisch specialisten een totaalbedrag wordt afgesproken waarvoor zij hun werk verrichten.

Drie ziekenhuizen zijn volgens Het Financieele Dagblad overgestapt van het lumpsumbudgetteringssysteem op het oude verrichtingsstelsel. Van de ondervraagde bestuurders van de medische staven en ziekenhuisdirecteuren betwijfelde ruim de helft of het systeem van lumpsumbudgetten wordt voortgezet in hun ziekenhuis. Ongeveer de helft van het aantal afspraken over deze budgetten tussen medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars loopt af. Er worden verschillende redenen gegeven voor de onvrede met het systeem van deze budgetten. Specialisten vergelijken de inkomsten die zij zouden hebben onder het verrichtingsstelsel met hun huidige budget. Het blijkt dat zij in sommige gevallen onder dat verrichtingsstelsel een hoger inkomen zouden hebben. Dit kan onder andere te maken hebben met de harmonisatie van de verrichtingstarieven tussen ziekenfonds en particuliere patiënten die tijdens de experimentperiode is opgetreden. Veel ziekenhuizen – en daarop heeft onze zorg betrekking – geven aan dat het moeilijk is om deze specialisten binnen het lumpsumbudgetteringssysteem te houden, terwijl deelname van alle specialisten in feite een voorwaarde is voor de instandhouding van het systeem. De groei van het budget zou niet volstaan om de toenemende vraag naar zorg op te vangen. Budgetten groeien namelijk volgens een landelijk vastgesteld percentage. Daarbij wordt geen rekening gehouden met lokale verschillen. Volgens Het Financieele Dagblad wijten veel van de ondervraagde specialisten en directeuren de wachtlijsten aan deze beperkte budgetgroei. Blijft de minister van mening dat de gekozen systematiek van budgetafspraken ondanks de kritiek gehandhaafd moet worden?

In 1996 is bij wijze van experiment de geschillencommissie ziekenhuizen opgericht. Dat is zeer interessant. De

commissie behandelt geschillen tussen patiënten en ziekenhuizen over zaak- en personenschade tot f 7500. Het doel van de commissie is een snel, goedkoop, laagdrempelig alternatief te bieden voor geschillenbeslechting door de burgerlijke rechter. Vooralsnog zijn alleen ziekenhuizen lid die bij Medirisk zijn aangesloten. Dat zijn zo'n 38 ziekenhuizen. De commissie is paritair samengesteld en bestaat uit vijf leden. De uitspraken van de commissie zijn bindend. Tegen de uitspraken is geen hoger beroep mogelijk. Het is bijzonder interessant om eens even bij de rapportage stil te staan.

Het onderzoek handelt over 135 claims die in de periode 1996 tot en met 1999 zijn ingediend. Ongeveer de helft, 67 claims, is behandeld door de commissie. De andere helft van de claims is niet behandeld, bijvoorbeeld omdat niet aan de voorwaarden was voldaan.

Allereerst valt het op dat de behandelingen van klachten en claims door ziekenhuizen als verschillende, veelal gescheiden trajecten worden beschouwd. Met deze trajecten zijn doorgaans verschillende personen en instanties belast en dat maakt dat er verschillend wordt geregistreerd. In het klachttraject wordt doorgaans vaker een gesprek gevoerd. Er wordt meer voorlichting gegeven over de verschillende klachtprocedures. De benadering in het claimtraject is dus vrij juridisch. Doordat de trajecten gescheiden zijn en er verschillend wordt geregistreerd, is het naar onze mening niet eenvoudig om een overzicht van de omvang en de aard van de klachten te krijgen.

De commissie heeft zeer uiteenlopende klachten behandeld. De onderzoekers doen dan ook geen algemene uitspraken. Zij stellen wel dat er een vage scheidslijn is tussen tucht- en klachtzaken. Het is niet altijd duidelijk of een klacht door de geschillencommissie had moeten worden behandeld.

De geschillencommissie is een nieuwe, additionele vorm van klachtenbehandeling. Het is prima dat klagers een claim kunnen indienen, maar of daarvoor weer een aparte procedure moet komen, is naar de mening van onze fracties de vraag. De klachtenopvang en -behandeling wordt misschien te fragmentarisch. Dit wordt versterkt door het meer juridische karakter van

de claimbehandeling. Zou het niet beter zijn om de claimbehandeling onderdeel te maken van de klachtbehandeling volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, willen wij graag weten van de minister.

Veel klagers zijn ontevreden over de gang van zaken en over de uitspraak. Het is opmerkelijk dat dit probleem ook is gesignaleerd in de evaluatie van de Wet klachtrecht. Dit vinden wij zorgelijk. Klagers die zo ontevreden zijn, komen naar onze mening van de regen in de drup door een klacht in te dienen. Wij willen graag van de minister weten of zij voornemens is hiervoor beleid te ontwikkelen.

Er lijkt weinig te gebeuren met klachten. Indien de klachten structureel zijn, kunnen zij weer ontstaan bij andere patiënten. Naar onze mening moet er veel meer werk worden gemaakt van een goede registratie van klachten en het gebruik van deze gegevens voor kwaliteitsverbetering. Een eerste stap kan zijn verbetering en vooral stroomlijning van de klachtopvang. Wil de minister hierop ingaan?

In navolging van enkele collega's willen wij aandacht vragen voor drie rapporten over het geneesmiddelenbeleid: het rapport van de commissie-De Vries, waarvoor de minister de opdracht gaf; het rapport-Weijers, in opdracht van de zorgverzekeraars; en het rapport van de MDW-werkgroep. Wij vinden het opmerkelijk dat deze rapporten alledrie opteren voor het geven van de regie over de inkoop van de geneesmiddelen aan de zorgverzekeraars. Ook de invoering van gereguleerde marktwerking wordt bepleit; meer marktinfluens en minder overheidsbeleid. De rapporten geven bovendien onafhankelijk van elkaar aan dat de aanbevelingen consequenties hebben voor het hele stelsel, met als gevolg dat de stelseldiscussie in volle hevigheid is hervat. Deze rapporten leveren in ieder geval een bijdrage aan die zo noodzakelijke stelseldiscussie.

De aanbevelingen van de rapporten gaan uit van de aanname dat marktwerking tot kostenbesparing leidt. Onze fracties vinden dat die stelling ook omgekeerd kan worden: meer markt leidt tot meer aanbieders, meer omzet en dus kostenstijging. Wij vinden het jammer dat de positie en de rol van de patiënt of gebruiker onvoldoende



## Van den Berg

zijn geanalyseerd in de rapporten. Om het in gezondheidszorgtermen te zeggen: dit kan gemakkelijk leiden tot een onjuiste diagnose. Het is niet uitgesloten dat de adviezen niet het juiste recept zijn om de kwaal te behandelen. En wij weten het, de patiënt loopt in de gezondheidszorg het grootste gevaar wanneer de diagnose niet klopt. Elke behandeling is dan verkeerd, soms gevaarlijk, en in ieder geval niet zinnig, zuinig en zorgvuldig. Om die reden vragen wij nu al aan de minister om vooral het patiëntenperspectief bij de uitwerking te betrekken. De behoefte aan zorg moet ook in dit opzicht uitgangspunt zijn.

Soms breekt dat licht door. Ik las vanmorgen in het Nederlands Dagblad dat er een studie van de Partij van de Arbeid was verschenen over de geneesmiddelenproblematiek, met een snoepige titel. Daarin wijst men ook op het feit dat opname soms kan worden voorkomen door goede geneesmiddelen en een goede behandeling, zodat men dan beter kan functioneren in de samenleving. Voor het welzijn kan dit dus heel goed zijn. Wij pleiten er daarom voor om het patiëntenperspectief bij de ontwikkeling te betrekken. De behoefte aan zorg moet ook in dit opzicht uitgangspunt zijn. Wij noemen met name de chronische patiënt, die regelmatig geneesmiddelen nodig heeft. De betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit mogen geen probleem worden voor grote groepen in de samenleving, zoals mensen met een chronische ziekte en oudere mensen met een klein pensioen. Mogen wij van de minister hierop een reactie horen?

De openbare gezondheidszorg is een heel ander beleidsterrein en is in een andere context al door de CDA-fractie aan de orde gesteld. Wij weten dat de beschikbare financiële middelen altijd begrensd zijn en zullen blijven. Ook in de gezondheidszorg is altijd sprake van schaarste, terwijl de ontwikkeling in de geneeskunde en daarmee het aanbod van geneeskundige behandelingen nauwelijks te remmen zijn. In principe is de vraag naar gezondheidszorg oneindig, maar er is meer aan de hand. Als wij nadenken over de zorg, moeten wij ook letten op de levensstijl in onze samenleving. Als wij het goed zien, houdt de zin van het bestaan voor velen niet meer in dan een lang,

gelukkig en gezond leven. Gezondheid geldt als één van de hoogste waarden, zo niet als de hoogste waarde in onze samenleving. Het veiligstellen van de gezondheid en een comfortabele levensstijl wordt door velen in onze materialistische tijd als het allerbelangrijkste gezien. Voor de spanning tussen de hoge waardering van gezondheid enerzijds en de bedreiging dan wel aantasting hiervan door de moderne levensstijl anderzijds wordt veelal een oplossing gezocht in een vertrouwen en zo nodig een beroep op de geneeskunde, die alles wel zal oplossen. Het zal duidelijk zijn dat wij dit niet in overeenstemming vinden met een Bijbelse mensvisie. Wij zullen naar de mening van onze fracties moeten inzetten op een mentaliteitsverandering bij de bevolking. Deze zal enerzijds een relativering van gezondheid als volkomen gaafheid, vitaliteit en welbevinden moeten inhouden. Wij zullen weer moeten leren om de kwetsbaarheid en de eindigheid van ons leven te ervaren. Het besef zal weer versterkt moeten worden dat niet iedere aandoening, ziekte of klacht in de weg staat van levensgeluk en levensvervulling. Dat neemt niet weg dat wij de opdracht hebben om er een gezonde levensstijl op na te houden; ook dat leert de Bijbel in het boek Prediker. Zo'n mentaliteitsverandering kan natuurlijk niet door de overheid worden opgelegd, maar zij kan wel in woord en geschrift een positieve bijdrage leveren aan zo'n mentaliteitsverandering. Wij hebben juist met het oog hierop met belangstelling kennisgenomen van het visiedocument van het Platform openbare gezondheidszorg "Spelen op de winst". Daar staan goede beschrijvingen in van elementen van de openbare gezondheidszorg en het voorziet in een programma van eisen; waar willen wij in de toekomst naar toe met onze openbare gezondheidszorg? Dat is allemaal prima. Wij sluiten ons aan bij de vraag van de CDA-fractie wat wij daarmee gaan doen. Helaas klinkt ook in die brochure de gedachte door dat gezondheidszorg als het hoogste goed wordt beschouwd. Wij ervaren de brochure bovendien als nogal bevoogdend. Na bestudering bleven wij met de vraag zitten: waar is de mens, de zorgvrager? Is de achterliggende filosofie wel de visie waarop wij wachten? Wil de minister op dit onderdeel van onze bijdrage

ingaan? Het zou interessant zijn om daarover van gedachten te wisselen.

Er is door de staatssecretaris sterk ingezet om de cliënt met zijn/haar individuele zorgbehoeften een belangrijke, sterke positie te geven. Bij de modernisering van de AWBZ is toch één van de doelen om de cliënt de rol te geven van centrale drager van het AWBZ-stelsel, de rol die nu bij de zorgaanbieder ligt. Wij vinden het belangrijk dat de zorgaanbieder zijn zorgaanbod om de cliënt heen organiseert, in plaats van dat de cliënt in het keurslijf van het beschikbare aanbod wordt ingepast. Deze kanteling – dat is duidelijk – zal van de zorgaanbieders de nodige flexibiliteit, een andere inzet, een andere houding vragen. Is er, zo willen wij graag van de staatssecretaris weten, al zicht op of de aanbieders de noodzakelijke cultuuromslag kunnen maken of al gemaakt hebben? Wij hebben daar weinig zicht op en de berichten die wij krijgen en de gesprekken die wij voeren, zijn zeer divers.

Het persoonsgebonden budget is als instrument bij uitstek geschikt om de positie van de cliënt als zorgvrager te versterken, zo vinden wij. In het huidige AWBZ-systeem dat zo sterk aanbodgericht is, is het kennelijk moeilijk om het persoonsgebonden budget aanzienlijk te verruimen. Wij begrijpen dat wel, want het is dan lastig om er voldoende greep op te houden. Omdat onze fracties verruiming erg belangrijk vinden, willen wij van de staatssecretaris graag weten of de vernieuwde AWBZ wat dit betreft meer mogelijkheden biedt. Naar onze mening moet ernaar worden gestreefd zorg in natura en het persoonsgebonden budget als gelijkwaardige alternatieven te hanteren. Na indicatie moet het mogelijk worden om vrij uit beide mogelijkheden te kiezen.

In andere jaren is door onze fracties bij begrotingsdebatten een aantal keren de positie van de landelijk en bovenregionaal werkende instellingen aan de orde gesteld. Met name als wij spraken over de regiovisie, waarbij regionale zorgbehoeften worden geïnventariseerd in samenhang met demografische veranderingen en ontwikkelingen op de aanpalende terreinen van wonen, werken en welzijn, constateerden wij dat de zojuist genoemde instellingen geheel of gedeeltelijk buiten beeld bleven. Ook bleef dit

## Van den Berg

belangrijke thema in eerste instantie in het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ onderbelicht. Dit verbaasde ons, omdat de bewindslieden ons in het verleden toezegden aan deze problematiek aandacht te schenken, juist omdat het principe van vraagsturing aandachtspunt van beleid is.

Met vreugde hebben wij dan ook kennis genomen van de brief van 20 december 1999 aan de Tweede Kamer. Wij danken de bewindslieden daarvoor. In deze brief brengen zij de positie van de bestaande landelijke en bovenregionale instellingen duidelijk in beeld. De keuze van de zorgvragers, ook wat de signatuur in de zorgverlening betreft, staat centraal. Wij vullen daarbij aan: regionaal, maar ook bovenregionaal en landelijk. Wil de staatssecretaris over de realisering hiervan nog iets zeggen?

Wij vinden het jammer dat de discussie over de modernisering van de AWBZ aan de overzijde nog wel even duurt. Mogen wij ervan uitgaan dat, hoe dan ook, de ingeslagen weg voor wat betreft de vraagsturing door de bewindslieden niet zal worden verlaten?

Voorzitter! Met belangstelling wachten wij de beantwoording van de bewindslieden af.

□

De heer **Hessing** (D66): Mijnheer de voorzitter! Ik zal in mijn bijdrage niet het gehele brede terrein van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in beschouwing nemen, maar enkele onderwerpen daaruit lichten.

Recent is in deze Kamer, niet zonder rimpeling, de Wet aanpassing arbeidsduur aanvaard. Met deze wet wordt voor individuele werknemers een recht geïntroduceerd op arbeidsduurvermindering en arbeidsduurvermeerdering. Mijn fractie heeft dit wetsvoorstel gaarne gesteund. Met de creatie van dit individuele recht is echter niets gezegd over de effecten die een ruim gebruik van dit wetsvoorstel op macroniveau zouden kunnen hebben voor de onderscheiden sectoren in de samenleving. En dan gaat het om het arbeidsmarktbeleid. Mijn fractie is niet zonder zorgen over de zorg- en welzijnssector. Het is niet direct te verwachten dat de toepassing van de Wet aanpassing arbeidsduur voor

verlichting zal zorgen van de personeelstekorten die op middellange termijn dreigen te ontstaan in met name de zorgsector. Zorgverlening is mensenwerk zegt de memorie van toelichting bij de begroting terecht. En het behoeft geen betoog dat in deze sector de werkdruk hoog is te noemen. Ik kan u in dit verband warm het tv-programma van Wim de Bie en Annet Malherbe aanbevelen, waar dit onderwerp op een even indringende als hilarische wijze wordt gepresenteerd.

Hoe dan ook, de krapte op de arbeidsmarkt laat zich zeker ook in de zorg- en welzijnssector gevoelen. In 1998 en 1999 hebben sociale partners, de Arbeidsvoorziening en het ministerie van VWS twee arbeidsmarktconvenanten afgesloten om de gesignaleerde problemen het hoofd te bieden. Is er een beeld te geven van het verloop van de uitvoering daarvan, want ondanks alle goede bedoelingen en intenties kan het best zo zijn dat de grenzen van het mogelijke in zicht?

Ook in andere sectoren is dit het geval. Neem bijvoorbeeld de politie. Daar is uitzendbureau Randstad ingeschakeld om versneld mensen te kunnen werven. Ondanks alle inspanningen laten de resultaten van die extra inzet nadrukkelijk te wensen over. Volgens Randstad komt dit niet zozeer door de arbeidsvoorwaarden als zodanig, want die zijn heel behoorlijk. Wat de politie veel meer parten speelt, is het slechte imago. Hetzelfde probleem speelt ook in de zorgsector. Het is dringend gewenst dat de beeldvorming in positieve zin wordt bijgesteld. Wat denken de bewindslieden daaraan te kunnen doen?

Ook de zorgen rond de WAO dringen zich op. Het zou immers niet alleen de bewindslieden van Sociale Zaken een zorg moeten zijn dat het aantal arbeidsongeschikten in dit land naar het miljoen kruipt, maar zeker ook de bewindslieden van volksgezondheid, want achter iedere arbeidsongeschikte steekt immers een gezondheidsprobleem. Hebben de bewindslieden daarover eigenlijk een opvatting, uiteraard vanuit hun eigen verantwoordelijkheid? In ieder geval vraagt mijn fractie zich af hoe de bewindslieden de doeleinden ten aanzien van ziekteverzuim en WAO-instroom voor de eigen sector denken te halen. Volgens de memorie van toelichting moet de

komende vier jaar een halvering van het verschil tussen ziekteverzuim en WAO-instroom landelijk en in de zorgsector gerealiseerd zijn en de reïntegratie van maar liefst 3000 arbeidsgehandicapten. Dit is een forse ambitie en mijn fractie stelt een toelichting op deze inzet dan ook op prijs.

Een laatste vraag in verband met de arbeidsmarkt van de sector gezondheidszorg betreft de moeilijke positie van de vroedvrouwen. Met uitstekend beroepsgroep die met hart en ziel, en vaak bij nacht en ontij, werkzaam is. Een sector zonder wachtlijsten, want bevallingen wachten niet. Vanuit een oogpunt van demedicalisering dragen de vroedvrouwen nadrukkelijk hun steentje bij. Per saldo ontlasten zij zo de dure tweedelijnsgezondheidszorg. Nog zo'n 32% – met de nadruk op "nog" – van alle bevallingen vindt thuis plaats onder begeleiding van een vroedvrouw. Dit percentage moet gekoesterd worden, hetgeen niet makkelijk zal zijn. De werkdruk is bijzonder hoog en de betaling –haast omgekeerd evenredig – ondermaats. De uitstroom van vroedvrouwen is derhalve hoog en er vallen gaten in de praktijken. Uit een onderzoek van Deloitte en Touche is gebleken dat de honorering aanmerkelijk omhoog zou kunnen, ongeveer 30%. Volgens de KNOV zou het tarief voor de verloskundige zorg zelfs moeten worden verdubbeld. Het is inderdaad dringend geboden dat de positie van de vroedvrouwen verbetering ondergaat. Mijn fractie vraagt hiervoor nadrukkelijk de aandacht van de bewindslieden en graag van hen vernemen wat zij hieraan denken te kunnen doen.

Vervolgens richt ik mij op het drugsbeleid. In de Voortgang-rapportage Drugsbeleid 1999 geeft de minister aan dat de toename van het gebruik van cannabis, synthetische drugs en andere producten noopt tot een actief preventiebeleid, al was het maar omdat de risico's die aan het gebruik van drugs verbonden zijn, vaak worden onderschat. Voorlichting aan jongeren is een van de weinige middelen om het gedrag enigszins te beïnvloeden. Het is dan zorgelijk om te constateren dat de beschikbare gegevens op basis waarvan het beleid en de dus ook de voorlichting kan worden ingezet, ruimte laten voor interpretatie. Zo is geruime tijd uitgegaan van een aantal van

## Hessing

cannabisgebruikers in ons land van 675.000. Uit de resultaten van het eerste Nationale Prevalentie Onderzoek (NPO 1) naar het gebruik van legale en illegale drugs onder de algemene bevolking van 12 jaar en ouder, blijkt dat dit aantal moet worden geschat op 323.000 personen. Dat is minder dan de helft. De bron voor de gegevens over het gebruik onder scholieren wordt gevormd door de Peilstations-onderzoeken en de meest recente gegevens dateren uit 1996. Of zijn de gegevens uit het laatste onderzoek uit 1999 inmiddels beschikbaar? Waar het gaat om het gebruik van smart products en eco-drugs, zijn evenmin betrouwbare gegevens voorhanden.

Los van de vraag hoe de doelgroep het beste bereikt kan worden, is er ook zoiets als beeldvorming. Het gegeven dat betrouwbare cijfers over het gebruik van diverse vormen van drugs blijkbaar moeilijk zijn te verkrijgen, kan bijdragen aan op z'n minst scheve beelden in binnen- en vooral ook buitenland. Het is derhalve zaak, zo scherp mogelijk te inventariseren wat precies het gebruik is en tot welke problemen dit aanleiding geeft. Hoe oordeelt de minister over het beschikbare beeld en wat kan er worden gedaan om dit te verbeteren? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van de Nationale drugmonitor? Hoe functioneert het Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs (CAM), dat sedert 1 januari 1999 operationeel is?

Overigens, in de genoemde voortgangsrapportage geeft de minister aan dat het aannemelijk dat de maatschappelijke en gezondheidsschade als gevolg van alcoholmisbruik en alcoholisme vele malen groter is dan de schade als gevolg van drugsgebruik. Mijn fractie heeft geen argumenten voorhanden om de minister hierin tegen te spreken, integendeel. Met name het drankgebruik door jongeren neemt hand over hand toe. Hoewel de relatie tussen alcoholmisbruik, geweld en andere vormen van criminaliteit buitengewoon complex is, zijn er niettemin duidelijke indicaties dat alcoholmisbruik bijdraagt aan zinloos geweld. Tegen deze achtergrond kijkt mijn fractie dan ook met bijzondere belangstelling uit naar de Alcoholnota, die in het verlengde van de gewijzigde Drank- en horecawet

hierop een antwoord zal moeten formuleren.

Degenen die zich druk maken over het drugsgebruik in Nederland en aan het drugsbeleid strenge eisen stellen, zouden zich op z'n minst in gelijke mate druk moeten maken over het alcoholgebruik en het bijbehorende alcoholbeleid. Bij de behandeling van de Drank- en horecawet in deze Kamer kan blijken hoe de vlag er wat dit betreft bij de verschillende fracties bij hangt.

In het verlengde hiervan maak ik een opmerking over de verslavingszorg. Uit de voortgangsrapportage komt naar voren dat de aanwas van jonge heroïnegebruikers afneemt; tegelijkertijd wordt geconstateerd dat de conditie van de steeds ouder wordende groep van chronische heroïneverslaafden zorgelijk is. De hulpbehoefte begint trekken te vertonen van geriatrische zorg. De gevolgen daarvan in de grote steden laten zich nadrukkelijk zien. Uit een gezamenlijk advies van de Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ) en de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling (RMO) valt op te maken dat er op verschillende niveaus sprake is van onvoldoende afstemming en regie, met name bij het realiseren van adequate hulp voor verslaafden. Deze adviesorganen concluderen dat het binnen de huidige functionele en territoriale bestuurlijke lijnen niet wenselijk is om één van de actoren – men denke aan zorgkantoor, gemeente, provincie, rijksoverheid – de regie te laten voeren in de verslavingszorg.

In dit kader wordt gewerkt aan een experiment waarin in een proefregio de aanbevelingen van RVZ/RMO over de regionale aansturing toegepast worden. Mijn fractie acht dit een interessante ontwikkeling, zeker als daarbij een link gelegd kan worden naar de experimenten die gaande zijn op het vlak van de strafrechtelijke opvang van verslaafden. Het wetsvoorstel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden is nog in behandeling aan de overzijde. Het gaat hier om een zogeheten dwangvoorziening. Daarnaast loopt, zoals bekend is, het drangexperiment te Ossendrecht dat is opgezet als leerproject met als belangrijkste doelstelling: methodiek-ontwikkeling ten behoeve van de dwangvariant. In deze opzet is het experiment te Ossendrecht duidelijk geslaagd. Er is een netwerk opgebouwd van instellingen – dat zijn er nogal wat op dit terrein – die

voordien niet altijd even gemakkelijk samenwerkten. Met het project is een deel van de doelgroep van overlastgevende criminele verslaafden bereikt die – hoewel er in het algemeen sprake is van een kortdurende strafdreiging – toch de keuze heeft gemaakt voor deelname aan een langdurig programma van anderhalf jaar. En er is veel kennis en ervaring opgedaan met deze moeilijke doelgroep. Met dit experiment snijdt het mes dus aan diverse kanten. In de kern wordt hiermee ernstig crimineel overlastgevend gedrag tegengegaan en wordt aan personen die zo ongeveer vanuit het gezichtspunt van de gangbare behandelingsmethoden zijn uitbehandeld, toch weer een perspectief geboden.

Het is zinvol om de opgedane kennis en ervaring een rol te laten spelen in een experiment zoals dat is voorgesteld door de RVZ/RMO. Kern daarvan is samenwerking: GGZ, instellingen voor verslavingszorg, verslavingsreclassering en justitie zullen alle hun rol moeten spelen. De bestaande, soms absolute grenzen tussen diverse vormen van zorg voor de diverse typen van verslaafden, soms gebaseerd op verschillende bekostigingsstromen, moeten vervagen. Oogmerk is te komen tot continuïteit van zorg en maatwerk voor diverse groepen problematisch verslaafden. In een dergelijke ketenbenadering zou de strafrechtelijke opvang van verslaafden, en dan zowel de drang- als de dwangvariant, ingebed kunnen worden.

Hoe oordeelt de minister over de mogelijkheid om de strafrechtelijke opvang van verslaafden een plaats te laten krijgen in het grotere geheel van voorzieningen van verslaafden? Wanneer kan inhoud worden gegeven aan het regio-experiment in het kader van de uitvoering van het advies Verslavingszorg herijkt? Van rijkszijde is tot op heden van de zijde van justitie financiële ondersteuning verkregen. In hoeverre bestaat de mogelijkheid dat ook VWS een steentje bijdraagt, nu het immers de bedoeling is dat deze benadering ingepast gaat worden in een breder kader?

In de eerste helft van 1999 is het aantal beschikbare organen voor transplantatie met ongeveer 20% afgenomen. Uit antwoorden op Kamervragen aan de overzijde van het Binnenhof heeft de minister in oktober vorig jaar aangegeven dat de

## Hessing

oorzaken voor de afname van het aanbod van beschikbare donororganen niet duidelijk zijn. De daling is voor de minister aanleiding geweest om de Nederlandse Transplantatie Stichting te vragen een onderzoek te starten naar de oorzaak. Want inderdaad, deze daling is een zorgelijke ontwikkeling, temeer daar in 1998 het Donorregister operationeel is geworden. Ondanks een intensieve campagne en het gegeven dat elke Nederlander boven de 18 jaar persoonlijk is aangeschreven, zijn er slecht 4,6 miljoen registraties, waarvan dan ook nog eens de helft zich niet als donor heeft laten registreren. Dat zijn geen overtuigende resultaten voor een uit een oogpunt van de volksgezondheid toch belangrijke wet.

Naar het oordeel van mijn fractie is het per saldo inderdaad maar de vraag in hoeverre de nieuwe Wet op de orgaantransplantatie aangrijpt op de factoren die in betekenisvolle mate bijdragen aan het vergroten van het aantal beschikbare donororganen. Immers, de overheid hoopt dat velen zich zullen laten registreren in het Donorregister, maar ondanks een intensieve campagne zijn de resultaten zoals gezegd voor verbetering vatbaar. Op welke wijze denkt de minister dit aantal omhoog te kunnen brengen? In de Tweede Kamer heeft de minister aangegeven andermaal een grote groep Nederlanders te gaan benaderen. Het is maar zeer de vraag of dat substantieel iets gaat opleveren, gelet op eerdere ervaringen. Verder heeft de minister aangekondigd er bijvoorbeeld naar te streven meer Nederlanders van allochtone afkomst over de streep te trekken. Dat is een loffelijk streven, maar vooralsnog verwacht mijn fractie daar weinig van. Waar baseert de minister haar verwachting op dat hier successen geboekt kunnen worden?

Als er geen serieuze aanwijzingen zijn dat het aantal geregistreerden op afzienbare termijn structureel omhoog zal gaan – en die aanwijzingen ontbreken vooralsnog – dan moet welhaast de conclusie getrokken worden dat de gedachtegang die ten grondslag gelegen heeft aan de nieuwe Wet op de orgaantransplantatie in de kern onjuist is geweest. De gedachte was namelijk dat de overgrote meerderheid van de Nederlandse burgers bereid gevonden kan worden om zich te actief te laten registreren. En

vervolgens is er dan de gedachte dat een ruime meerderheid van de geregistreerden positief zal staan ten opzichte van orgaantransplantatie en dat dus per saldo het aanbod van orgaantransplantatie zal toenemen.

Met het tekortschieten van de registratie kan licht de indruk gevestigd worden dat het tekort aan donororganen toegerekend moet worden aan de individuele burgers die niet bereid zijn geweest zich te laten registreren. Dat is echter niet het geval. Het belangrijkste probleem zit hem niet in het aantal mensen dat zich heeft laten registreren. Het aantal donoren staat niet in verhouding tot het aantal overledenen. Nog geen procent van het aantal overledenen blijkt donor te zijn. Een van de belangrijkste redenen voor het lage aantal donoren is het hoge aantal weigeringen door nabestaanden, omdat zij niet op de hoogte zijn van de wensen van naasten met betrekking tot orgaantransplantatie. De effectiefste manier om vorm te geven aan de door de wet beoogde zelfbeschikking, is te spreken met familie of partner. Slechts wanneer iemand per se geen donor wil zijn en geen vertrouwen heeft dat zijn nabestaanden die wens zullen respecteren, heeft registratie als non-donor zin. Het afstaan van een orgaan na overlijden is een mooie daad, waar eenieder door middel van een gesprek met zijn naasten de aanzet toe kan geven.

Kortom, communiceren is per saldo beter dan de huidige wijze van registreren.

Hoe kijkt de minister aan tegen de werking van de wet? Op zich is het terecht dat de minister zich niet alleen richt op het vergroten van het aantal registraties, maar bijvoorbeeld meer aandacht gaat besteden aan de rol van de ziekenhuizen in dit verband. De introductie van donatiecoördinatoren, die zich uitsluitend richten op het bevorderen van het aantal donoren, kan positief worden genoemd. Wat kan de minister echter doen om de wet beter te laten werken? Hoeveel tijd wil zij hiervoor uittrekken?

“Om de zorgsector staat een muur: het zorgbudget. Binnen de muur heerst schaarste, daarbuiten overvloed. Schaarste is er aan zorg, maar er is overvloed aan koopkracht. Ook hebben veel mensen behoefte aan zorg. Die kunnen zij wel betalen, niet krijgen. (...) Men ziet hier

toenemende druk ontstaan door de spanning tussen politiek geïndiceerde schaarste en de mogelijkheden en de preferenties van burgers. Welvaart klopt op de deur van de zorg.” Dit is een citaat uit een lezenswaardig rapport uit november 1999 van de Raad voor de volksgezondheid en zorg, getiteld “De trend, de traditie en de turbulentie”.

De uit een oogpunt van kostenbeheersing gehanteerde aanbodregulering staat onder druk. Immers, de burger zal steeds minder genoegen nemen met een gesloten deur. De toegenomen dynamiek en creativiteit in de samenleving zal hem in de richting van de private oplossingen duwen. Ook andere fracties maakten opmerkingen hierover. Waar de zorg begrensd is, brengt somtijds de rechter redding. De rechterlijke uitspraak in de zaak die enkele zorgbehoefte ouders eind vorig jaar aanspanden tegen hun zorgverzekeraar, is een veeg teken. De geïndiceerde zorg moet worden geleverd, schaarste of niet. Per saldo is het overheid die geld bijpast om de zorg mogelijk te maken. Is dit een incident of een teken dat de dijk op barsten staat? Als deze figuur grootschalige navolging krijgt, is de openeindfinanciering terug en dient zich een nauwelijks te stelpen behoefte aan AWBZ-zorg aan. Delen de bewindslieden de zorgen van mijn fractie op dit punt en overigens ook de zorgen die andere fracties op dit aangelegen onderwerp naar voren hebben gebracht?

Hoe dan ook, de Raad voor de volksgezondheid en zorg komt in het genoemde rapport tot de conclusie dat een politiek debat over de grenzen van de collectivisering van de zorgsector onvermijdelijk is. Zo is het maar net. Ook staat de houdbaarheid van de aanbodregulering als dominant sturingsprincipe ter discussie.

Inmiddels druppelen de diverse adviezen binnen die ieder voor zich en in onderlinge samenhang even zovele bouwstenen kunnen vormen voor een herziening van het verzekeringsstelsel. Dat deze herziening noodzakelijk is, wordt inmiddels door weinigen bestreden. Het regeerakkoord heeft de ruimte geboden om het nodige voorwerk te doen. Zo is onder meer het advies “Europa en de gezondheidszorg” van de Raad voor de volksgezondheid en zorg verschenen. Ook dit rapport



## Hessing

geeft aan dat het gat in de dijk niet meer met de duim kan worden gedicht. Wellicht kan het nog wel op de korte termijn omdat de omvang van grensoverschrijdend verkeer beperkt blijkt te zijn. Vooral om te ontkomen aan lange wachtlijsten, wordt zorg in het buitenland opgezocht. Het Europese Hof van Justitie heeft in de Decker/Kohll-arresten een positieve uitspraak gedaan over de vergoeding door het ziekenfonds van een in het buitenland aangeschafte bril en een behandeling door een orthodontist terwijl de ziekenfondsen geen toestemming hadden gegeven.

Problematischer van aard zijn nu reeds de implicaties die de Europese regels van vrij verkeer en mededinging hebben voor de ordening en regulering van de Nederlandse gezondheidszorg. Allereerst constateer ik dat het Nederlandse verzekeringsstelsel met zijn gemengd publiek-private karakter uit de pas loopt in Europa. Kwetsbaar is vooral de WTZ. Zowel de standaardverzekering als de MOOZ-bijdrage kunnen de Europese toets eigenlijk niet doorstaan. Ook de aanbodbeheersing op het punt van de verplichting van ziekenfondsen en zorgkantoren om contracten met toegelaten zorginstellingen in hun werkgebied te sluiten, staat onder druk. Zowel de contracteerplicht als de toelating verhouden zich niet tot het Europese recht, simpelweg omdat aldus aanbieders uit andere lidstaten niet aan de bak komen. Hoe beoordelen de bewindslieden dit advies en de gesignaleerde kwetsbare punten? En vooral, hoe urgent is de noodzaak tot aanpassing en wat voor consequenties kan dit hebben voor de discussie over de stelselherziening?

En dan is er natuurlijk het rapport van de commissie-De Vries, Een helder recept. In dit advies wordt een centrale rol toebedeeld aan de zorgverzekeraars met als oogmerk een gereguleerde marktwerking. Voor vergoeding van geneesmiddelen komt alleen nog een basispakket in aanmerking, onder waarborging overigens van de volle therapeutische breedte ervan. De zorgverzekeraars kunnen vervolgens met zorgaanbieders in de slag gaan om een zo gunstig mogelijk pakket te vergoeden geneesmiddelen samen te stellen. Aldus kan via pakket- en premiedifferentiatie meer keus aan

de consumenten worden geboden. Het zijn waardevolle aanbevelingen.

Een van de aanbevelingen in dit rapport die verder reiken dan alleen de geneesmiddelensector, is het bevorderen van de kostenbewustheid bij patiënten. De commissie hecht groot gewicht aan invoering van vormen van eigen betalingen door verzekerden. Dit uitgangspunt zal zeker een rol spelen in de discussie over het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering.

Zo langzamerhand worden met de genoemde adviezen de bouwstenen aangedragen voor de discussie over een nieuw stelsel. De SER moet nog komen met een advies over de solidariteit in het ziektekostenstelsel en de RVZ moet zich nog uitspreken over de samenhang tussen de cure- en caresector in de gezondheidszorg.

Hoe dan ook, het is verleidelijk om alvast wat dieper na te denken over de mogelijkheden van een nieuw stelsel. Er staat immers veel op het spel. De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is hoog en het adagium "alles voor iedereen" wordt dan wel niet bereikt, maar toch behoorlijk dicht genaderd. Kortom, een hoogwaardige gezondheidszorg met een grote toegankelijkheid, en dat is een groot goed. Hoe de toekomst er ook uit komt zien en of een stelselherziening tot de mogelijkheden behoort, de verworvenheden dienen gekoesterd te worden. Wel moet geconstateerd worden dat het geheel van de gezondheidszorg buitengewoon complex en ondoorzichtig is geregeld en maar moeizaam kan worden bijgestuurd. De drassigheid van het poldermodel is daar debet aan. De minister heeft dat bijvoorbeeld kunnen merken bij haar pogingen om een deel van de bonussen en kortingen af te romen die apothekers krijgen.

Het is hier niet de plaats en ook niet het moment – want prematuur – om beslissende uitspraken te doen over een nieuw stelsel. Maar het denken staat niet stil, en zo her en der zijn toch de eerste geluiden te vernemen over de te volgen weg. De minister zelf heeft daar ook al een voorzet voor gegeven. Een aardige start voor de discussie is naar het oordeel van mijn fractie in ieder geval ook gegeven door de "denkexercitie" die eind vorig jaar is gehouden op initiatief van de Max Geldens Stichting voor Maatschappelijke Vernieuwing, waarbij Hans

Simons, oud staatssecretaris van Volksgezondheid, prof. dr. Jan Sixma, voorzitter van de Gezondheidsraad, en strategieadviseur Van Asseldonk hebben gediscussieerd onder leiding van Pieter Winsemius. Als uitgangspunt voor de discussie fungeerde een tweeledig uitgangspunt: enerzijds de constatering dat Nederland, zeker in vergelijking met veel omringende landen, een perfect zorgsysteem kent en anderzijds de constatering dat het huidige systeem van gezondheidszorg onbeheersbaar is, want ongericht, onbestuurbaar, onverteerbaar en onwerkbaar. Dat is nogal wat. Over het waarheidsgehalte van beide noties laat ik mij niet uit en evenmin over de vraag in hoeverre het mogelijk is dat een klaarblijkelijk zo moeizaam stuurbaar systeem toch een zo goede gezondheidszorg mogelijk heeft weten te maken.

Het zou mooi zijn als de gezondheidszorg werkt – in de woorden van Winsemius – als een zwerm spreuwen. Daarin bevindt zich geen superspreeuw. Er bestaat binnen zo'n zwerm een set regels die bepalen waar de groep naartoe gaat: een zelfsturend mechanisme waarbij niemand uit de boot valt. Om de zaken scherp te krijgen wordt vervolgens eerst gepoogd te inventariseren wat voor soort gezondheidszorg zal ontstaan, wanneer alle bestaande regelingen worden afgeschaft en dus met name geen aanbodbeperking meer geldt. De burger moet simpelweg een dokter kiezen en betalen. Maar in een dergelijk systeem delven ongezonde en zwakke personen het onderspit. De fysiek zwakken krijgen geen verzekering, want hun risico is te groot, en de armen kunnen hun zorg niet betalen. De niet-ingewijden weten niet welke arts goede kwaliteit levert. Kortom, het resultaat is een ravage. Duidelijk is wel dat een basispakket onmisbaar is: een pakket dat alle zorg bevat die een Nederlander moet krijgen als het nodig is. De politiek moet de inhoud van het basispakket samenstellen. Verder is er een openbaar beoordelingssysteem nodig voor artsen om burgers gerichte informatie te geven over aard en kwaliteit van de behandeling.

Om ook werkelijk burgers meer zeggenschap te geven over de gezondheidszorg wordt gekozen voor het volgende systeem, waarmee naar het schijnt de eerste experimenten in Zwitserland zijn begonnen. Op grond

## Hessing

van leeftijd, geslacht en ziektegeschiedenis wordt voor iedereen een persoonlijk zorgbudget bepaald. Dat budget wordt niet op de eigen bankrekening gestort, maar op die van de huisarts waar iemand zich kan inschrijven. Arts en patiënt overleggen vervolgens in de spreekkamer welke zorg nodig is. En als zij het eens zijn, behandelt de huisarts zelf of koopt hij zorg in van een ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werker. De huisarts is als het ware een risicodrager voor de zorgkosten van de patiënten in zijn praktijk. Het persoonlijk zorgbudget komt uit de ziektekostenverzekeringspremies. De politiek moet bepalen hoeveel geld er jaarlijks voor het basispakket beschikbaar is. De burger kan onmiddellijk naar een andere praktijk overstappen, als iets hem niet bevalt. Een arts die grote winsten maakt door zijn patiënten noodzakelijke behandelingen te onthouden, valt door de mand tijdens de periodieke beoordeling van zijn prestaties. Succesvolle artsen kunnen iemand in dienst nemen en hun praktijk laten doorgroeien, zo is de gedachte. Het systeem moet zo werken dat goede zorgverleners een beloning krijgen, terwijl slechte worden uitgestoten.

Voorzitter! Met deze toch vrij radicale gedachte die de heren hebben neergelegd, is gepoogd om met name de macht en verantwoordelijkheid van de patiënt te vergroten. Een centrale rol wordt toebedeeld aan de eerstelijns gezondheidszorg, de huisarts. De rapportage is aangeboden aan het ministerie, aan de heer Schneider, maar die reageerde in eerste instantie nogal zuinigjes.

Als het gaat om een nieuwe ordening van ons stelsel van ziektekostenverzekering, is het naar het oordeel van mijn fractie wenselijk om vrijuit en zonder dogma's de discussie aan te gaan. Hoewel mijn fractie beseft dat het prematuur is om houtskoolschetsen voor een nieuw stelsel nu al naar voren te halen, stelt mijn fractie het op prijs wanneer de minister toch een reactie zou willen geven op de denkrichting van heren Winsemius, Simons, Sixma en Van Asseldonk. Voorzover het gaat om de introductie van een basispakket, heeft de minister al aangegeven de positieve kanten daarvan in te zien.

Verder is mijn fractie inderdaad benieuwd hoe groot het speelveld is

voor het denken over het nieuwe stelsel. Is er ruimte om even creatieve als ingrijpende denkbeelden te betrekken bij de discussie, tegen het licht te houden en uiteraard te verwerpen als ze te licht worden bevonden? Of is de pap al gestort en is de richting al bepaald? Gaarne verneem ik een reactie van de bewindslieden.

□

De heer **Van Vugt** (SP): Voorzitter! Wat ben ik blij dat ik hier mijn woordje weer mag doen. Dit is toch een aangenamere plaats om je mening te verkondigen dan vanuit een politiecel. Maar goed, ik ben weer vrij, dus ik zal er goed gebruik van maken.

Wij horen elke dag dat het zo goed gaat met Nederland. De ene na de andere meevaller vliegt ons om de oren. Economisch gezien gaat het ons voor de wind en dus gaat het goed met Nederland, aldus onze paarse bewindslieden. Maar hoe goed vergaat het de vele duizenden Nederlanders die op het moment dat ik hier spreek nog steeds wachten op de zorg die zij zo hard nodig hebben: zorg voor ouderen, zorg bij de RIAGG's en zorg in de ziekenhuizen? Die zorg, waarop velen aangewezen zijn en waarvan zij totaal afhankelijk zijn, kan hun op dit moment niet worden geboden vanwege de wachtlijsten. Ik zou graag zien dat de bewindslieden eens naar deze mensen gaan om te vragen hoe het hen vergaat en of zij ook vinden dat het zo goed gaat met Nederland.

Veel belangrijker is de vraag wanneer die wachtlijsten nu eens echt worden aangepakt. Wanneer zeggen wij tegen elkaar: nu gaan wij alles op alles zetten om de mensen de zorg te bieden die zij nodig hebben en waarop zij recht hebben? Als wij de wachtlijsten nu niet aanpakken, wanneer dan wel? Juist nu het economisch zo goed gaat met ons land en er veel financiële ruimte voor de overheid is ontstaan, is het tijd om keuzes te maken. Willen wij dat die economische groei ten goede komt aan een handjevol zichzelf verrijkende ondernemers of gaan wij nu eens eindelijk structureel investeren in de kwaliteit van de samenleving? Dat is immers het motto van Paars II. Wij zouden er dan ook verstandig aan doen om de daad eens bij het woord te voegen. Dat betekent dus investeren de zorg

en niet zo'n beetje ook, want daar is het geld hard nodig.

Voorzitter! Ons paarse kabinet is een aantal jaren geleden op het fantastische idee gekomen om de Ziektewet te privatiseren. De werkgevers zijn nu verantwoordelijk voor de kosten van ziekte van hun werknemers. Behalve een aantal ongewenste effecten hiervan, zoals de risicoselectie, heeft het ook een effect gehad dat ik persoonlijk heel triest vind. Hoe luid klinkt sinds de privatisering van de Ziektewet de roep van werkgevers en bedrijven om hun werknemers voorrang te bieden in de gezondheidszorg? Elke dag dat een werknemer ziek is kost het bedrijf immers geld. De bedrijven zijn dan ook allerminst blij met lange wachtlijsten in de zorg. Dat is mooi, want dan zijn zij het ook een keer eens met mij. Maar welke oplossing dragen zij aan voor het probleem? In plaats van de wachtlijsten gezamenlijk te bestrijden willen zij hun werknemers eerder laten helpen dan andere mensen, zodat zij snel weer aan de slag kunnen in het bedrijf om geld te verdienen voor de baas. Zo zie je maar weer hoe maatschappelijk verantwoord onze bedrijven tegenwoordig ondernemen. Iemand voorrang bieden bij behandeling van de gezondheid op basis van het simpele feit dat hij of zij werkt is in mijn ogen regelrechte discriminatie, in strijd met het gelijkheidsbeginsel, in strijd met de solidariteit waarop onze zorg gebaseerd is of zou moeten zijn en zelfs in strijd met de Grondwet en de mensenrechten. Dat is absoluut onaanvaardbaar. Ik hoop dat wij het daar allemaal over eens zijn.

Gelukkig heb ik begrepen dat het kabinet zich dit wijze uitgangspunt ook heeft aangemeten. Dat is echter het formele beleid. De praktijk is dat er door werkgevers steeds vaker wegen worden gevonden om hun werknemers toch sneller te laten behandelen. Zo ontstaat privé-zorg, uiteraard tegen hoge betaling. Daar hebben wij die mooie marktwerking voor. De privé-zorg biedt gespecialiseerde diensten aan, toegesneden op de wensen van de bedrijven. Wat vindt de minister van een dergelijke ontwikkeling? Zegt de minister, net als de SP, dat wij daar niet aan moeten beginnen, omdat het volstrekt ongewenst is? Wat is de minister van plan om de groei van de privé-zorg te stoppen en om de sluipende ongelijkheid in de zorg een

## Van Vugt

halt toe te roepen? Is het niet gewenst om tot een totaalverbod op privé-klinieken te komen? Of vinden de gegoede dames en heren die het in Nederland voor het zeggen hebben, het niet zo erg als straks de rijken sneller en betere zorg voor zichzelf kunnen inkopen dan de mensen die het met wat minder moeten doen?

Mijnheer de voorzitter! Des te schrijnender is de praktijk rond de voorrangszorg als men de reeds bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen in ogen-schouw neemt. Arme mensen hebben in ons land gemiddeld een slechtere gezondheid dan rijke mensen. De rijken hebben niet alleen meer geld en middelen om van het leven te genieten, zij kunnen ook langer leven met een betere gezondheid dan de armen. Uit onderzoek blijkt dat arme mensen gemiddeld drieënhalve jaar minder lang leven en twaalf jaar in minder goede gezondheid. O, o, o, wat zijn wij toch sociaal in Nederland. "Sterk en sociaal" heet het dan ook bij sommige partijen. Ik krijg soms inderdaad de indruk dat hier het recht van de sterkste geldt. Alleen dat sociale snap ik nog niet helemaal. Misschien kan men mij dat nog eens uitleggen.

Ik vraag de minister naar de oorzaken van deze sociaal-economische gezondheidsverschillen. Vindt zij de verschillen gewenst en, zo nee, is zij van plan om er iets tegen te doen? Constructief als wij zijn, wil ik wel een mogelijke oplossing aandragen. Doe iets aan de armoede. Zorg ervoor dat er minder mensen in armoede moeten leven in ons extreem welvarende land. Dat zal een groot deel van de problematiek verhelpen.

Er zijn mensen in ons land die zeggen dat het een kwestie van eigen schuld is als mensen in armoede en als gevolg daarvan minder gezond leven. Er zijn banen genoeg in Nederland en met een beetje goede wil kom je er wel. Hoezeer ik het ook oneens ben met deze lieden, toch wil ik hun de volgende vraag voorleggen. Als je vindt dat mensen zelf schuld aan hun armoede hebben, hoe kijk je dan aan tegen de kinderen van deze mensen? Deze kinderen lijden aantoonbaar onder deze armoede. Kinderen van arme ouders valt absoluut niets te verwijten. Daar moet iedereen het toch mee eens zijn? Maar deze

kinderen beginnen wel met een ongelijke start. Zij hebben niet dezelfde kansen als kinderen van rijke ouders. Ik citeer prof. Kees Schuyt: "De sociale positie van ouders, hun levensomstandigheden en ervaring bepalen voor een groot deel het welslagen van het emancipatieproces van hun kinderen." In gewoon Nederlands komt dit erop neer dat het welzijn van kinderen nu en in hun latere leven voor een groot deel afhangt van de rijkdom van hun ouders. Dit lijkt mij een reden temeer om de armoede eindelijk eens structureel aan te pakken.

Helaas, de praktijk is tegenovergesteld. De inkomensongelijkheid is sinds 1983 met 10% toegenomen, aldus de Sociale nota 1998. Bijna 625.000 kinderen groeien op in armoede. Dit betekent gemiddeld slechtere schoolprestaties, meer probleemgedrag, minder kans op de arbeidsmarkt, minder gebruik van culturele en recreatieve voorzieningen en last but not least een slechtere gezondheid. Wat vindt de minister ervan dat kinderen uit arme gezinnen gemiddeld een slechtere gezondheid hebben? Kinderen in achterstandswijken worden vaker geconfronteerd met werkloosheid, uitzichtloosheid en een weinig leefbare omgeving. Zo moeten honderdduizenden kinderen in ons mooie Nederland opgroeien. Zo ontstaat generatiearmoede. Het zou een kabinet dat er prat op gaat te investeren in de kwaliteit van de samenleving, en een politieke partij die zegt sterk en sociaal te zijn, sieren als zij hiervoor meer geld vrij zouden maken. Geld om de armoede te bestrijden om zo de leefbaarheid van onze samenleving een flinke impuls te geven. Ik ben dan ook blij dat ons kabinet heeft erkend dat armoede een van de belangrijkste risicofactoren voor de jeugd is. Ik heb dat gelezen in de notitie Jeugd in balans. Nu is het tijd om deze mooie woorden om te zetten in nog mooiere daden, want daar is het nog steeds op wachten.

Mijnheer de voorzitter! Nu ik toch over kinderen en jongeren ben komen te spreken, ga ik daar nog maar even mee door. Het is immers de bevolkingsgroep die de toekomst in handen heeft. Ik zou zeggen dat dit wel de nodige aandacht waard is. De SP is er bepaald niet blij mee, om het maar eens zacht uit te drukken, dat er zo weinig aandacht bestaat

voor de problemen van jongeren. De laatste jaren is er met name op gemeentelijk niveau heel veel bezuinigd op voorzieningen voor jongeren. Vele buurthuizen zijn gesloten. Bibliotheken worden steeds duurder. Jongerencentra zijn er te weinig en, als zij er wel zijn, worden zij vaak met sluiting bedreigd. Sportclubs worden steeds duurder. Bepaalde groepen jongeren kunnen niet eens genieten van het uitgaansleven, simpelweg omdat zij niet worden binnengelaten. Mij lijkt het logisch dat de overheid er alles aan doet om de jeugd een zinvolle tijdsbesteding te geven, sociale relaties en contacten stimuleert en ook de ontwikkeling van jongeren begeleidt en ondersteunt. Als sportclubs evenwel steeds duurder worden, waardoor het voor sommige mensen in feite onbetaalbaar wordt om hun zoon op voetbal te doen, dan draagt dat niet bepaald bij aan deze ontwikkeling. Uit alle onderzoeken blijkt dat jongeren steeds minder aan sport doen en steeds ongezonder leven. Moeten wij dit nog langer lijdzaam aanzien onder het motto: *laissez-faire, laissez-aller*?

Als je bedenkt dat 15% tot 20% van onze jongeren kampt met ernstige psychosociale problemen en dat er naar schatting 3500 jongeren thuisloos zijn en op straat rondzwerven, dan moet je je ook afvragen hoe beschaafd het is dat wij deze jongeren niet onmiddellijk helpen met hun problemen. Zij worden geconfronteerd met lange wachtlijsten. De jeugdhulpverlening kampt vanwege een stijgende vraag en de bezuinigingen uit het verleden met forse plaatsingsproblemen. Dit betekent dat jongeren niet de hulp krijgen die zij nodig hebben, of dat zij op de verkeerde plek terechtkomen. Ik weet dat de wachtlijsten voor jeugdpsychiatrische inrichtingen lange tijd een stijgende trend te zien hebben gegeven. Daarom wil ik de minister nadrukkelijk vragen hoe het aantal jongeren dat voor een dergelijke voorziening op een wachtlijst staat, zich de laatste twee jaar heeft ontwikkeld. De minister is in ieder geval bereid om extra middelen in te zetten voor de jeugdzorg. Dat stemt tot tevredenheid. In 1999 is er 16,9 mln. extra besteed, een bedrag dat oploopt tot 130 mln. in 2002. De vraag is natuurlijk of dat voldoende is en of deze investeringen de wachtlijsten en andere knelpunten effectief kunnen

## Van Vugt

bestrijden. Verder is het de vraag of wij er met uitbreiding van de capaciteit komen. De vraag is immers stijgende en de overheid holt daar als een kip zonder kop achteraan. Elke nieuwe instelling die de overheid opent, zit binnen no time weer propvol. Zou het dan niet verstandiger zijn om eens te onderzoeken wat de achtergronden en de oorzaken zijn van het feit dat steeds meer jongeren een beroep doen op hulpverlenende instanties? Wat zijn de oorzaken van het feit dat steeds meer jongeren ontsporen en probleemgedrag vertonen? Als wij die oorzaken in kaart hebben gebracht, kan onderzocht worden hoe deze effectief bestreden kunnen worden om een echt structurele oplossing voor de problemen te vinden.

Ik stel de minister voor om in samenwerking met andere ministeries een onderzoek in te stellen naar de oorzaken van probleemgedrag bij de jeugd en daar tegelijkertijd aanbevelingen voor nieuw integraal beleid aan te verbinden. Iedereen is het er immers over eens dat bij het voeren van jeugdbeleid rekening gehouden moet worden met verschillende aspecten waar verschillende ministeries verantwoordelijk voor zijn. Een integrale aanpak betekent samenwerking tussen de ministeries van Justitie, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, OCW, Binnenlandse Zaken, de zorginstellingen, de scholen, de welzijnsinstellingen, de sportclubs en niet te vergeten de ouders. Een integrale aanpak is dringend gewenst om de problematiek te kunnen verhelpen. Ik ben dan ook blij met de notitie Jeugdbeleid in balans, waarin nadrukkelijk wordt gepleit voor een integrale aanpak. De SP dringt hier al jaren op aan. Gelukkig heeft de overheid nu ook het licht gezien. Daar ben ik heel blij om. Wij hebben nu lang genoeg te maken gehad met adviescommissies, projectgroepen en experimenten. Nu is het tijd om de zaak goed aan te pakken en de jongeren te bieden waar zij recht op hebben: gelijke kansen om voor zichzelf een fatsoenlijk bestaan op te bouwen. Daarom pleit de SP ook voor het aanstellen van een aparte staatssecretaris voor jeugdzaken. Wat vindt de minister van dit voorstel?

Mijnheer de voorzitter! Ten slotte iets heel anders. Ik was laatst televisie aan het kijken en ik zag dat

voetbalsupporters in heel het land in Tilburg – mijn geboortestad en de schoonste stad van het land – rondom het Willem II-stadion – één van mijn favoriete voetbalclubs – bijeenkwamen om te protesteren tegen de combikaart. De staatssecretaris van sport moet mij nu echt eens uitleggen wat dit allemaal betekent, want ik snap er niets meer van. Ik heb begrepen dat de combikaart een combinatie is van toegangsbewijs en vervoersbewijs. Voetbalsupporters worden met het openbaar vervoer naar de ingang van het stadion gebracht. Na de wedstrijd stappen ze weer in om naar huis vervoerd te worden. Dit zou dan goed zijn tegen het voetbalvandalisme. Kan de staatssecretaris mij uitleggen waarom het goed is tegen het voetbalvandalisme dat supporters, waaronder nogal wat hooligans en voetbalvandalen, met het openbaar vervoer naar de stadions worden geëscorteerd, terwijl mensen die voor hun plezier eens naar het voetbal willen gaan kijken niet eens binnen mogen omdat zij geen clubkaart hebben? Potentiële vandalen worden voor de deur afgezet, maar als ik met mijn vriendinnetje naar PSV-Ajax wil gaan kijken, dan mag dat niet. Ik kom niet binnen. Waar zijn wij dan mee bezig? Hoe wordt nu het voetbalvandalisme bestreden? Vroeger ging ik wel eens met mijn vader mee naar Willem II. Toen kon dat nog. Fantastisch vond ik dat. Ik stond als kind met tranen in mijn ogen. Schitterend! Al die Feyenoorders, al die Willem-II'ers, al die supporters, machtig mooi was dat. Als ouders nu met hun kinderen naar het voetbal willen, kan dat niet. Dat is toch geen manier om het voetbalvandalisme aan te pakken? Je moet de hooligans de stadions uit houden en niet de goede mensen die eens voor de lol naar een potje voetbal willen gaan kijken. Volgens mij kan die clubkaart maar beter afgeschafte worden, zodat eenieder die in zijn vrije tijd van een mooie pot voetbal wil genieten, dit ook gewoon kan doen. Maar ik kan het mis hebben en daarom zie ik vol verwachting uit naar de beantwoording door de bewindsvrouwen.

De **voorzitter**: Ik wil de vergadering schorsen voor een theepauze, mede om de minister en de staatssecretaris in de gelegenheid te stellen hun eerste termijn voor te bereiden. Kunnen de bewindsvrouwen

streven dat de eerste termijn van de regering niet langer zal duren dan 2,5 uur? Dan kan de dinerpauze aanvangen om 19.45 uur. Anders wordt het wel erg laat. Wellicht kunnen ook enige vragen schriftelijk worden beantwoord. Dat kan de eerste termijn van de zijde van de regering natuurlijk ook bekorten.

De vergadering wordt van 16.30 uur tot 17.15 uur geschorst.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! De inbreng van de Kamer eindigde bij het voetballen. Ik begrijp dat vanavond Feyenoord-Chelsea op televisie is en dat het mede daarom prettig zou zijn als wij ons antwoord beknopt houden. Dat betekent misschien dat een aantal concrete punten schriftelijk moet worden beantwoord.

Veel sprekers hebben terecht gezegd dat het in de gezondheidszorg nog altijd om de patiënt draait. De problemen waar de patiënt het meest last van heeft, zijn de hoge werkdruk, omdat daardoor de aandacht van het personeel te kort gaat schieten, en de wachtlijsten.

De heer Hessing, de heer Werner, mevrouw Ter Veld, de heer Van Schijndel en de heer Van den Berg hebben allemaal gesproken over de arbeidsmarktproblematiek. De staatssecretaris en ik maken ons flinke zorgen over de toekomst van de personeelsvoorziening in de gezondheidszorg. Wij hebben diverse scenario's laten ontwikkelen en onderzoeken laten doen. Als wij geen maatregelen nemen, dreigt over een aantal jaren een zodanig tekort dat de continuïteit en de kwaliteit van de dienstverlening echt in gevaar kunnen komen.

Er is dus een krachtige, gezamenlijke en meerjarige aanpak nodig. Daar zijn wij al een tijd mee bezig. Wij hebben met de sociale partners en de arbeidsvoorziening arbeidsmarktconvenanten afgesloten. De heer Hessing en mevrouw Ter Veld vroegen hoe het daarmee staat. Deze zijn in uitvoering genomen. Op basis van die convenanten zijn er medio vorig jaar meerjarige beleidskaders vastgesteld voor de periode 2000 tot 2004, met doelstellingen, taakstellingen en speerpunten. Ieder jaar wordt dat convenant geconcretiseerd in een jaarplan. De jaarplannen voor 2000, met concrete



## Borst-Eilers

acties, zijn klaar en deels in uitvoering. Dat deels heeft ermee te maken dat een stukje financiering ontbreekt. Wij hopen dat bij de Voorjaarsnota te kunnen repareren. De uitvoering ligt in handen van de sectorfondsen, die hebben bewezen echt iets klaar te kunnen maken in onze sector, de Arbeidsvoorziening, Cadans en de regionale samenwerkingsverbanden.

Met de jaarplannen voor de verschillende sectoren wordt een aanval ingezet op een breed front. Het gaat om de kwaliteit van het werk. Mevrouw Ter Veld heeft er terecht op gewezen dat of iemand graag in de gezondheidszorg werkt en wil blijven werken, niet eens zozeer afhangt van het salaris, maar meer van de secundaire arbeidsvoorwaarden. Die kwaliteit van de arbeid moet ook leiden tot een lager ziekteverzuim, een lagere instroom in de WAO en reïntegratie van mensen die al buiten het proces zijn geraakt, maar daar zelf wel in terug willen.

Met een daling van het ziekteverzuim tot het gemiddelde in Nederland zou het personeelsprobleem eigenlijk al opgelost zijn. Dat is een van de hoofdzaken. De werkgevers in de zorgsector moeten goede contracten afsluiten met Arbodiensten, en niet die goedkope contractjes waarbij je eigenlijk geen goede service krijgt. Als je er wat geld in steekt, verdien je dat dubbel en dwars terug, zeker met het huidige risico dat werkgevers lopen in Ziekwet en WAO.

De staatssecretaris en ik gaan als een soort zendelingen het land in en wij laten conferenties beleggen waar wij zelf aan deelnemen. Ook zonder ons vinden er allerlei conferenties plaats over best practices van instellingen die een laag ziekteverzuim hebben en uitleggen aan anderen hoe zij dat voor elkaar hebben gekregen. Wij proberen dat vliegwieltje flink aan de gang te houden.

Het is natuurlijk ook belangrijk dat er voldoende belangstelling blijft voor de opleidingen. Op dat punt hebben wij lelijke dips gezien. Wij moeten in Nederland natuurlijk zwaar concurreren met allerlei andere sectoren. Een ander belangrijk punt is het behoud van personeel. Daarmee kom ik bij de punten van mevrouw Ter Veld: er moet worden gezorgd voor goede kinderopvang, scholing, loopbaanperspectief en persoonlijke aandacht

voor mensen en de arbeidstijden moeten zodanig zijn dat men het werk en het privé-leven goed kan combineren; er moet ook zoveel mogelijk worden samengewerkt in de regio, ook bij het werven van personeel. Het is een beetje "alle hens aan dek".

Wij hebben concrete targets geformuleerd, bijvoorbeeld over de WAO-instroom: het verschil tussen het landelijk gemiddelde en de zorg moet in de komende vier jaar worden gehalveerd. Bij de WAO-problematiek in de zorg kunnen enige relativerende kanttekeningen worden geplaatst. Het aantal WAO'ers in de sector zorg en welzijn is immers 12% van het hele bestand van WAO'ers. Dat wijkt dus niet af van het aandeel van de zorg in de totale werkgelegenheid; er is dus geen hogere WAO-instroom dan in andere sectoren. In de zorg wordt wel een recente verhoging waargenomen op het punt van de instroom van jonge vrouwen. Dat heeft volgens ons veel te maken met de arbeidsomstandigheden. De werkgevers kunnen daar ontzettend veel aan doen. Al met al is er genoeg reden voor een stevige bezinning. Wij werken op dit punt heel intensief samen met staatssecretaris Hoogervorst, die de volumeontwikkeling in de WAO graag wil terugdringen. Binnenkort zal hij daarover een beleidsnota aan de Tweede Kamer sturen.

Ik heb al gezegd dat onze sector op het punt van het ziekteverzuim slecht scoort: in 1998 7,3% ten opzichte van gemiddeld 5% in de gehele marktsector. Het ziekteverzuim is natuurlijk het voorportaal van de WAO. Via een goed contract met een goede Arbodienst is veel aan de bestrijding van het ziekteverzuim te doen, maar ik ben ervan overtuigd dat dit zelfs nog iets eerder begint en dat de leidinggevenden op de werkvloer hier meer gevoel voor moeten hebben. Zij moeten signaleren wanneer iemand onderuit dreigt te gaan. Op dat moment kun je daar vaak nog heel veel aan doen. Verder is natuurlijk de begeleiding in de eerste verzuimperiode van groot belang. Ook op het punt van twee belangrijke oorzaken van ziekteverzuim, namelijk de klachten van het bewegingsapparaat en de psychische klachten, kunnen de werkgevers veel beter presteren. Bij die fysieke problematiek is in de zorgsector vooral de tilproblematiek heel

bekend. Er is veel geld beschikbaar gesteld, ook door het ministerie van SZW, om ervoor te zorgen dat alle zorginstellingen over voldoende hulpmiddelen kunnen beschikken om te voorkomen dat werknemers, populair gezegd, door hun rug gaan.

Enkele sprekers hebben terecht het imago van de zorgsector naar voren gebracht. Men moet uitstralen dat dit een leuke sector is om in te werken: het is bevredigend werk, je werkt met mensen en het kan heel afwisselend zijn. De werkgevers moeten ervoor zorgen dat dat echt zo is. Wij zijn ook bezig met een imagocampagne via radio- en tv-spotjes. Ik weet niet of de Kamerleden die spotjes gezien of gehoord hebben, want het hangt af van de tijd waarop men pleegt te kijken of te luisteren. Er zijn ook websites, die voor een deel interactief zijn. Wij hebben er dus veel aan gedaan, ook met behulp van mensen die zelf in de zorgsector werken en die graag bereid zijn om anderen te werven. Ook hebben wij, eigenlijk aan alle 800.000 mensen die in de zorgsector werken, de boodschap afgegeven dat op verjaarspartijtjes en dat soort gelegenheden voortdurend moet worden uitgelegd hoe bevredigend het werk in de zorgsector is en dat men niet allemaal met afhangede schouders en gebogen hoofd door het leven moet gaan en daarmee uitstralen dat het werken in de zorg zo mooi is. Nee, je kunt alleen maar nieuwe collega's krijgen als je zelf laat zien dat je er ook plezier in hebt.

De heer **Van Vugt** (SP): Mijnheer de voorzitter! De minister zegt dat de overheid bezig is met een campagne ter verbetering van het imago van de zorg, met tv- en radiospotjes en websites, en zegt ook dat mensen in de zorg op verjaardagspartijtjes zouden moeten uitleggen dat het zo fantastisch is om in de zorg te werken. Wat is nu naar haar oordeel het beste middel om mensen voor de zorg te werven, teneinde de zo nijpende personeelstekorten effectief aan te pakken? Zijn dat imago-campagnes, of juist effectieve maatregelen die de problemen aanpakken waar de mensen op afknappen?

Minister **Borst-Eilers**: Je moet het allebei doen. Ik heb aangegeven wat wij proberen te doen aan het

## Borst-Eilers

oplossen van problemen. De werkgevers hebben nu behoorlijk wat geldmiddelen om daaraan te werken. Het is essentieel dat men naar waarheid kan zeggen dat men werkt in een verpleeghuis of een ziekenhuis met een goede kinderopvang, met belangstelling voor zijn persoonlijke capaciteiten, met een zeker loopbaanperspectief en met een baas die zich interesseert voor de werknemer en voor de vraag onder welke omstandigheden die het plezierigste werkt. Dat soort basale dingen vind ik, als ik eerlijk ben, zelfs crucialer dan een radiospotje. Maar goed, wij doen al het mogelijke, want het probleem is groot en wij hebben ook met concurrenten te maken. Als minister Hermans tegen alle schoolverlaters roept "word toch leraar", moet ik ook tegen alle schoolverlaters gaan roepen "word verpleegkundige", anders gaat hij er met alle schoolverlaters vandoor. De één jaagt de ander dus op in dit wervingstraject.

Overigens blijkt uit onderzoek onder middelbare scholieren die bijna aan hun eindexamen toe zijn, dat de zorgsector nog steeds hoog scoort. Hun eerste gevoel is dat dit een prettige sector is om in te werken. Wij moeten dan ook ervoor zorgen dat dit gevoel niet wordt bedorven door verhalen die het omgekeerde uitstralen. Het is natuurlijk ook een aantrekkelijke sector, omdat heel veel mensen in hun werk iets willen betekenen voor anderen.

Twee stevige problemen zijn het huisartsentekort en het tekort aan verloskundigen. Wat het tekort aan verloskundigen betreft, hebben wij aan de late kant signalen gekregen – of aan de late kant opgepikt – dat het de verkeerde kant uitgaat. Ook wij willen graag de 32% thuisbevallingen handhaven en liefst weer terugbrengen naar de percentages die vroeger golden. Verleden jaar heb ik een stuurgroep modernisering verloskundige zorg ingesteld en deze stuurgroep heeft mij vorige week een tussenrapportage aangeboden, waarin ze aan analyse van de problematiek geeft. De kern daarvan is gelegen in het punt van de werkdruk die men ervaart bij de uitoefening van de praktijk. Er is een soort normpraktijk van 150 bevallingen per jaar. Vroeger kon een vroedvrouw dat kennelijk aan, maar tegenwoordig bezwijkt zij daar bijna onder. Dat heeft onder andere te

maken met het feit dat veel vrouwen hun eerste kind op oudere leeftijd krijgen, waardoor er in de begeleiding tijdens de zwangerschap meer aandacht nodig is. Daarnaast heeft het te maken met het feit dat er veel allochtone vrouwen zijn waar het geboortecijfer ook hoger ligt. Begeleiding van deze vrouwen in de zwangerschap is tijdrovend, gezien taal- en communicatieproblemen en cultuurverschillen, juist rond zwangerschap en bevalling. De stuurgroep beveelt dan ook aan om terug te gaan van 150 naar 120 bevallingen per jaar, waarbij de vroedvrouw een redelijk inkomen moet blijven verdienen. Dit lijkt mij een goed advies dat ik graag overneem. Verder moet de opleiding worden uitgebreid. Ook daar sta ik positief tegenover. Een ander punt van het advies is dat er meer moet worden samengewerkt. Vroedvrouwen moeten een beetje af van het idee van een solopraktijk. Die tendens is er nu al. In een groepje van bijvoorbeeld vier vroedvrouwen kunnen de werkdrukproblemen gemakkelijker worden opgevangen. Er staat nog meer in het advies van de stuurgroep; het is een tussenrapportage. Ik denk echter dat ik de belangrijkste punten heb genoemd. Ik heb goede hoop dat wij deze zaak snel ten goede kunnen keren.

Voor de huisartsen geldt hetzelfde verhaal. Ook daar is er sprake van een tekort. De heer Werner heeft een aantal oorzaken daarvoor genoemd. De huisartsen hebben er meer taken bij gekregen, bijvoorbeeld de programmatische preventie. Het is tegenwoordig vrij normaal dat de huisarts daaraan werkt. De huisarts moet beter zorgen voor mensen met psychische problemen, die moeten tijdig worden herkend en de patiënt moet tijdig worden doorverwezen. Dit heeft weer alles te maken met het ziekteverzuim. Intussen is de huisarts korter gaan werken vanwege de sociologische ontwikkelingen die de heer Werner heeft geschetst en door het feit dat steeds meer vrouwen dit beroep kiezen. Daardoor ontstaan er problemen.

Hoe kunnen die problemen worden opgelost? Ook hier is het een kwestie van uitbreiding van de opleiding. Ik heb mede op grond van de analyses van het NIVEL besloten de opleidingscapaciteit uit te breiden tot 456 plaatsen per jaar. Gelukkig staan er basisartsen klaar die direct in die driejarige opleiding tot

huisarts kunnen instromen. Op dit ogenblik wachten zo'n 1000 basisartsen op een voortgezette opleiding tot huisarts of specialist. Wij hoeven dus niet bij de student van achttien jaar te beginnen.

De heer **Van Schijndel** (GroenLinks) : Voorzitter! De vergrijzing levert ook een probleem op voor de huisartsen, maar dit probleem kun je lang van tevoren zien aankomen. Het verbaast mij dat op zo'n laat moment wordt besloten om meer studenten geneeskunde toe te laten. Het is merkwaardig dat mensen die gemotiveerd zijn om in de toekomst te gaan werken als huisarts, worden uitgeloot.

Minister **Borst-Eilers**: Breek mij de mond niet open over die loting, want ik ben daarvan al mijn leven lang een tegenstander, zelfs van de gewogen loting. Ik ben met minister Hermans in het kader van de voorbereiding van de Voorjaarsnota en de Kaderbrief druk in gesprek om te komen tot grotere stappen in de instroom tot de opleiding geneeskunde. Ik denk dat wij beiden het liefst die numerus fixus zouden weglaten. Wij laten onderzoeken welke gevolgen dit kan hebben. Voorlopig acht minister Hermans – ook gezien zijn budgettaire mogelijkheden – het alleen maar haalbaar het aantal snel van jaar tot jaar uit te breiden. Hier begint het traject dat kan eindigen in huisarts, maar ook in specialist, want in sommige specialismen wordt het ook een beetje krap.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik heb gesproken over een onderzoek in een groot aantal ziekenhuizen naar het verwijsgedrag vanuit het verrichtingsstelsel en nu vanuit het budgetstelsel. Hieruit blijkt tot mijn grote schrik dat het aantal verwijzingen van patiënten die bij de specialist thuishoren, maar worden terug verwezen naar de huisarts, enorm toeneemt. Is dit bekend? Dit probleem kan niet worden opgelost door uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen. Daarom moet worden gezien of hier niet een fundamenteel probleem ligt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal zo nog iets zeggen over de kwestie van de lumpsum. De specialist die niet met het lumpsumstelsel werkt, maar met het oude stelsel krijgt geld

## Borst-Eilers

voor verrichtingen. Dat zijn medisch-specialistische verrichtingen die niet zo maar aan een huisarts kunnen worden overgedragen. Voor het regelmatig controleren van de patiënt en het verrichten van een paar testjes of een bloedonderzoek heeft de specialist een soort abonnementsstelsel in de vorm van een jaarkaart. Ik heb mij onvoldoende in dit onderzoek verdiept, maar het verbaast mij wel dat deze relatie zo sterk wordt gelegd.

Iets anders is dat de opnameduur steeds korter wordt. Een heupvervanging vergde vroeger vele weken en nog niet zo lang geleden twee weken. Dergelijke patiënten mogen nu al na vijf dagen naar huis. Als het ziekenhuis geen transmurale zorg levert via een verpleegkundige, moet de huisarts de wond- en overige postoperatieve verzorging op zich nemen. Alles moet worden gedaan in dagbehandeling, poliklinisch en met korte opnames, hetgeen leidt tot een enorme verzwaring van de workload van de huisarts. Ik geef toe dat daarmee bij de analyses pas laat rekening is gehouden. Het is ook moeilijk te kwantificeren, maar op een bepaald moment wordt het populair en gebeurt het zo.

Daarnaast zijn er bepaalde acties die huisartsen ondernemen en die ik van harte steun en, waar dat nodig is, faciliteer. Men gaat meer werken met praktijkondersteuning, dus met een verpleegkundige in de praktijk die werk uit handen neemt. Men gaat meer samenwerken; verschillende huisartsen onder één dak. Op die manier kan men wat gemakkelijker problemen van elkaar opvangen. Verder staat het onderwerp taakdifferentiatie ook bij de huisartsgeneeskunde zeer in de belangstelling. Dit betekent dat de huisarts steeds meer taken overdraagt aan de doktersassistente of de verpleegkundige, soms ook waar het gaat om de begeleiding van chronisch zieken. Het zijn allemaal manieren om ervoor te zorgen dat men wat minder zwaar onder druk staat. Ik voeg er nog de doktersdiensten aan toe, waaraan veel wordt gedaan. Men tracht dergelijke diensten zo te organiseren dat men per huisarts zo min mogelijk nachtdiensten heeft en dat nachtdiensten zoveel mogelijk worden gespreid, op gezette tijden. Daarmee wordt voorkomen dat men tijdens de nachtrust, die men hard nodig heeft,

gestoord wordt door patiënten die hulp nodig hebben.

Ook op mijn beleidsterrein, dat vooral de ziekenhuiszorg omvat, vormen de wachtlijsten een probleem. Alle partijen hebben jaren geleden gezegd: als u ons 130 mln. per jaar extra geeft, vijf jaar lang, werken wij die wachtlijsten weg. Die financiële inspanning is gerealiseerd met ingang van 1998 maar niet kan worden geconstateerd dat alle wachtlijsten flink afnemen. Dat geldt wel voor de sector hart- en dotteroperaties, terwijl er wat sommige orthopedische ingrepen betreft sprake is van stabilisatie. Het zou wel wat harder mogen gaan. Er zit overigens wel een aanjager achter in de vorm van het Platform aanpak wachtlijsten, onder voorzitterschap van de heer Dees, dat binnenkort in een rapport zal aangeven wat de stand van zaken is. Dit rapport zal Tweede en Eerste Kamer worden toegezonden.

Met mevrouw Ter Veld ben ik het roerend eens dat het niet alleen een kwestie van geld is, maar ook van logistiek en organisatie. Toevallig ben ik gisteren op werkbezoek geweest in een ziekenhuis met 500 bedden waar men op de afdeling chirurgie de wachtlijsten heeft teruggebracht tot één à zes weken – de termijn van zes weken geldt voor kleinere ingrepen die niet zo'n haast hebben – zonder dat men voor deze afdeling een beroep heeft moeten doen op de wachtlijstmiddelen. Men is er eens goed voor gaan zitten en heeft geconstateerd dat er qua logistieke planning sprake was van een puinhoop en dat er met enkele eenvoudige maatregelen veel te bereiken viel. Als men bijvoorbeeld twee tot drie uur per dag geen OK-tijd inplant, wordt een buffer gecreëerd waardoor spoedgevallen op een goede manier kunnen worden opgevangen. Ik ga nu niet op alle details in, maar ik was daarvan zeer onder de indruk. Hiermee werd een vermoeden bevestigd dat wij op het ministerie al veel langer kennen: er kan veel méér zonder omvangrijke extra bedragen maar men is gewend om te zeggen "wij dokters doen het goed" en dan is het niet eenvoudig om toe te geven dat dokters iets kunnen leren van mensen die verstand hebben van logistiek. Morgen is er in Scheveningen een congres dat aan deze problematiek is gewijd: de zorg anders organiseren, waarmee ook de wachtlijst-

problematiek in ziekenhuizen stevig kan worden aangepakt. De heren Van Schijndel en Van Vugt hebben er de nadruk op gelegd dat wij de wachtlijstproblematiek in ziekenhuizen stevig moeten aanpakken. Daarover bestaat natuurlijk geen twijfel. Over de wachtlijsten in de AWBZ-sector zal de staatssecretaris nog iets zeggen.

De heer Werner, mevrouw Swenker en mevrouw Ter Veld zeiden dat zij nog steeds richting missen in het beleid. Dat gaat mij zeer ter harte. Zij zien wel dat er stapjes gezet worden, maar kunnen niet duidelijk constateren waar die stapjes uiteindelijk heen gaan. Ik betreur het dat de stukken daarover die wij de Kamer toegestuurd hebben, met name de nota's over besturing in het eerste compartiment en het tweede compartiment, niet voldoende helderheid gebracht hebben. Ik wil er graag kort iets over zeggen.

Wij zijn op weg naar een systeem waarin de centrale aansturing ten einde loopt. Mevrouw Swenker zei dat dit nodig was. Zaken als dubbele budgettering moeten ook beëindigd worden. De keuzes zijn eigenlijk alle al gemaakt. Ook is gekozen voor een structuur waarbij de overheid nog een aantal kaders vaststelt, waarbinnen aan de partijen in de regio, op grond van een door hen opgestelde regiovisie en met een stevige aansturing van de zorgverzekeraar, de uitvoering van het beleid zoveel mogelijk wordt overgelaten. Daar weet men wat de problemen zijn. Men zit er dicht bij de werkvloer. Men is daar bovendien deskundig. De invloed die je vanuit Den Haag kunt uitoefenen op de handel en wandel van 800.000 werkers in de zorgsector is natuurlijk toch klein. Je kunt natuurlijk de vrijheid pas geven als de zorgverzekeraars ook instrumenten hebben om met incentives en disincentives te werken. Het is heel gemakkelijk om op te schrijven dat je het systeem waarin twee partijen aan het stuur draaien gaat verlaten. Het lijkt ook heel eenvoudig om dat te doen, maar voordat je het stuur uit handen geeft moeten er nieuwe instrumenten zijn. De ziekenhuisbekostiging moet niet langer overgelaten worden aan het centraal geregelde budget, maar meer worden overgelaten aan het overleg tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Zij moeten maar afspraken maken wat

## Borst-Eilers

er het volgend jaar wordt gedaan. De zorgverzekeraar is gebudgetteerd, dus die zorgt wel dat de kosten de pan niet uit rijzen. Je moet dan echter wel een kostprijsstelsel hebben in het ziekenhuis. Over productprijzen wordt al heel lang gesproken. Zij worden ook wel ontwikkeld, maar dat gaat ongelukkig langzaam. Ik heb onlangs met alle partijen, de academische en de algemene ziekenhuizen, de zorgverzekeraars en het CTG, om de tafel gezeten. Wij hebben vastgesteld dat er, als wij niet flink vaart maken, een situatie komt waarin geconstateerd moet worden dat er toch weer vanuit Den Haag bijvoorbeeld productprijzen vastgesteld moeten worden. Dat lijkt mij niet zo erg aantrekkelijk. In 2003 moeten de productprijzen er zijn. In 2005 moet de overheid de centrale budgettering totaal kunnen loslaten. Wij zijn dus op weg naar een systeem van geregleerde marktwerking, met de zorgverzekeraar als een sterke partij aan de vraagzijde. Nogmaals, het moment waarop je kunt zeggen dat het zover is vraagt voorbereiding. Het duurt altijd langer dan je zou willen. Voor ons eigen gevoel is de richting wel degelijk duidelijk.

Mevrouw Swenker vroeg of ik voor de resterende regeerperiode de keus ten gunste van de zorgverzekeraars wilde maken, te beginnen met het geneesmiddelen-dossier. Dat is inderdaad mijn inzet. Ik kom zo nog even terug op het geneesmiddelen-dossier. Het standpunt van het kabinet is nog niet gevormd, maar dat zal zeer binnenkort gebeuren.

De heer **Werner** (CDA): Ik neem aan dat de minister straks nog op de Wet exploitatie zorginstellingen komt. Zij zegt nu dat zij op weg is naar kanteling en naar meer verantwoordelijkheid in het overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders middels producttypering en productprijzen. Ik vraag haar, dit in relatie te brengen met die wet, want ik kan ze niet goed combineren. Aan de ene kant wordt met de wet alles en iedereen aan de ketting van overheidsregulering gelegd en aan de andere kant komt er een zekere verruiming voor lokaal overleg tussen verzekeraars en instellingen. Ik wacht het antwoord over de WEZ even af, maar kondig alvast aan dat ik deze belangrijke link niet kan leggen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik kom daar snel aan toe.

Mevrouw Swenker sprak in verband met de NMA van een spagaat en vroeg wie het been gaat bijtrekken. Ik heb natuurlijk met de heer Kist van de NMA overleg gehad over de situatie in de zorgsector. Dit was een heel verhelderend contact. Indien de minister van VWS niets geregeld heeft, bekijkt de NMA hoe er wordt gewerkt en of er voldoende mogelijkheden zijn voor concurrentie en bijvoorbeeld voor vestiging van beroepsbeoefenaren. Waar de minister de zaak heeft dichtgeregeld, zoals de heer Kist het uitdrukte, heeft de NMA niets te zoeken. Daar zou zij zich niet meer bemoeien.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Als de minister naar geregleerde competitie toe wil, gaat zij allerhande zaken niet meer wettelijk regelen. Dan komt de NMA dus in beeld. Voor mij is die spagaat dus nog steeds aanwezig.

Minister **Borst-Eilers**: Die wordt een beetje naar de toekomst geschoven. Waar je dereguleert, zal de NMA zich natuurlijk in de regio melden om te zien hoe het in feite gaat.

Wat ook aan de orde is geweest, is de vraag of de gezondheidszorg, zelfs als je van geregleerde marktwerking spreekt, een gewone markt is of niet. De heer Kist was de eerste om te zeggen dat de gezondheidszorg geen gewone markt is en nooit als zodanig kan worden beschouwd. Voor de markt van hulpmiddelen of geneesmiddelen is het een ander verhaal. Dat zijn producten waarop je normale marktprincipes kunt toepassen. De zorgverlening is echter iets anders. De NMA beseft volledig dat het in het belang van de kwaliteit soms gewoon nodig is dat er intensief wordt samengewerkt, de bekende ketenzorg, en dat er afspraken worden gemaakt. Hierbij kan de situatie ontstaan dat er in een regio maar één keten is, waarin prachtig wordt samengewerkt, maar waartoe de patiënt in die regio wel veroordeeld is. Hopelijk is de patiënt daar dik tevreden over, maar dat is natuurlijk niet op voorhand een feit. Ik erken dus die spanning en deze kan zelfs meer optreden naarmate wij het stelsel dereguleren. Ik ben er echter al heel blij om, te kunnen melden dat de NMA er veel gevoel voor heeft dat de zorgsector een bijzondere sector is. Bij zoiets als de

vestigingsafspraken van huisartsen worden natuurlijk wel de wenkbrauwen gefronst. De NMA geeft een beroepsgroep die de regels voor vestigingsmogelijkheden heel strak heeft aangetrokken, een paar jaar de tijd om de zaak op orde te brengen. Dit wordt voortdurend in de gaten gehouden. Vaak is er ook sprake van koudwatervrees. Er wordt al heel gauw gezegd dat er vreselijke dingen gebeuren als de beroepsgroep het niet in de hand kan houden. Als het vervolgens moet worden uitgelegd, blijkt dat aardig mee te vallen. De spanning is er dus, maar het begrip is er ook. Wij moeten er constant mee bezig blijven.

De heer Werner wilde wat meer horen over de WEZ. Eerst even iets over de stand van zaken. Het voorstel is nog niet ter advisering aan de Raad van State aangeboden; we zijn binnen de ministerraad nog met elkaar in gesprek erover. Dat heeft ook wel te maken met het feit dat ook in het veld al gesignaleerd is dat zoals de WEZ geformuleerd was – wettekst, memorie van toelichting – er een beeld ontstond bij de lezers, ook bij de heer Werner, dat er eerder méér dan minder geregleerd werd. Dat is echter uitdrukkelijk niet de bedoeling; dat moeten we dan ook duidelijker formuleren. Dat kun je doen door, als ik het even heb over de exploitatievergunning, bijvoorbeeld te zeggen: geen enkele instelling moet voor de exploitatie een vergunning hebben, tenzij de minister de categorie bij AMvB heeft aangewezen. Het was nu in het wetsvoorstel, zoals het ook in het veld is rondgestuurd, net omgekeerd: het was allemaal vergunningplichtig, tenzij. Maar je kunt ook zeggen: niets is vergunningplichtig, tenzij. Dat klinkt al een stuk opgeruimder.

Om welke sectoren gaat het dan? Ik ben absoluut van mening dat je ten aanzien van sommige voorzieningen – neem bijvoorbeeld ziekenhuizen, maar ook algemeen psychiatrische ziekenhuizen – niet kunt toestaan dat mensen die zo maar gaan inrichten en exploiteren. Dat heeft met verschillende kwesties te maken. Ik denk dat bij de algemeen psychiatrische ziekenhuizen het ook een kwestie is van kwaliteit, van het feit dat het daar om een heel kwetsbare patiëntengroep gaat. Maar bij het ziekenhuis gaat het natuurlijk gewoon om het feit dat er dan allerlei klinieken buiten de thans bestaande ziekenhuizen om gaan



## Borst-Eilers

ontstaan voor particulier verzekerde patiënten. Dan dreigt in de eerste plaats het punt van de tweedeling en in de tweede plaats dreigt het gevaar van het weglekken van personeel. Dan krijg je een situatie waarbij het nu al wat schaarse personeel verdeeld wordt over een groter aantal instellingen op een manier die niet altijd efficiënt te noemen is. Kijk, als wij ooit eens niet meer een situatie van aanbodschaarste in de gezondheidszorg zouden hebben – wie weet, komt dat moment nog eens; als de economie zo blijft groeien, zal men eisen dat ook binnen het zorggebouw de welvaart gaat toeslaan – dan wordt dat risico veel minder, maar nu is dat risico heel duidelijk aanwezig. Er zal dus zeker een aantal categorieën van instellingen uitgezonderd worden, maar het algemene idee is om zoveel mogelijk te reguleren.

Wat de bouw betreft merk ik het volgende op. Op dit moment behoort de instandhouding tot en met het niveau van grote renovatie al tot de eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid van instellingen. Alleen als je functie of capaciteit wilt wijzigen, moet je inderdaad nog een vergunning hebben op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Het ziekenhuis waar ik gisteren was, ging nieuw bouwen. Dat gaat daar 300 mln. kosten en de manier waarop zij dat verder gaan besteden, is nog maar aan heel weinig regels gebonden. Het is natuurlijk wel zo dat zij nog bij het college te biecht moeten, als het erom gaat of de functies die erin thuishoren er ook allemaal in komen. Maar verder is het toch vrijheid-blijheid: men ziet maar hoe men het daar in wil richten.

Ik erken dat de WEZ zoals die rondgestuurd is, misverstanden oproept; dat hebben we gemerkt. Dat heeft iets te maken met de ingewikkeldheid van die wet, want je hebt ook toelatingsregelingen uit Ziekenfonds en AWBZ naar deze wet overgeheveld. Die wet gaat dus over bouw en over de toelatingen. Wij zijn bezig om het te verhelderen en dan zal het hopelijk ook die zorgen wegnemen. Ik ben het wel met mevrouw Swenker eens dat privé-klinieken, rugadviescentra en dergelijke, luizen in de pels zijn. Zo hebben de privé-oogklinieken inderdaad heel wat losgemaakt in de reguliere zorg. Het is ook zo dat we die niet verboden hebben, maar wel

weer aan regels gebonden hebben, opdat men iets van een samenwerking met een ziekenhuis heeft en er in de hele regio niet een te grote overcapaciteit ontstaat.

Mijnheer de voorzitter! Er zijn diverse opmerkingen gemaakt over het stelsel. Mevrouw Swenker zei dat het gebouw kraakt en mevrouw Ter Veld zei dat een basisverzekering móét. Ook de heer Hessing heeft erover gesproken en de heer Van Schijndel heeft nog eens een aantal principiële uitgangspunten geformuleerd en gezegd dat hij de uitgangspunten deelt die ik vorig jaar in de Tweede Kamer formuleerde. U zult er begrip voor hebben dat ik er nu niet al te diep op inga. Wij zijn op het ministerie bezig om bouwstenen te verzamelen, waarvan trouwens al een groot deel binnen is, bijvoorbeeld de adviezen van de WRR en de RVZ over de verhouding met Europa en dergelijke. Wij proberen vrij van politieke ideologie een aantal scenario's of alternatieven te ontwikkelen. Daarom is het goed dat dit gebeurt op een ministerie waar men vooral deskundigen daaraan kan zetten, die er geen vooropgezette mening over hebben. Dan zal het kabinet bekijken of men nu al in staat is om daaruit een bepaalde overeenstemming te destilleren. Er zijn binnen de coalitie al diverse nota's verschenen of uitgelekt, maar daardoor toch ook enigszins bekend. Er tekent zich voor het eerst sinds tijden een zekere overeenstemming af, ook breder dan alleen de coalitie. De heer Van Schijndel zegt dat een aantal zaken nog flink uiteenloopt. Als je je zou beperken tot begrippen zoals basisverzekering, risico-solidariteit en acceptatieplicht en dat in een karretje zou zetten, dan zouden heel wat politieke partijen daar achteraan lopen. Weliswaar is dan de vraag hoe je dat precies vorm gaat geven, als gewone verzekering of als sociale verzekering en hoe je de premiestelling gaat regelen, maar wij zijn vol goede moed dat wij in Nederland toch nog eens komen tot een stelsel waarover wij het eens kunnen worden. Dat is nodig, want het gebouw kraakt inderdaad. Wij hebben die wonderlijke verzekering van de WTZ, waarvan iedereen, ook de RVZ, zegt dat die vanuit Europa bezien niet te handhaven is. Het is een beetje een kerstboom geworden, waarvan alle insiders precies weten hoe die erbij staat.

Het project bij mijn ministerie loopt. Er is gevraagd naar de mogelijkheden om nog allerlei kanten uit te gaan. De heer Hessing vroeg of de pap al was gestort. Neen, die is nog niet gestort. Hij noemde het interessante idee van de Max Geldens-stichting om er een paar mensen naar te laten kijken. Zij zijn gekomen met het plan-Simons, inmiddels Simons c.s., maar daar zit toch nog een aantal technische problemen aan vast. De huisartsen hebben al laten weten dat zij er niets voor voelen. Bovendien is het ieder jaar moeten waarderen van het risicoprofiel van de patiënten van iedere huisartspraktijk een enorme rompslomp. Wij hebben niet voor niets ziekenfondsen waarin veel grotere aantallen patiënten zijn ondergebracht, zodat wij aan de hand van een aantal globale criteria kunnen zeggen: met dit budget moet u het voor die populatie kunnen doen. Als je dat per huisarts gaat doen, wordt het zeer ingewikkeld. Eigenlijk ben je dan bezig om het roer weer aan de aanbodkant te leggen, want de huisarts is toch een aanbieder. Het principe van huisartsbudgettering is weliswaar dat hij één is met de patiënt en dus aan de vraagzijde staat, maar ik vraag mij af of dat werkelijk is vol te houden. Het lijkt mij toch wat strijdig met de weg die wij opgaan om dat stuur juist aan de vraagkant bij de zorgverzekeraars te leggen, wat niet wegneemt dat er ook in dit rapport zoals in heel veel rapporten waardevolle dingen staan. Wij staan open voor goede ideeën die daaruit kunnen worden gehaald, maar ik acht de kans niet zo groot dat dit het systeem van de toekomst zal worden.

Van het stelsel naar Europa is tegenwoordig maar één stap, want er is tegenwoordig het nodige te doen over de vraag of ons huidige stelsel – dat geldt ook voor een eventueel toekomstig stelsel dat sommigen voor ogen zweeft – wel verenigbaar is met de Europese regelgeving. Kan dat wel? Met ons huidige systeem zitten wij al met die arresten.

De heer Werner vroeg wat mijn politieke inzet is naar aanleiding van de arresten-Decker/Kohl: grenzen open of grenzen dicht? Ik heb deze arresten in de Europese Gezondheidsraad ter sprake gebracht. Niet ik, maar commissaris Byrne heeft gezegd dat wij, als wij

## Borst-Eilers

het eigen stelsel overeind willen houden, iets aan het Verdrag van Amsterdam moeten aanpassen. Hij zal binnenkort met een notitie over deze problematiek komen. Daarbij zal duidelijk worden of er wel of niet iets aan het verdrag moet worden veranderd. De arresten-Decker/Kohl hebben minder duidelijkheid gecreëerd over de vraag in hoeverre verzekerden medische zorg in het buitenland kunnen oproepen dan verwacht. Er komen steeds nieuwe vragen op. Door de nationale rechter zijn in vier zaken prejudiciële vragen aan het Hof gesteld. Het ging daarbij om gevallen die meer ons eigen ziektekostenstelsel raken, namelijk om mensen die voor hun ziekte een behandeling hebben gevraagd in een ziekenhuis in het buitenland. In de zaken Geraets en Peerbooms heeft de zorgverzekeraar dat geweigerd, hetgeen aan het Hof is voorgelegd. In het ene geval vond de zorgverzekeraar dat er geen medische noodzaak was om de behandeling in Duitsland te laten uitvoeren. Het ging hierbij niet om wachtlijstproblematiek. In het tweede geval was het iemand die door een verkeersongeluk in coma was geraakt. De familie wilde per se een behandeling in een universiteitskliniek in Innsbruck. De zorgverzekeraar wees erop dat er daar niet meer kon dan in Nederland.

Wij zijn heel benieuwd naar de uitspraken van het Hof, omdat hierbij allerlei dingen spelen. Er zijn in Europa twee stelsels: het natura-stelsel en het restitutiestelsel. De keuze daartussen is voorbehouden aan de lidstaten. Bij het naturastelsel moet de verzekerde zich, om zijn aanspraken geldig te maken, wenden tot een aanbieder met wie de zorgverzekeraar een zorgcontract heeft gesloten. Hoe moet deze zaak aflopen als het Hof tot de conclusie komt dat het toestemmingsvereiste niet in strijd is met het vrije verkeer van diensten? Dan kunnen wij ons stelsel vooralsnog overeind houden. Als het Hof strijdigheid vaststelt, maar wel een rechtvaardigingsgrond ziet, dan is daar natuurlijk ook nog goed mee te leven. Als het Hof echter vaststelt dat het toestemmingsvereiste in strijd is met het vrije verkeer en er geen rechtvaardigingsgrond is, dan zijn de poppen aan het dansen. Dan moet er wat gebeuren. Je kunt meteen het hele naturastelsel laten vallen en overgaan op een restitutie-systeem,

maar dat is mij nogal wat. Je zou op Europees niveau initiatieven kunnen nemen om te proberen toch iets aan het verdrag te veranderen. Waar je ook voor kunt kiezen, is het volgende: het naturastelsel voor het binnenland en het restitutiestelsel voor het buitenland.

De heer **Werner** (CDA): Ik was al bang voor dit type antwoord. Ik zou het interessant vinden om te horen of de minister het niet ontzettend betuttelend vindt dat de verzekeraars uitmaken of iemand hier in Nederland naar de oogarts moet of ook naar België mag. Wij worden allemaal aangemoedigd om Europees te denken, om auto's via internet te kopen en weet ik al niet wat. Waarom kan een burger die hier verzekerd is, niet over de grens naar een oogarts waar hij niet zes weken hoeft te wachten? Waarom kan hij dat niet gewoon zelf beslissen, terwijl de verzekeraar betaalt? Hoe lang kunnen wij het politiek nog volhouden om hier niet aan mee te doen? De mensen gaan het op een gegeven moment namelijk gewoon doen. Ik zit zelf ook met een ziekenhuis in het grensverkeer. Daar zijn al veel contracten met de Krankenkasse. Je ziet dat ook in Zeeuws-Vlaanderen, Brabant en overal. Ik wil dan ook graag weten wat de politieke stellingname van de minister in dezen is. Wil zij graag normaliseren dat mensen ook op het terrein van de gezondheidszorg buiten de grenzen van Nederland terecht kunnen, zonder dat de verzekeraar uitmaakt waar zij hun zorg mogen halen? Voelt zij iets voor mijn zoeken naar politiek houvast?

Minister **Borst-Eilers**: U legt hier de bijl aan de wortel van het contracteersysteem. Het gaat nu over het buitenland, maar ook in het binnenland moet het om een gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Door deze verhalen over het buitenland is het allemaal wat scherper komen te liggen. Een en ander heeft ook te maken met ons systeem van kostenbeheersing. Wij zijn al tientallen jaren bezig om de kosten te beheersen door aan de aanbodkant schaarste te creëren. Je schiet een bres in dat systeem, wanneer je naast de productieafspraken die de zorgverzekeraar in Nederland gemaakt heeft, verzekerden vervolgens extra zorg laat halen in het buitenland. Dan gaat het

volume van de zorg omhoog. Ik zou bijna zeggen dat dit op dat punt eigenlijk einde kostenbeheersing betekent, al is dat misschien wat dramatisch geformuleerd. Zodra de schaarsteproblematiek minder wordt – ik kom hier zo op terug; vele leden hebben gezegd dat wij, nu het zo goed gaat met de economie, de zorgsector wat beter in de jas moeten zetten, zodat wij van de wachtlijsten en andere schaarsteproblemen afkomen – dan wordt de neiging om naar het buitenland te gaan natuurlijk ook veel en veel kleiner. Die neiging is nu overigens al niet groot. In de grensgebieden zie je wel vrij veel verkeer. Als je met zorgverzekeraars in de grensstreken spreekt, dan hoor je dat 1% à 2% van de zorgverlening over de grens gehaald wordt en dat zij daar niet zo'n moeite mee hebben. Het omgekeerde gebeurt trouwens ook. Ik heb er principieel geen moeite mee dat wij de weg van Europa verder opgaan en dat wij dan ook zeggen dat je het ook elders in Europa moet kunnen halen. Zolang wij echter nog met dit schaarsteparadigma bezig zijn, frustrereert dat het kostenbeheersingssysteem. Daarom is dus toch zaak om voorlopig overeind te houden dat wij een naturasysteem hebben met een contracteerplicht.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Ik wil de minister het volgende suggereren. Als wij overgaan naar verzekeraars-budgettering, dan moet het toch mogelijk zijn dat de zorgverzekeraar in zijn budget de kosten van eventuele buitenlandse hulp voor zijn eigen verzekerde meeneemt. Hij zal dan misschien wat minder zorg in Nederland inkopen, maar op die manier heb je in ieder geval geen probleem met de kostenbeheersing. De verzekeraar is namelijk gebudgetteerd. Hij heeft zijn vaste budget en kan vervolgens ook bij de werving van verzekerden zeggen dat zij naar de andere kant van de grens mogen. Dat zit dan gewoon in zijn budget. Ik zie het probleem dus niet.

Minister **Borst-Eilers**: Dat zou inderdaad kunnen. Ik voel er in ieder geval niets voor om te zeggen dat de grens dicht moet blijven. Gezien de ontwikkelingen in Europa, moeten wij trouwens allemaal concluderen dat het die kant uitgaat. Ik denk ook niet dat het dramatisch grote vormen

## Borst-Eilers

zal aannemen. Het liefst zou ik dus naar een situatie toe gaan waarin dat gewoon kan. Het is echter wel interessant om de uitspraken van het Hof daarover af te wachten. Ik vind namelijk dat iedere lidstaat van de Europese Unie zelf moet kunnen beslissen over het verzekeringsstelsel dat hij wil kiezen, daal of alleen sociale ziektekostenverzekeringen, en meer van dat soort cruciale vragen. Er is eigenlijk geen lidstaat binnen de Unie die iets anders beweerd heeft.

Dan kom ik bij een hieraan verwant probleem dat zich in de AWBZ-sector heeft voorgedaan, namelijk de spanning tussen macrobudget en zorgvraag. De staatssecretaris zal hier straks uitvoeriger op ingaan. Ik wil hier alleen over zeggen dat het budget – en dus ook het macrobudget – gezien de huidige welvaartssituatie in Nederland gebaseerd moet zijn op de behoeften. Dat klinkt misschien iets simpeler dan het is, want hierbij speelt ook het doelmatig uitvoeren van de zorg een rol. Ik vrees dat het budget gigantisch omhoog zal gaan als wij dat niet goed in de gaten houden. Het zal overigens niemand verbazen dat wij zullen proberen voor de zorgsector een grote portie van de koek te bemachtigen van de uitgavenruimte die ontstaat onder de ijklijnen in de begrotingen voor zorg en sociale zekerheid.

Mijnheer de voorzitter! Verschillende sprekers hebben opmerkingen gemaakt over het geneesmiddelenbeleid. De commissie-De Vries heeft een second opinion gegeven over het geneesmiddelenbeleid zoals het in het regeerakkoord was verwoord. Het is niet zo dat je na lezing van het rapport-De Vries moet concluderen dat het rapport-Koopmans is achterhaald. Je zou het advies van de commissie-De Vries in het verlengde van het rapport-Koopmans kunnen leggen, omdat het in beide gevallen zowel gaat over de verantwoordelijkheid voor het voorschrijfgedrag als over de verantwoordelijkheid voor een doelmatige inkoop. In beide rapporten worden deze verantwoordelijkheden bij de zorgverzekeraars gelegd, waarbij de commissie-De Vries op een aantal punten aanzienlijk verder gaat. Maar het is niet zo dat de rapporten totaal verschillende uitkomsten hebben. De drie rapporten – van de MDW-werkgroep, van de commissie-De Vries en het

rapport dat Zorgverzekeraars Nederland door de Boston Consulting Group hebben laten uitbrengen – wijzen in hoofdzaak in dezelfde richting. Het is nu eenmaal realiteit dat het beleid wat sneller moet worden bijgesteld dan door Koopmans werd verondersteld, omdat de overheidsmaatregelen uitgeput raken. Ik wijs in dit verband op het geneesmiddelenvergoedingstelsel, de Wet op de geneesmiddelenprijzen, claw back-kortingen en bonussen, pakketbeperking. Al deze maatregelen hebben grote besparingen opgeleverd. Ook door het stimuleren van het farmacotherapeutisch overleg bij huisartsen en ook transmurale en door het stimuleren van het gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem zijn resultaten bereikt. Bij die laatste maatregelen echter, waar het gaat om gedragsverandering van artsen, speelt het probleem dat ik al eerder schetste, namelijk dat de hand van de minister niet tot in de spreekkamer reikt. De zorgverzekeraar zit daar niet alleen dichterbij, maar kan ook instrumenten krijgen om dat gedrag af te dwingen, bijvoorbeeld via een bonus-malussysteem of via het geven van incentives of disincentives. De overheid kan dat gedrag niet afdwingen. Wij hebben convenanten gesloten, onder andere met de huisartsenvereniging, over het elektronisch voorschrijven. Zo'n convenant wordt met het bestuur overeengekomen en een heleboel huisartsen weten misschien niet eens dat er een convenant is afgesloten, laat staan dat zij op een heel andere manier moeten gaan werken. Nogmaals, lokale partijen kunnen daar veel beter afspraken met elkaar over maken.

Het kabinet moet nog beslissen over een voorstel mijnerzijds over richtlijnen om daarmee verder te gaan. Ik ben het met de heer Van den Berg eens dat in die drie rapporten de rol van de patiënt onderbelicht is gebleven. Ik heb ook de commissie-De Vries gevraagd een conferentie te organiseren op 8 februari, met alle mogelijke partijen. Daar is dat ook luid en duidelijk naar voren gebracht. De patiënten moeten wij meer betrekken bij de uitwerking, zeker omdat in het advies van de commissie-De Vries staat dat de zorgverzekeraar op den duur misschien een eigen formularium moet gaan vaststellen. Daarbij is het

belang van de patiënt natuurlijk heel direct in het geding. Dan moet je daar ook echt samen met de patiëntenorganisaties vorm aan geven, als je überhaupt al zover wilt gaan.

De heer Van den Berg vroeg zich af of marktwerking tot lagere kosten leidt. Dat is in de gezondheidszorg in het algemeen niet het geval omdat, als je alles vrijlaat, je de bijna oneindige behoefte gaat honoreren. Op het gebied van de geneesmiddelen – ik denk bijvoorbeeld aan de prijzen van geneesmiddelen – kan marktwerking juist wel kostendrukkend werken. Ziekenhuizen hebben nu bijvoorbeeld een formularium, een pakket van 500 geneesmiddelen. Die gebruiken ze. Daar gaan ze mee de boer op om te kijken bij wie ze die het goedkoopst kunnen inkopen. Dat is het soort marktwerking waar ik dan wel weer pap van lust, om dat voedingsmiddel, dat de heer Hessing noemde, nog even te noemen. Ik wil het hierbij laten, omdat ik anders vooruitloop op de interne beraadslaging in het kabinet en dat is nooit zo chic.

De heer Hessing stelde een aantal concrete vragen over het drugsbeleid. Ik kan hem zeggen dat de nationale drugmonitor goed functioneert. Daarmee worden de misverstanden over en de verschillen in het cijfermateriaal minder. Het is echter nog in ontwikkeling. Het eerste jaarbericht is vorig jaar verschenen. De monitor moet nog groeien, in kwaliteit en kwantiteit. Het Coördinatiepunt assessment en monitoring nieuwe drugs, dat bij de inspectie hoort, functioneert naar mijn mening tot volle tevredenheid. Het Europese early warning mechanisme maakt ook heel veel gebruik van de assessments van het CAM.

Op de opmerking over de naamgenoot van de heer Hessing – het is zelfs familie – in Parijs wil ik maar niet reageren. De heer Korthals is eigenlijk de eerstverantwoordelijke voor deze missie en hij heeft daar al een reactie op gegeven. Daar heb ik niets aan toe te voegen.

Als de heer Hessing daarmee akkoord wil gaan, wil ik de andere vragen over de drugs en het drangproject schriftelijk beantwoorden. Ik wil nu toch een beetje op de tijd gaan letten. Daarbij zal ik ook iets zeggen over de manier waarop wij omgaan met RVZ/RMO-advies.

## Borst-Eilers

De heer Hessing heeft verder de orgaandonatie aan de orde gesteld. Dat is natuurlijk een belangrijk punt. Het aantal donaties is niet opgelopen, zoals wij gehoopt hadden. Het aantal orgaandonaties is zelfs teruggelopen. Alleen het aantal weefseldonoren is wat gestegen. De heer Hessing zei dat minder dan 1% van de mensen zich als donor heeft laten registreren, maar dat is 20%. 37% van de bevolking heeft zich laten registreren in het register. 55% daarvan wil orgaan-/weefseldonor zijn. 55% van 37% is 20. Die 1% slaat op een ander fenomeen: ongeveer 1% van de overledenen had vroeger het codicil bij zich. Als je nu het register raadpleegt, vind je in 20% van de gevallen het bericht "ik ben geregistreerd en ik wil donor zijn".

De heer **Hessing** (D66): Ik bedoelde te zeggen dat uiteindelijk blijkt dat van het aantal overledenen slechts 1% donor is. Dat is dus een heel laag percentage.

Minister **Borst-Eilers**: Ja. Daarin zit het grote verschil tussen degene die het wil zijn en degene die het uiteindelijk wordt. Om die reden wil ik de acties vooral op de ziekenhuizen richten. Voorlopig werkt in 12 ziekenhuizen een transplantatie-coördinator, maar als dat goed blijkt te werken, zal dat in alle ziekenhuizen het geval worden. Deze coördinator is goed bezig met het bewustmaken van de medische en verpleegkundige staf van het belang van orgaandonaties. De uitnameteams komen naar het ziekenhuis omdat je anders de chirurgen en ander personeel in dat ziekenhuis vaak 's nachts belast met een extra ingreep en dan kunnen ze de volgende dag hun programma niet afwerken. Er zijn dus reizende uitnameteams. Daar zal ik een anesthesioloog aan toevoegen voor de beademing, want dat schijnt een knelpunt te zijn. Het idee van een coördinator per ziekenhuis heeft in Spanje fantastisch gewerkt. Enkele ambtenaren gaan binnenkort naar Spanje om te kijken wat het geheim van de smid is.

Wij willen opnieuw een voorlichtingscampagne voeren die zich wat meer richt op de angstige vragen die bij mensen blijken te leven. Hoe gaat dat precies als iemand overleden is? Is het dan nog wel om aan te zien, als iemand is opgebaard? Er is onduidelijkheid

over dat proces en daar moet veel aan gebeuren. Wij zullen die werving ook richten op allochtone inwoners van ons land. Daar verwacht ik niet direct grote successen van, maar ik vind dat deze groepering het recht heeft om goed geïnformeerd te worden en voor het donorschap te kiezen, als zij dat wil.

Het feit dat er minder mensen overlijden in een situatie waarbij zij geschikt zijn als donor, heeft niet alleen te maken met een daling van het aantal dodelijke verkeersongevallen, waar wij natuurlijk heel blij mee moeten zijn, maar ook met een flinke daling van het aantal mensen dat overlijdt aan een hersenbloeding. 55% van de donors waren altijd mensen die een hersenbloeding hadden gehad. Als je er snel genoeg bij bent, is het tegenwoordig mogelijk om mensen daar goed voor te behandelen.

Over de preventie en de openbare gezondheidszorg hebben de heer Werner en de heer Van den Berg gesproken. Na het eerste rapport van de commissie-Lemstra is er al veel gebeurd. Heel veel gemeenten hebben een gemeentelijke gezondheidsnota geschreven en zijn daarmee aan de gang gegaan. Nu ligt er een visie. De Vereniging van Nederlandse gemeenten is daar enthousiast over en zegt dat zij daarin een verantwoordelijkheid heeft. Wij hebben afgesproken met de GG&GD's en de Vereniging van Nederlandse gemeenten om dat visiedocument ook werkelijk uit te voeren. Dat is wel een tienjarenplan, want er zijn heel veel actiepunten. Deze zijn niet allemaal van vandaag op morgen geregeld. Het kabinet komt binnenkort met een standpunt waar precies in staat hoe wij dat tijdspad zien.

De heer Van den Berg had een interessante inbreng dat de gezondheid op het schild wordt geheven; er is niets mooiers dan gezondheid. Mevrouw Ter Veld begon en eindigde haar inbreng ook met de uitspraak: als je maar gezond bent. Tegelijkertijd leeft men er lekker ongezond op los, in de stellige verwachting dat de gezondheidszorg het wel repareert, als er iets mis gaat. Ik ben het roerend eens met de wens van de heer Van den Berg dat er een soort mentaliteitsverandering komt en dat men de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid iets meer beseft en daar zo goed mogelijk naar probeert te leven.

Tegelijkertijd moet men een beetje af van het idee dat je niet gelukkig kunt zijn en dat je leven niet zoveel zin heeft, als je niet helemaal gezond en perfect bent. Dat is volstrekte onzin.

Ik steun hem in het strijden tegen die mentaliteit, maar ik vind niet dat de gezondheid in het rapport "Spelen op de winst" te veel wordt verheerlijkt. Ik vind dat de essentie van dat rapport is dat men zegt: er zijn mensen in Nederland die op achterstand staan. Zij zijn lang niet zo gezond als andere groeperingen. Wij kunnen deze ook aanwijzen. Dat zijn mensen in achterstandswijken, voor een deel allochtonen. Door onbekendheid met ons gezondheidszorgsysteem is bijvoorbeeld de vaccinatiegraad niet optimaal. Verder zijn er de dak- en thuislozen. De categorieën zijn bekend van mensen van wie een gemeente zich wat meer aan moet trekken. In de gemeenten zijn inwoners die te kort komen, gezien het normale gezondheidsniveau van de bevolking. Het hoeft niet allemaal 100% perfect, maar begin nu eens met mensen die op achterstand staan, wat naar boven te halen.

Dat was ook de kern van het betoog van de heer Van Vugt. Hij heeft gelijk dat dit niet alleen te maken heeft met gezondheid, maar ook met armoede, wel of niet werk hebben, wel of niet goede huisvesting of een goede leefomgeving. Dat is typisch iets wat het kabinet met meerdere ministers tegelijk moet aanpakken. De staatssecretaris zal nog reageren op de jeugdproblematiek.

De heer Van den Berg heeft iets gezegd over de claim- en klachtbehandeling. Die vraag verwijst ik graag naar de schriftelijke beantwoording om de resterende tijd aan de staatssecretaris te laten.

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Als u die vraag niet hier wilt beantwoorden, zou ik het prettig vinden om een overzicht te krijgen van de projecten ter bestrijding van aids in Afrika. Het belang daarvan is, overigens wel wat laat, ook signaleerd door de voorzitters van de fracties in de Tweede Kamer, die zojuist een bezoek aan Zuid-Afrika hebben gebracht. De fractievoorzitter van de partij van de minister heeft zelfs gezegd dat de hoogste prioriteit moet worden gegeven aan die hulpverlening. Zou ik dus een soort overzicht kunnen krijgen van wat er



## Borst-Eilers

reeds gedaan is en van wat de regering van plan is?

Minister **Borst-Eilers**: Dat zeg ik graag toe. Daarbij zal ik ook betrekken wat Nederland in WHO-verband doet. Nederland is immers een zeer goed betalend lid van de WHO. Juist in het verband van die wereldgezondheidsorganisatie is aids een van de speerpunten. Ik ben zelf lid van een recent opgerichte organisatie, de GAVI. Het doel van die organisatie is om ervoor te zorgen dat in de arme landen de vaccins terechtkomen die men daar zo hard nodig heeft. Het aids-vaccin moet nog ontwikkeld worden, maar daar is dus geld voor beschikbaar. De GAVI beschikt over maar liefst een miljard Amerikaanse dollar; daar kun je dus wel iets mee. Nederland probeert dus deels zelf en deels in WHO-verband de juiste geneesmiddelen naar Afrika te krijgen. Het is natuurlijk een drama; van sommige Afrikaanse landen kun je rustig zeggen dat zij aan aids sterven. Ik zal daar graag schriftelijk uitvoerig op reageren.

□

Staatssecretaris **Vliegthart**: Voorzitter! Ik begin met het bedanken van de Kamer voor haar inbreng in eerste termijn. Ik zal mijn betoog toespitsen op de vragen en opmerkingen over de modernisering van de AWBZ en het thema van de jeugd, waarover vooral de heer Van Vugt gesproken heeft. Een groot aantal andere onderwerpen zal schriftelijk afgehandeld worden om recht te doen aan de vele opmerkingen over die twee belangwekkende thema's en om binnen het schema van de voorzitter te blijven.

Bij het passeren van de eeuwgrens staat ons land er financieel gunstig voor; veel sprekers hebben dat in andere woorden al gezegd. Dat geeft ruimte voor investeringen in de kwaliteit van de samenleving. Daarvoor is overigens niet alleen extra geld nodig, hoewel de discussie zich daar natuurlijk heel vaak op toespitst. Het gaat vooral om extra inspanningen voor een goede besteding van dat extra geld en om verbetering van de samenhang binnen het beleid. Ik maak mij dus sterk voor een samenleving waarin alle burgers – jong, oud, ziek of gezond – vanuit hun individuele kansen kunnen deelnemen aan en

zich verder kunnen ontwikkelen in onze samenleving. Wij moeten vaststellen dat niet iedereen in onze samenleving de vruchten plukt van de snel groeiende welvaart. Er zijn groepen die ondanks die economische kansen in welvaart en welzijn de boot dreigen te missen. Versterking van de sociale infrastructuur – investeren in de kwaliteit van de samenleving is het motto van het tweede paarse kabinet – moet dan ook met name gericht worden op het bevorderen van de participatie van de burgers en het tegengaan van sociale uitsluiting.

Op mijn beleidsterrein heb ik een aantal belangrijke ontwikkelingen in gang gezet die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de samenleving. Daarbij moet de vraag van de burger steeds vooropstaan, want de moderne burger is heel goed in staat om de eigen vraag te formuleren en om vaak zelf te bepalen wanneer en door wie hij of zij geholpen wil worden. Het is een heel belangrijke uitdaging om onze voorzieningen beter af te stemmen op die vraag van de burger. De overheid kan de gewenste veranderingen natuurlijk niet alleen inzetten; dat doet zij ook niet. Het is een samenspel tussen de verschillende overheden, de verzekeraars, de instellingen en natuurlijk de burgers zelf om die uitdaging aan te gaan. Ik ben ervan overtuigd dat, wanneer wij er gezamenlijk de schouders onder zetten, wij een flinke bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van een aantal belangrijke knelpunten en daarmee aan de kwaliteit van de samenleving.

Iedereen heeft gesproken over de modernisering van de AWBZ. Ik ben het hartgrondig eens met de toonzetting van de meeste betogen, namelijk dat er echt wat moet gebeuren met de uitvoering van de AWBZ. Burgers die recht hebben op zorg, staan nu veel te lang op een wachtlijst en wachtlijsten lokken uit zichzelf weer nieuwe wachtlijsten uit. Mensen melden zich uit onzekerheid vaak lang van tevoren aan, zonder dat de zorgvraag acuut is. Tegelijkertijd staan op de wachtlijsten ook zeer schrijnende gevallen van mensen die zeer urgent zijn en die liever gisteren dan vandaag geholpen moeten worden. Zij staan op de wachtlijsten naast mensen die uit voorzorg op de lijsten staan. Daarnaast moeten wij vaststellen dat er op een aantal plaatsen binnen instellingen

leegstand is. De totale keten van de zorg is verstopt geraakt. Tekorten aan verpleeghuiszorg leiden door die verstopping tot uiteindelijk zeer grote wachtlijsten voor de thuiszorg. Uit analyses blijkt dat in de meeste regio's de kern van het probleem wordt gevormd door de tekorten aan verpleeghuiszorg en intramurale capaciteit. In verzorgingshuizen zitten veel mensen die over een verpleeghuisindicatie beschikken, en er zijn veel mensen die veel zorg van thuiszorg krijgen op het moment dat ze op de wachtlijst voor een verpleeghuis staan. Aan het eind van de keten is de filevorming compleet en zijn de wachtlijsten verreweg het langst.

Dit alles wijst erop dat wij bij de aanpak van de wachtlijsten goed naar de uitvoering moeten kijken. Bovendien blijkt jaar na jaar dat de middelen die beschikbaar zijn, niet volledig worden ingezet. Ook dat wijst op een inefficiënte uitvoering. Het zorgkantoor beschikt door de gescheiden geldstromen niet over de instrumenten om optimaal gebruik te maken van de beschikbare middelen. De gedetailleerde regelgeving is een rem op vernieuwing en slagvaardigheid. In het verleden is, met alle goede bedoelingen, een oerwoud aan reguleringen gegroeid om vernieuwing en zorg op maat mogelijk te maken, maar door die verfijning van regelgeving is in feite weer een nieuw probleem veroorzaakt, namelijk dat mensen met een meervoudige problematiek die niet in alle hokjes van de aparte reguleringen passen, van het kastje naar de muur moeten gaan en uiteindelijk op de wachtlijst belanden en moeilijk plaatsbaar zijn.

Letterlijk ontbreekt dus het zicht op zorg, voor de organisaties, voor de uitvoerders en natuurlijk ook voor de burgers die daarmee geconfronteerd worden. Het is dan ook de hoogste tijd om tot veranderingen te komen. Het systeem is vastgelopen en de burgers die aangewezen zijn op zorg, moeten daar op dit moment een zeer hoge prijs voor betalen.

De urgentie van de modernisering is de afgelopen maanden onderstreept door uitspraken van de rechter. Daarin is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraar/zorgkantoor heel scherp neergezet. Er is een wettelijke zorgplicht op grond van de AWBZ, maar tegelijkertijd ontbreken bij de zorgkantoren de instrumenten om invulling te geven

## Vliegenthart

aan die zorgplicht. Wij zullen dus met alle betrokken partijen voluit aan de slag moeten om ervoor te zorgen dat de AWBZ weer de kern-doelstelling kan waarmaken: het verzekeren van langdurige zorg.

Mevrouw Van Leeuwen heeft in haar betoog een aantal keren verwezen naar de situatie onder Paars I. Ik stel vast dat de economische situatie zoals die in de jaren tachtig en het begin van de jaren negentig in Nederland bestaan heeft, er mede de oorzaak van is geweest dat veel problemen uiteindelijk zo hardnekkig zijn geworden. Met de economische welvaart van vandaag is iedereen heel snel vergeten, wat wij hebben moeten doen om de Nederlandse overheidsfinanciën weer gezond te maken en te komen in de situatie waarin wij nu zijn. Dat leidt tot spanning die voor iedereen enorm voelbaar is: de private welvaart neemt toe, maar dat geldt niet voor het publieke systeem.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Dit was het niet alleen. Onder Paars I zijn er ook verkeerde keuzes gemaakt. Ik heb gewaarschuwd voor een te snelle afbouw van de intramurale capaciteit terwijl de thuiszorg niet op orde was en wij ook wisten dat wij in het licht van de komende vergrijzing de intramurale capaciteit hard nodig zouden hebben. Toen zijn er andere prioriteiten gesteld. Ik heb voorgesteld de afschaffing van de vermogenstoets te doen aan het eind van Paars I.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik ben het op dit punt wel een beetje eens met mevrouw Van Leeuwen. Wij hebben aan de overzijde – ik zat toen in een andere positie – een discussie gevoerd over de vraag of de afbouw van met name de intramurale capaciteit niet te snel zou gaan, zeker gelet op de stijgende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing. De behoefte nu zou nog wel eens minder kunnen zijn dan de behoefte in de komende jaren. Dit moet ik mevrouw Van Leeuwen toegeven. Anderzijds hebben wij ook gezien dat met het nieuwe regeerakkoord – overigens ook in de vorige periode – intensiveringen zijn aangebracht. Wij proberen prioriteit toe te kennen aan de ouderenzorg. Daarvoor is veel geld beschikbaar dat voor een deel nodig is om de inhaalslag te maken. Maar goed, het probleem is dus niet

van gisteren en wij zullen ervoor moeten zorgen dat wij er met elkaar in slagen om deze problemen zo snel mogelijk op te lossen.

Voorzitter! In juni vorig jaar heb ik een plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ gepresenteerd. Dit is onlangs behandeld in de Tweede Kamer. Het is een plan op hoofdlijnen waarin een aantal ontwikkelingen wordt gebundeld dat in de vorige kabinetsperiode in gang is gezet; een samengaan van veel vernieuwings-initiatieven die tot dan toe veelal naast elkaar stonden en onvoldoende met elkaar waren verbonden. In Zicht op zorg hebben wij die initiatieven geïntegreerd en geprobeerd van een bestuurlijk kader te voorzien. In het debat over die nota aan de overzijde bleek dat bij sommigen het gevoel overheerst dat wij daarbij te snel gaan. Wij wachten natuurlijk nog op een aantal belangwekkende adviezen. Ik noem het MDW-2-traject waarin wordt gekeken naar de positie van de zorgkantoren en de vraagsturing in de AWBZ, de Mededingingsautoriteit die op verzoek van ZN een toets zal uitbrengen en ook het CTU en de CVZ komen nog met rapportages. Uit de inbreng van mevrouw Van Leeuwen, de heer Van den Berg en mevrouw Ter Veld blijkt dat men ook hier hecht aan een voortvarende aanpak, gelet op de problemen waarvoor wij staan. Wat dit betreft, vindt u mij aan uw zijde.

Ik heb de Kamer in een brief toegezegd dat ik na ontvangst van de adviezen – in maart, deels in april en sommige misschien in juni – een notitie zal schrijven op basis waarvan zorgvuldige besluitvorming over de wettelijke regeling van taken en verantwoordelijkheden c.q. die positionering van de zorgkantoren kan plaatsvinden. Ik noem hierbij ook het advies van de landsadvocaat dat zich richt op de verenigbaarheid van kostenbeheersing en aanspraak op zorg. Ik kom straks nog op de vragen van mevrouw Swenker en de heer Werner terug. Dat wij rond een aantal principiële punten die samenhangen met het definitief regelen van de positie van de zorgkantoren de adviezen afwachten, neemt niet weg dat wij verder moeten gaan met een aantal trajecten die onderdeel uitmaken van het moderniseringstraject. Dit zijn alle reeds eerder in gang gezette trajecten waarbij het zorgkantoor een

wezenlijke rol vervult en die gegeven hun belang moeten worden ondersteund.

Voorzitter! De modernisering van de AWBZ heeft als belangrijke doelstelling te komen tot versterking van het verzekeringskarakter van de AWBZ en een omslag te maken van centrale aanbodsturing naar vraagsturing. Er moet fors worden gedereguleerd, overgegaan tot ontschotting van de geldstromen, er moet meer flexibiliteit komen en het bouwregime moet worden gedereguleerd. Een derde uitgangspunt is de versterking van de positie van de cliënt, zorg op maat, keuzevrijheid en bevordering van de vermaatschappelijking van de zorg. Een hoofdpunt is de aanpak van de wachtlijsten; dit is prioriteit nr. 1. De extra middelen die wij beschikbaar hebben en het verbeteren van de uitvoeringsorganisatie zullen een bijdrage moeten leveren aan het oplossen van de problemen. Ik kom hierop later nog terug.

Over deze doelstellingen zijn wij het wel eens. Uit veel discussies blijkt dat ze breed worden gedragen. Echter, discussie is er over het doel van de beheerste kostenontwikkeling in relatie met de aanspraak van verzekerden. De heer Werner en mevrouw Swenker stellen de principiële vraag hoe een systeem van onafhankelijk vastgestelde aanspraken, op basis van de wet, zich verhoudt tot een systeem waarin budgetten vooraf worden vastgesteld. Sommigen zien dit zelfs als een contradictio in terminus en verwijzen naar het feit dat het niet-honoreren van AOW-aanspraken, omdat er geen middelen meer zouden zijn, ondenkbaar is. Voorzitter! Men zou ook een vergelijking kunnen maken met het onderwijs. Daar worden wel degelijk aanspraken van burgers, gebaseerd op het recht op onderwijs aan kinderen, gecombineerd met een budgetteringssysteem. Ik erken echter, dat er sprake is van een spanningsvolle relatie waarmee wij verstandig moeten omgaan.

Er rijzen in dit verband twee hoofdvragen. De eerste is of wij voldoende inzicht hebben in wat de reële zorgvraag is. Wat dit betreft hebben wij in kwalitatieve zin een belangrijke stap gezet met de komst van de indicatieorganen die op basis van de individuele aanspraken vaststellen waar burgers recht op hebben. Het inzicht in de aard en de

## Vliegenthart

omvang van de wachtlijsten is echter nog niet zover dat wij een valide en betrouwbaar inzicht hebben in de omvang van de werkelijke vraag. Ik zet mij er ten volle voor in om de hier gewenste duidelijkheid op de kortst mogelijke termijn te genereren. Velen hier hebben erop gewezen dat het heel vervelend is dat men de werkelijke omvang van dit probleem niet kent. In de afgelopen jaren is er sprake geweest van een zeer versnipperd systeem waarbij alle instellingen hun eigen lijsten hebben aangehouden. Daar zitten veel dubbelstellingen in. Mensen gaan niet van die lijsten af op het moment dat ze wel voorzien zijn van zorg. Anderen, die voor een verpleeghuis zijn geïndiceerd maar in een verzorgingshuis méér zorg krijgen zodat recht wordt gedaan aan hun indicatie, staan toch nog op de wachtlijst voor het verpleeghuis. Nogmaals, het is op dit moment niet voldoende inzichtelijk. Wél kunnen wij op basis van enquêtes schattingen maken. Waar men in de praktijk komt tot een betere organisatie in de uitvoering van de wachtlijstregistratie, ziet men een opschoning plaatsvinden die zich vertaalt in de lengte van de wachtlijst. Wij zullen ons er tot het uiterste voor inspannen opdat in elk geval in dit kalenderjaar de gewenste duidelijkheid wordt geboden, maar het zal wél een tour de force worden.

De tweede hoofdvraag is of partijen, zorgkantoren en instellingen, het maximale hebben gedaan om met de beschikbare middelen de noodzakelijke zorg te verlenen. De beschikbare gegevens laten zien – ik verwijs naar de benchmarking in de thuiszorg – dat er wat dit betreft nog mogelijkheden zijn, al worden deze natuurlijk in een aantal gevallen beperkter.

Naarmate het inzicht scherper wordt en alle betrokken partijen de aangereikte mogelijkheden beter benutten, groeit de gerechtvaardigde druk op de overheid om de noodzakelijke middelen ter beschikking te stellen. Dat is het type debat dat wij voeren in het kader van de meerjarenafspraken met Zorgverzekeraars Nederland en de koepelorganisaties om te komen tot een zo effectief mogelijke aanpak van de wachtlijsten en een optimale inzet van middelen. In lijn met deze opstelling zal ik antwoorden op de vraag die het CTG mij heeft gesteld inzake aanvullende productieafspraken.

Mevrouw Swenker informeerde hiernaar. In mijn opvatting zal bij de meerjarenafspraken die wij zijn overeengekomen met alle partijen eerst met al die partijen overleg worden gepleegd over de inzet van de middelen die er nu zijn. Wij moeten de problematiek in beeld brengen. Vervolgens moeten wij bekijken of het noodzakelijk is om daaraan een claim te verbinden en zo ja in welke omvang. In dat overleg kan en zal aan de orde komen wat er bekend is over de reële behoefte. Wij hebben de partijen gevraagd in beeld te brengen wat zij nodig denken te hebben om de wachtlijsten tot een aanvaardbare lengte terug te brengen. Daarvoor zal de nodige onderbouwing geleverd moeten worden. Wij proberen het gesprek zo constructief mogelijk te voeren. Wij moeten niet vergeten dat in deze jaren een substantiële volumegroei beschikbaar is. In de ouderenzorg is er 1,3 mld. voor de aanpak van wachtlijsten. Dat is natuurlijk niet niks. Dat geld moet nog voor een heel groot gedeelte ingezet worden. Ik heb alle partijen voor overleg uitgenodigd. Dat zal op korte termijn plaatsvinden. Na afloop van het overleg zullen wij aan het CTG duidelijk maken wat de uitkomsten zijn. De Kamer wordt daarover dan geïnformeerd.

Kortom, de kern is dat de totale beschikbare middelen van de AWBZ toereikend moeten zijn om eenieder die daartoe geïndiceerd is binnen aanvaardbare termijnen zorg te bieden. Dat vloeit voort uit de verzekeringsgedachte en de zorgplicht die daaruit voortkomt. Dat betekent niet automatisch dat er geen enkele beheersing hoeft te zijn of kan zijn, omdat iedere prikkel tot een doelmatige uitvoering van de verzekering dan gaat verdwijnen. Daarmee wordt het systeem dus helemaal onhoudbaar. De samenleving zal daar in die situatie een hoge prijs voor moeten betalen. Het gaat erom, een evenwicht te vinden tussen de prikkel tussen doelmatigheid en het scheppen van mogelijkheden om de wachtlijsten op te lossen, doordat de zorgkantoren c.q. de zorgverzekeraars aan de wettelijke zorgplicht kunnen voldoen.

De hoofdpoging in de modernisering van de AWBZ is hoe wij de onderscheiden doelstellingen, een meer vraaggericht flexibel stelsel, dat meer zorg op maat en dus een betere aansluiting van vraag naar en

aanbod van zorg mogelijk maakt, verbinden met een uitvoeringsstructuur die leidt tot meer samenhang zowel in de zorg alsook met aanpalende sectoren. Dat is van groot belang voor de cliënt. Mevrouw Ter Veld wees terecht op de betekenis van de regiovisie in dat kader, die tegelijkertijd lijdt tot een doelmatige en transparante uitvoering van de AWBZ.

Een kernpunt in de in gang gezette veranderingen is in feite de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing. Mevrouw Swenker heeft daarop gewezen. Ik proefde uit haar betoog overigens enige twijfel of dit nu daadwerkelijk gebeurt. Ik zal proberen aan te geven waarom ik denk, dat met de in gang gezette of gewenste veranderingen die omslag gemaakt zou kunnen worden. De kern is dat wij vanuit het oude systeem, dat heel erg aanbodgestuurd is vanuit het centrale niveau, via de WZV, de WVG en het macrobudget, in een geleidelijk proces naar meer vraagsturing wordt gegaan. Om die omslag te kunnen maken, moet aan een aantal voorwaarden kunnen worden voldaan.

De eerste is dat de verzekeringsfunctie in de AWBZ, de uitvoerder van de verzekering, verstevigd moet worden. De slagkracht van de zorgkantoren zou vergroot moeten worden. De AWBZ was in het verleden vooral een papieren uitvoering, met heel veel procedures en regels, maar weinig mensen die daadwerkelijk met die uitvoering bezig zijn. Het tweede element is dat het karakter van de aanspraken en van de institutionele gebonden aanspraken geflexibiliseerd moet worden en dat die aanspraken op termijn omgezet moeten worden in functionele aanspraken. Dat is echt een vervolgstap op de flexibilisering. Het derde element is dat het persoonsgebonden budget en het persoonsvolgende budget als volwaardige elementen in de AWBZ verankerd moeten worden. Het laatste element is dat het mogelijk moet zijn om tot een integrale afweging te komen van de beschikbare middelen. Nu zijn het allemaal verkokerde geldstromen, waarbij een afweging niet mogelijk is. Er zal meer afweging mogelijk moeten zijn, ook op basis van de ontwikkeling van de vraag. De kern hierbij is dat wij vinden dat de afweging het beste

## Vliegenthart

kan worden gemaakt op het regionale niveau.

Een aantal dingen moeten opgebouwd worden om de omslag te kunnen maken. Tegelijkertijd moeten wij dingen afbouwen. Het begint ermee dat wij een aantal dingen onder de WZV vandaan halen, zoals in het regeerakkoord is aangekondigd. Dit geldt voor alle voorzieningen waarin de woonfunctie centraal staat. Het scheiden van wonen en zorg brengen wij mede tot stand via flexibilisering van de aanspraak op verpleging en verzorging, die op 1 januari van kracht moet worden. Dat afbouwen betekent minder regelgeving. Op termijn moeten wij toe naar de situatie dat het zorgkantoor zelf de aanbieder kan contracteren die het meest doelmatig zorg van goede kwaliteit levert, die aansluit bij de behoeften van de burger. Afschaffing van de contracteerplicht past dus in dit geheel.

Voor de omslag van centrale sturing naar decentrale, meer vraaggerichte sturing moet je de instrumenten geschikt maken en de uitvoeringsorganisatie toerusten. Dit is een geleidelijk proces en je kunt de oude schoenen niet weggoeien voordat je de nieuwe hebt. Wij moeten in dit proces dan ook heel zorgvuldig te werk gaan. De essentie van de modernisering van de AWBZ is dus het realiseren van die omslag.

Het zorgkantoor heeft een essentiële functie in de uitvoering, als uitvoerder van de verzekeringsfunctie in het kader van de AWBZ. Het heeft de verantwoordelijkheid voor de zorgtoewijzing, vanuit de geldende wettelijke zorgplicht. Binnen de door de overheid vastgestelde wettelijke kaders dient het zorgkantoor door een doelmatig contracteerbeleid de ruimte te creëren waarbinnen de aanspraken tot gelding worden gebracht. Voor deze doelmatigheid is op langere termijn contracteervrijheid essentieel. Op het moment dat een zorgkantoor niets te onderhandelen heeft, kan het ook niet zorgen voor meer doelmatigheid in de uitvoering. Bij het systeem van kostenbeheersing, met de rol van het zorgkantoor hierin, hoort uiteindelijk ook de contracteervrijheid.

Mevrouw Swenker vroeg of de zorgkantoren wel voldoende prikkels voelen om zelf goed te functioneren. Wij willen een systeem van benchmarking en prikkels introduce-

ren om ervoor te zorgen dat de zorgkantoren hun verantwoordelijkheid op een goede manier waarmaken. Het College voor zorgverzekeringen en de MDW-werkgroep zijn er druk mee bezig om te bekijken op welke wijze wij voorwaarden hiervoor kunnen scheppen.

Mevrouw Van Leeuwen zei dat wij een deltaplan nodig hebben voor het wegwerken van de wachtlijsten in de ouderenzorg. Hoe het precies genoemd wordt, maakt mij eerlijk gezegd niet veel uit. Mijn prioriteit is natuurlijk de aanpak van de wachtlijsten. Ik heb in het begin van mijn verhaal al gezegd dat het niet uitsluitend een kwestie van extra geld is, maar ook van een betere organisatie om de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten. Dit zijn voor mij de twee sporen die gezamenlijk dat deltaplan dragen. Wij hebben in het afgelopen jaar met alle partijen meerjarenafspraken gemaakt en een plan van aanpak voor de wachtlijsten vastgesteld. Het is op zichzelf heel goed dat wij met al die partijen over de hele linie tot overeenstemming zijn gekomen over alle essentiële elementen.

In de eerste plaats gaat het hierbij om de uitbreiding van het zorgvolume. Daar is heel veel geld voor; ik zei het net al: 1,3 mld. voor deze hele periode. De heer Werner sprak een beetje denigrerend van lapmiddelen, maar ik zou die 1,3 mld. niet als lapmiddel willen beschouwen. De vraag of het genoeg is, kunnen wij bij gebrek aan concreet zicht erop natuurlijk niet beantwoorden, maar het bedrag is zeer substantieel. Wij zullen met alle betrokken partijen alle zeilen moeten bijzetten om het beschikbare geld op een adequate manier weg te zetten.

Daarnaast gaat het erom de integrale regionale aanpak van de wachtlijsten te realiseren. Ik heb in het begin van mijn verhaal er iets over gezegd hoe de verschillende wachtlijsten met elkaar samenhangen. Dat geeft de noodzaak aan om dit op regionaal niveau ook integraal te doen. Het is daarbij noodzakelijk om in de regio's te zorgen voor een adequate ondersteuning van de partijen die het moeten doen. Wat wij op dit moment merken is dat heel veel mensen enthousiast zijn en graag wat willen doen, maar in feite nog onvoldoende de dynamiek voelen die nodig is om tot een

substantiële uitbreiding van capaciteit te komen. Partijen moeten daarin hun verantwoordelijkheid nemen om er plannen voor te maken. Wat ook nodig is, is het verbeteren van de informatievoorziening. Als je niet weet wat je probleem is, kun je het ook niet oplossen, zo is mijn stelling. Een verbeterde informatievoorziening over de wachtlijsten en wachttijden is nodig. Ik heb al aangegeven dat dit voor mij een hoge prioriteit heeft.

Op basis van die bouwstenen moeten de zorgkantoren in de regio komen met plannen om te zorgen dat zij tot capaciteitsuitbreiding kunnen komen; het betekent productieafspraken maken met aanbieders in de regio om de wachtlijsten te verminderen. Wat ook heel belangrijk is, is dat op een adequate manier de zorgbemiddeling georganiseerd wordt, want heel veel mensen staan op verschillende wachtlijsten en kunnen soms goed geholpen worden met een second-best-oplossing. Als je dat niet goed uitvoert in de regio, blijven soms mensen nog weer veel langer verstoken van zorg dan eigenlijk nodig was, als je goed zou kijken naar wat de problemen zijn. Dat zien we overigens met name in de gehandicaptenzorg. Daar zien we er heel veel voorbeelden van dat, als men goed gaat kijken wat het probleem is en hoe het kan worden opgelost, men met een beetje creativiteit in de regio en met de extra middelen die er zijn, heel veel problemen op kan lossen. Maar het vergt in ieder geval wel dat partijen dan ook hun verantwoordelijkheid nemen om het werkelijk te gaan doen.

Voorzitter! Ik wilde nog een paar opmerkingen maken naar aanleiding van de uitspraken van de rechter, ook omdat de uitspraken ten aanzien van de thuiszorg en de gehandicaptenzorg weliswaar enigszins verschillend zijn, maar naar mijn oordeel wel in elkaars verlengde liggen. De uitspraak van de rechter in de gehandicaptenzorg laat zien dat de huidige wet- en regelgeving in feite onvoldoende ruimte geeft aan de zorgkantoren om een flexibel aanbod neer te zetten. Men verweerde zich daar met de argumentatie dat het Rijk in feite alles bepaalt via de WZV en de aanbodbeheersing. Er zijn inmiddels al wel wat meer instrumenten die ook in de regio partijen, via de



## Vliegenthart

flexibilisering van de middelen, ruimte geven om eigen initiatief te nemen. Maar goed, wat blijft, is dat op het moment dat men al het mogelijke gedaan heeft wat binnen de middelen ligt, het uiteindelijk de staat is die aangesproken wordt op het vervullen van de kaders. We zullen dus toe moeten naar de situatie waarin het zorgkantoor die verantwoordelijkheid kan dragen en de zorgplicht kan uitoefenen die voortvloeit uit de wet, doordat men in overleg met aanbieders en cliënten op regionaal niveau echt kan bepalen hoe men het aanbod van zorg laat aansluiten bij de vraag naar zorg. Daarom is ook de hele discussie over ontschotting van de zorg en het creëren van meer flexibiliteit in de uitvoering van zo groot belang.

Bij de thuiszorg heeft de rechter in feite vastgesteld dat het zorgkantoor een zorgplicht heeft en dat in de betreffende casussen de aanvaardbare wachttijden overschreden waren. Immers, het is niet zo dat het ongelimiteerd is waar men recht op heeft. Maar in de betreffende casus gold geen aanbodregeling vanuit het Rijk en is er de mogelijkheid om productieafspraken te maken. Daar is via de extra middelen die beschikbaar zijn, ook extra ruimte gegeven om die afspraken tot stand te brengen. Dat geeft op dat vlak in feite de mogelijkheid voor de zorgkantoren om hun rol te vervullen. Naar aanleiding van die uitspraak heeft ZN aangekondigd de daadwerkelijke behoefte in beeld te brengen. Men heeft eerst een schatting gemaakt van de wachtlijsten op basis van een globale enquête. Als het noodzakelijk is dat de zorgkantoren hun productieafspraken verruimen en op die manier kunnen vaststellen en als zij daarvoor extra financiële middelen nodig hebben bovenop de beschikbare intensiveringsruimte, dan zullen wij bekijken of de gegeven onderbouwing klopt, of wij er voldoende houvast aan hebben en of wij die kunnen relateren aan een beter zicht op de omvang en inhoud van de wachtlijsten en op de wachttijden per regio. Dat gaat vooraf aan het trekken van de uiteindelijke conclusie of men met datgene wat nu beschikbaar is, gezien de voorziene groei in de komende jaren, zijn verantwoordelijkheid niet zal kunnen waarmaken en of het gerechtvaardigd is om het budget te verhogen.

Wij zijn daarover in gesprek met alle partijen, maar de doelstelling moet natuurlijk zijn dat wij met elkaar in de komende periode een substantiële aanval op de wachtlijsten mogelijk maken.

De heer **Werner** (CDA): U zei bijna, maar nog net niet dat het budgettaire kader moet worden verhoogd als aan alle voorwaarden is voldaan, omdat de wet de aanspraken verzekert. U hield net op met de opmerking dat het wel binnen het budgettaire kader moest passen. Daar zit nu net de crux. Wat doet u nu als verantwoordelijk bewindspersoon? U bent verantwoordelijk voor de capaciteiten. Die zijn allemaal geanalyseerd, geïnventariseerd, goed bevonden, enz., maar er is een tekort; het budgettaire kader laat het niet toe. Bent u dan niet verplicht om op grond van de AWBZ te zeggen: ik heb eventjes meer geld nodig, ongeacht het regeerakkoord of de heer Zalm, want de wet verplicht mij ertoe?

De **voorzitter**: Ik wijs de heer Werner erop dat ik overigens niet de verantwoordelijke bewindspersoon ben, maar hij is niet de eerste vanavond die deze fout maakt in de omgangsvormen hier.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter! Ik heb in mijn verhaal geprobeerd de elementen uiteen te rafelen waar het om gaat. Het gaat natuurlijk om een goed en onderbouwd zicht op de daadwerkelijke zorgbehoefte. Het gaat er ook om of men al het mogelijke doet met de beschikbare middelen om uiteindelijk voldoende zorg te contracteren en te zorgen voor een doelmatige uitvoering van de AWBZ. In mijn ogen draait het erom dat aan de burgers die geïndiceerd zijn voor zorg dat recht op zorg daadwerkelijk wordt gegeven. Dat is ook een van de redenen waarom in de modernisering van de AWBZ de versterking van het verzekeringskarakter een van de leidende beginselen is; de aanpak van de wachtlijsten moet ook daartoe bijdragen. De vraag is alleen of je op voorhand zegt: wij hebben helemaal geen instrument van kostenbeheersing meer nodig; er hoeft geen budgettair kader meer voor te zijn. Er zal een prikkel in het systeem moeten zijn die de aanbieders en de verzekeraars dwingt tot een doelmatige uitvoe-

ring. Wij weten allemaal dat de prijzen anders omhoog gaan, want het is een schaars goed. Dan zijn de rapen echt gaar, want dan gaan de kosten gierend omhoog. Er zal een mechanisme moeten zijn dat tot kostenbeheersing leidt. Als je binnen de gegeven randvoorwaarden al het mogelijke doet vanuit je verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verzekeringsfunctie om tot een doelmatige uitvoering van de AWBZ te komen, als je alle beschikbare middelen, die 1,3 mld., hebt belegd met plannen om dat bedrag daadwerkelijk om te zetten in zorgvolume en als je kunt aantonen dat je daarmee een tekort hebt, dan vind ik dat op dat moment een gerechtvaardigd beroep op de overheid kan worden gedaan. De wet regelt het recht van burgers op zorg, mits geïndiceerd. Omdat het een wettelijk recht is, moeten wij daarvoor de benodigde middelen ter beschikking stellen. Nu wordt het echter omgedraaid: er is geen systeem van kostenbeheersing te verbinden aan een aanspraak op zorg. Die conclusie gaat mij veel te ver. Wij moeten de voorwaarden scheppen dat de verzekeraars, de zorgkantoren in de regio tot een doelmatige uitvoering van de AWBZ kunnen komen. Er zijn tal van projecten in het land uitgevoerd waaruit blijkt dat er heel veel mogelijk is als men wat meer vrijheden krijgt en wat creatiever kan zijn bij de inzet van middelen. Ik wil proberen om de zorgkantoren de middelen te verschaffen om uiteindelijk de verantwoordelijkheid waar te maken die men op grond van de wet heeft. De hoeveelheid middelen is daarvan één element. Verder denk ik aan beleidsvrijheid en ontschotting in de geldstromen. Dat is een belangrijke tweede voorwaarde.

De heer **Werner** (CDA): Ik ben blij met dit antwoord. Wij willen natuurlijk geen ondoelmatige zorg. Het moet afgewogen en verantwoord zijn. Ten principale kan de vraag worden gesteld wat leidend is: de AWBZ, die aanspraken garandeert, of het budgettaire kader van het regeerakkoord. De staatssecretaris verklaart vanmiddag de AWBZ leidend.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Naar aanleiding van nieuwe gegevens uit een RIVM-onderzoek naar de situatie

## Vliegenthart

in de gehandicaptenzorg heb ik vastgesteld dat de ramingen die wij bij het regeerakkoord hebben gebruikt voor de ontwikkeling van de vraag naar gehandicaptenzorg, niet toereikend zijn. Die ramingen waren overigens gebaseerd op "Gezondheidszorg in tel". Wij dachten ons toen in goed gezelschap van de sector te bevinden. Het onderzoek geeft aan dat met alle extra inspanningen de wachtlijsten zich gaan stabiliseren op een veel te hoog niveau. Er is vergrijzing in de gehandicaptenzorg en er is een toenemende zorgvraag als gevolg van de emancipatie.

Op basis van deze gegevens heb ik gezegd dat wij moeten bezien of wij er niet een schepje bovenop moeten doen. Dan kunnen wij alsnog de doelstellingen van het regeerakkoord waarmaken. Het zijn geen heilige kaders. De voorwaarde is dat men al het mogelijke doet om met de beschikbare middelen zoveel mogelijk resultaat te hebben. De sector kan niet alle problemen naar het bordje van de overheid schuiven. Men zal de eigen verantwoordelijkheid moeten nemen om een goede oplossing van de problemen te bewerkstelligen en te komen tot een doelmatige uitvoering. Daarbij is natuurlijk een transparant systeem nodig. Op dat vlak hebben wij nog wel het een en ander te winnen.

Het vervelende is dat deze problemen ook met veel extra geld niet van vandaag op morgen zijn op te lossen. Daarvoor zijn ze te groot en te hardnekkig geworden. Wij zullen er met een systematische aanpak en volgehouden energie voor moeten zorgen dat de wachtlijsten in de komende jaren substantieel korter worden. Het uitgangspunt daarbij is dat mensen met de meest urgente zorgvraag als eerste geholpen worden. Ik heb niet zoveel problemen met een wachtlijst als wij maar zeker weten dat degenen die echt urgent zorg nodig hebben, in ieder geval geholpen worden. Geleidelijk aan moet de wachtlijst een stuk korter worden.

**De voorzitter:** Hoe lang denkt de staatssecretaris nog nodig te hebben voor haar beantwoording?

**Staatssecretaris Vliegenthart:** Een minuut of twintig.

**De voorzitter:** Dan zullen wij daarna een dinerpauze houden.

**Staatssecretaris Vliegenthart:** Voorzitter! Mevrouw Van Leeuwen en mevrouw Swenker hebben gesproken over het belang van differentiatie van de zorg voor ouderen, eigenlijk ook als een waarschuwing voor tweedeling in de zorg. Ik ben het met hen eens dat die differentiatie buitengewoon belangrijk is en ook mogelijk moet zijn. Tegelijkertijd moeten wij evenwel de kwaliteit en de kwantiteit van de noodzakelijke zorg voor iedereen blijven garanderen. Wij proberen daar dan ook via verschillende wegen invulling aan te geven. Staatssecretaris Remkes en ik hebben een woonzorgstimuleringsregeling ontworpen. Wij streven ernaar om die regeling op 1 juli te doen ingaan, al moet zij nog aan de overzijde behandeld worden. Wat ook buitengewoon belangrijk is, is dat wij na afloop van de Overgangswet verzorgingshuizen op 1 januari aanstaande de verzorgingshuizen insluiten in de AWBZ via geflexibiliseerde aanspraken. Het gaat dan om de aanspraak op verzorgingshuiszorg, al dan niet met verblijf. Met die geflexibiliseerde aanspraak maken wij het dus mogelijk dat die vorm van zorg ook verstrekt wordt, zonder dat daarbij de wooncomponent noodzakelijkerwijze aangeboden moet worden. Het zijn die elementen die in de praktijk het scheiden van wonen en zorg mogelijk maken. Wij zien op dit moment al een enorme vlucht van initiatieven waarbij men dat in de praktijk al lang doet. Vaak gebeurt dat inderdaad via contracten tussen woningbouwcorporaties of projectontwikkelaars en de thuiszorg. Vanaf 1 januari kan dat in feite dus ook met verzorgingshuizen of verpleeghuizen. Dan kan het hele tussengebied waar mevrouw Ter Veld het over had, zich op die manier verder ontwikkelen.

Daarnaast proberen wij door een aantal praktische maatregelen het ontstaan van die flexibele arrangementen mogelijk te maken. Hier blijft ook dat meer kennis van zaken over hoe het allemaal kan, buitengewoon belangrijk is. Het is ook goed om te weten dat de extra middelen die voor de verpleging en verzorging beschikbaar zijn, op regionaal niveau ingezet kunnen worden. Men kan dat dus ook doen in de vorm van die flexibele verstrekking, zorg op maat of thuiszorg, waardoor die arrangementen mogelijk worden en gestimuleerd wordt dat partijen

contracten sluiten met de woningcorporaties en projectontwikkelaars. Daardoor kan men in feite om het hele traditionele bouwkeet heen. Dat is dan niet meer nodig. Zo kunnen wij daar vanaf 1 januari dus echt heel veel vaart mee maken. Ik hoop van harte dat al die partijen dat dan ook zullen doen. Uit mijn betoeg is impliciet al duidelijk geworden dat flexibilisering van de aanspraken belangrijk is om de omslag van aanbesteding naar vraagsturing mogelijk te maken. Daarmee wordt het verstrekkingsstelsel dat gebonden is aan alle instellingen als zodanig, losser. Vervolgens wordt dat bij de vervolgstap, de functionele aanspraken, helemaal losgelaten. Daarmee zijn steeds meer aanbieders van AWBZ-zorg mogelijk. Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen kunnen dan in feite over de hele linie de verstrekking verpleging en verzorging gaan leveren.

Mevrouw Swenker heeft een aantal opmerkingen gemaakt over de huishoudelijke hulp in de AWBZ en heeft gevraagd of dat al dan niet zo moet blijven. Ik wijs erop dat de reikwijdte van het pakket onderdeel is van de stelseldiscussie. Wij hebben geprobeerd om met de modernisering van de AWBZ een aantal noodzakelijke stappen tot verbetering van de uitvoering van de AWBZ te zetten, zonder daarmee vooruit te lopen op die grotere discussie over het stelsel. Wij zijn daar gezamenlijk namelijk nog de nodige voorbereidingen voor aan het treffen. Mevrouw Swenker wees er terecht op dat, als je de huishoudelijke hulp zo maar uit de AWBZ haalt, dit tot een negatief substitutie-effect kan leiden. Hierdoor kan met name sneller een beroep op intramurale zorg worden gedaan. Mensen die helemaal niets krijgen, kunnen sneller achteruitgaan waardoor zij ook versneld in het intramurale circuit terecht komen. Mevrouw Swenker vindt dat deze vorm van hulpverlening ondergebracht zou kunnen worden bij de WVG, omdat er een grote samenhang is tussen het dienstenpakket van huishoudelijke hulp en WVG. Ik ben het met haar eens dat die samenhang er is. De WVG wordt ondergebracht bij de integrale indicatiestelling. Daarmee kan de indicatie voor thuiszorg en WVG gezamenlijk gesteld worden. Dat zou er in een aantal gevallen toe kunnen leiden dat mensen geen zorg

## Vliegenthart

geïndiceerd krijgen, maar wel een aanpassing van de woning. Daarmee wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan de kwaliteit van de zorg uit het perspectief van de cliënt. Tegelijkertijd is dit ook de belangrijkste winst die geboekt kan worden, want het gaat uiteindelijk om die samenhang. Ik ben er echter niet voor om het dienstenpakket van huishoudelijke hulp uit de AWBZ te halen en het aan gemeenten over te dragen, dan is dat in essentie alleen maar een verschuiving van de financiering. Dan wordt namelijk geen uitspraak gedaan over het recht dat burgers daarop hebben. Het is de vraag of het in die situatie nog een zelfstandige meerwaarde heeft. In 1997 zijn onder leiding van mevrouw Terpstra gezinszorg en kruiswerk geïntegreerd, ook vanwege de overlapping tussen beide dienstverleningspakketten. Die samenhang heeft voor de cliënten een buitengewone meerwaarde. Ik vraag mij af wat wij over ons afroepen als wij dat uit de AWBZ halen. Als het alleen maar gaat om een financieringsverschuiving, zal het voor de burger niet veel uitmaken. De burger betaalt het immers via de premies of via de belastingen. Op dit moment loopt de eigen bijdrage redelijk gelijk op met het inkomen en mensen met een hoog inkomen zullen over het algemeen geen beroep doen op het dienstenpakket van de huishoudelijke hulp. Zij hebben het vaak al particulier geregeld. Dat zal in de toekomst nog wel vaker het geval zijn. Wij zullen die discussie zakelijk moeten voeren. Het lijkt mij, gezien de samenhang tussen de verschillende onderdelen, niet juist om één bouwsteen uit het functioneel georganiseerde systeem te halen. Ik ga ervan uit dat dit punt ongetwijfeld weer aan de orde komt bij de behandeling van dit pakketstelsel.

Voorzitter! Ten slotte ga ik over naar de jeugd, vooral omdat het jongste lid van dit huis daar uitvoerig over gesproken heeft. Het lijkt mij goed om daar aandacht aan te besteden. Ik ben het met de heer Van Vugt eens dat het buitengewoon belangrijk is dat de overheid een actief jeugdbeleid voert. De afgelopen maanden zijn er heel wat initiatieven genomen om te proberen meer samenhang in de aanpak te brengen op dat brede terrein van het jeugdbeleid. Het document "Jeugd in balans" dat door de gezamenlijke

overheden – VNG, IPO en Rijk – is vastgesteld, waarin de uitgangspunten voor een samenhangend jeugdbeleid worden geformuleerd, is in feite een historisch document. Het is nog niet eerder voorgekomen dat de overheden een gemeenschappelijke beleidsvisie vaststellen met uitgangspunten die zij alle gaan hanteren bij de verdere uitwerking van hun beleid. Dat geldt voor het Rijk, voor de provincies en voor de gemeentes. Dat document kan dus een heel belangrijke bijdrage leveren aan een betere afstemming van de inspanningen die de verschillende overheden doen, want ook hier geldt dat er sprake is van een gebrek aan samenhang en afstemming, zoals tussen de verschillende departementen ook voorkomt. Het is een breed gedragen stuk dat een belangrijke bijdrage kan leveren aan een versterking van het jeugdbeleid.

Er zijn vijf belangrijke uitgangspunten. Het eerste is dat de jeugd veel meer bij het beleid betrokken moet worden. Mevrouw Ter Veld deed een suggestie over kinderp participatie. Dat wil de overheid graag stimuleren. Wij hebben een nota uitgebracht over jeugdparticipatie, waarmee een commissie aan de slag gaat om vooral gemeentes en provincies te stimuleren om hetgeen nu mooi op papier staat te implementeren in het beleid.

Een tweede element is het versterken van de algemene voorzieningen en van het preventieve beleid. Voorkomen is nog altijd beter dan genezen. Wij leggen natuurlijk heel vaak de nadruk op het curatieve circuit. Die lijn uit het betoog van de heer Van Vugt deel ik van harte. Dat betekent wel dat de gemeenten en de provincies dat vanaf nu moeten toepassen in het eigen beleid. Vooral de gemeenten spelen een heel belangrijke rol bij het algemene voorzieningenniveau voor jongeren, bij hetgeen in buurten en wijken beschikbaar is en bij de laagdrempelige voorzieningen. Gelukkig kan via het project lokaal jeugdbeleid, dat wij samen met de VNG hebben opgezet, de ontwikkeling van een integraal lokaal jeugdbeleid verder worden ondersteund. Men wil de jeugdgezondheidszorg, de opvoedingondersteuning, de peuterspeelzalen en de kinderopvang veel beter op elkaar afstemmen. Men zal dus op gemeentelijk niveau de regiefunctie

veel beter inhoud moeten geven. Wij proberen de gemeenten in dat proces te ondersteunen. Uit de voorzieningen die er nu zijn, kan een veel beter rendement gehaald worden voor de jeugd.

Natuurlijk zullen wij ook moeten kijken naar de risicogroepen. Ook aan hen moeten wij extra aandacht geven om te voorkomen dat zij later buiten de boot vallen. Op de jeugdgezondheidszorg, het basispakket en het aanvullend pakket, willen wij een extra accent leggen, maar ook op de discussie over de vroeg- en voorschoolse educatie en de brede school. Dat zijn allemaal ontwikkelingen die erop gericht zijn, het algemene jeugdbeleid en het beleid dat gericht is op risicogroepen op een goede manier op elkaar af te stemmen. Ook hier vindt de omslag plaats van aanbodgericht naar vraaggestuurd. Het gaat daarbij om de vraag van jongeren en hun ouders. Als laatste element noem ik het brengen van meer samenhang in het projectenbeleid. Dat is hier vorig jaar bij de behandeling van de begroting ook aan de orde geweest. Het is natuurlijk een wens van ons allemaal om daar meer samenhang in te brengen.

Op het gebied van de jeugdzorg vindt op dit moment een majeure inspanning plaats. Enerzijds zijn er veel extra middelen beschikbaar om de knelpunten – wachtlijsten en het goed regelen van de toegang tot de jeugdzorg – daadwerkelijk op te lossen. Wij hebben daarvoor inmiddels de nodige adviezen gekregen en wij zullen op dat gebied ook wetgeving tot stand brengen. Inmiddels hebben wij de noodzakelijke middelen beschikbaar om de geformuleerde ambities daadwerkelijk tot stand te brengen.

Dan kom ik op de combiregeling. De heer Van Vugt maakt er een beetje een karikatuur van. De bedoeling van de combiregeling is om bij het bezoeken van uitwedstrijden door supporters de veiligheid en het ordelijk verloop te garanderen. Door het scheiden van de supporters en een gecontroleerde aankomst bij het stadion willen wij voorkomen dat problemen ontstaan. Dat neemt niet weg dat met 90 of 95% van de supporters, of misschien nog wel meer, helemaal niets mis is. Soms is het echter toch verstandig om ervoor te zorgen dat zij in verhitte situaties uit elkaar blijven. Ook binnen de stadions is er sprake van een

## Vliegenthart

scheiding van supporters. Daarvoor moest men opstappen op de vertrekplaats, de plaats waar de uit spelende club vandaan kwam. Ik geef het bekende voorbeeld. Ajax, Feyenoord en PSV hebben supporters door het hele land. Zij moesten eerst reizen naar Amsterdam, Rotterdam en Eindhoven om vervolgens naar de wedstrijd van hun club te kunnen als zij in deze regio woonachtig waren. Dat is natuurlijk een starre vormgeving van een regeling. Dat willen wij op een redelijke manier organiseren, want het is gewoon onredelijk dat het zo in elkaar zit, maar de bedoeling is wel dat uiteindelijk de gecontroleerde aankomst bij het stadion, met de scheiding van supporters, mogelijk wordt. Dat is voor de beheersing van de openbare orde wel belangrijk. Er is ook helemaal niemand in supportersland die zegt dat er niet zoiets als een combiregeling zou moeten zijn. Dat accepteert men gewoon, maar men zegt wel terecht dat het wel een beetje redelijk uitgevoerd moet worden. Wij zijn nu met al die partijen bezig om te zorgen dat het een beetje meer maatwerk wordt. Wij zorgen dat het doel van die regeling uiteindelijk wordt gerealiseerd zonder dat daar veel overlast aan verbonden is.

De heer **Van Schijndel** (GroenLinks): Over drie beleidsterreinen heeft u niet geantwoord: het discriminatieverbod van mensen met een handicap en chronisch zieken, het homo-emancipatiebeleid en het amateursportbeleid. Als u hierover schriftelijk kunt antwoorden, kan ik afzien van een tweede termijn.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik heb nog een briefje met alle punten die ik schriftelijk beantwoord, zodat ik de Kamer daarover helderheid kan geven: de kwestie van de pensioenvoorziening voor sporters, de vrijwilligersfaciliteiten, aandacht voor voorzieningen in ruimtelijk beleid, de Wet gelijke behandeling, de indicatie voor het PGB, de financiering van het LOC, de sociale infrastructuur in grote steden, homo-emancipatie, stimulering breedtesport en ouderen en technologie. Dat komt allemaal schriftelijk.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Kan de minister schriftelijk ingaan op het artikel in Het

Financieel Dagblad over de lumpsum en de specialisten? De staatssecretaris wil ik vragen of er een speciale voorziening komt voor landelijke en bovenregionale voorzieningen.

De **voorzitter**: Kunt u de knop ingedrukt houden?

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik doe mijn best, maar ik word er zo nerveus van dat iedereen bijna op mijn tenen staat. Als dat schriftelijk kan, dan graag.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Wij zullen dat schriftelijk doen. Er is al een brief aan de Kamer gestuurd, van 20 december, dat wij dat goed willen regelen. Dat geldt voor de landelijke voorziening en voor het punt van mevrouw Swenker dat het ook mogelijk moet zijn om buiten de eigen regio opgenomen te worden, bijvoorbeeld als je bij je kinderen in de buurt opgenomen wilt worden. Zorgverzekeraars Nederland heeft inmiddels een brief aan ons gestuurd dat zij een oplossing voor die problemen zullen treffen en wij zullen daarvan een afschrift doen toekomen.

De **voorzitter**: Zojuist is gezegd dat het denkbaar was dat wij nu zouden overgaan tot een dinerpauze. Dan zouden wij na de dinerpauze de tweede termijn hebben. Dat zou omstreeks 21.00 uur zijn. Ik ben daarna benaderd door een aantal leden die zeggen dat zij behoorlijk tevreden zijn gesteld door de toezegging om een aantal punten schriftelijk te behandelen. Daaruit leid ik af dat er geen behoefte bestaat aan een tweede termijn van de zijde van de Kamer.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

Sluiting 19.29 uur

## Besluiten en ingekomen stukken

### Lijst van besluiten

De voorzitter heeft na overleg met het College van senioren besloten om het voorbereidend onderzoek van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden door de vaste commissies voor

Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat en voor Justitie op 21 maart 2000:

Wijziging van artikel 141 van het Wetboek van Strafrecht (26519);

Wijziging van de Gemeentewet ter verbetering van de mogelijkheden tot bestrijding van grootschalige verstoringen van de openbare orde (26735);

Wijziging van het Wetboek van Strafvordering ter verruiming van de strafrechtelijke mogelijkheden tot handhaving van de openbare orde met het oog op grootschalige ordeverstoringen (26825); Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 28 maart 2000:

Wijziging van de Pensioen- en spaarfondsenwet met betrekking tot de medezeggenschap van gepensioneerden en de gelijkstelling in pensioenregelingen van geregistreerde partners met gehuwden (26674).

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

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

Gemeentelijke herindeling van West-Overijssel (26657);

Wijziging van het Wetboek van Strafvordering ter verruiming van de strafrechtelijke mogelijkheden tot handhaving van de openbare orde met het oog op grootschalige ordeverstoringen (26825).

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

2. de volgende regeringsmissives:

een, van de minister-president, minister van Algemene Zaken, houdende mededeling van het onmiddellijke ontslag van de heer dr. A. Peper als minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (griffiennr. 125340);

een, van de minister van Buitenlandse Zaken, ten geleide van de teksten van GBVB-verklaringen die de Raad van de Europese Unie heeft aangenomen (griffiennr. 125283);

een, van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking, inzake Ministeriële Conferentie inzake Waterveiligheid in de 21<sup>e</sup> Eeuw die op 21 en 22 maart plaatsvindt in Den Haag (griffiennr. 125280);