

## Voorzitter

Daartoe wordt besloten.

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

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het einde van deze editie.)

---

Aan de orde is de behandeling van de wetsvoorstellen:

- **Regeling van de taken voor de meteorologie en andere geofysische terreinen (Wet op het Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut) (27623);**
- **Wijziging van de Machtingswet Koninklijke PTT Nederland N.V. in verband met het opheffen van de uitzonderingen die voor de Koninklijke KPN Nederland N.V. gelden ten aanzien van de in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regeling voor grote vennootschappen (27604);**
- **Uitvoering van de Verordening (EG), nr. 718/1999, van de Raad van de Europese Unie van 29 maart 1999 betreffende het beleid ten aanzien van de capaciteit van de communautaire binnenvaartvloot met het oog op de bevordering van het vervoer over de binnenwateren (PBEG L 90) (Wet capaciteitsbeheersing binnenvaartvloot) (27634);**
- **Wijziging van de Warenwet met het oog op de incorporatie van productveiligheidsvoorschriften uit de Wet op de gevaarlijke werktuigen, zulks onder intrekking van deze wet en de Stoomwet (27651);**
- **Wijziging van de Wet op het primair onderwijs, de Wet op de expertisecentra, de Wet op het voortgezet onderwijs en de Wet educatie en beroepsonderwijs in verband met uitkeringen wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid van gewezen personeel anders dan op grond van de Ziektewet (27697);**

- **Regels inzake de vervanging van verloren of verminkte akten van de burgerlijke stand (27733);**
- **Wijziging van de Wet milieubeheer (uitbreiding taak Stichting Advisering Bestuursrechtspraak voor Milieu en Ruimtelijke Ordening) (27791).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fractie van GroenLinks wordt conform artikel 121 van het Reglement van orde aantekening verleend dat zij geacht willen worden zich niet met wetsvoorstel 27604 te hebben kunnen verenigen.

---

Aan de orde is het debat over **De Zorg in Nederland (Eerste Kamer, vergaderjaar 2001-2002, nr. 11).**

De heer **Boorsma** (CDA): Mijnheer de voorzitter. Het debat dat vandaag wordt gehouden heeft een voorgeschiedenis: de CDA-fractie heeft in dit huis voorgesteld een parlementaire enquête te houden naar de zorg in Nederland. Wij wilden dat omdat wij ons grote zorgen maken over de zorg in Nederland. De enquête is niet doorgegaan omdat de meeste andere fracties dat, nog, niet opportuun vonden: ze verkozen dit debat. Wij betreuren dat de andere fracties het voorstel niet steunden. Dit debat kan misschien de onvrede wat wegnemen en onze zorg verminderen. Dat hopen wij natuurlijk. We zullen hier en daar de regering voorzien van de nodige kritiek, maar we beseffen twee dingen heel goed. Ten eerste is een belangrijke oorzaak van enkele problemen het streven naar kostenbeheersing, dat door onze fractie sterk is gesteund, zij het dat de regering naar onze smaak in 1994 is doorgeschoten. Ten tweede zal de minister onmiddellijk beamen dat een van de meest ingewikkelde en daarom meest moeilijk te besturen sectoren de zorgsector is. De andere sectoren halen het daar echt niet bij.

Politiek interessant is dat de VVD-fractie in dit huis eigenlijk meteen vorig jaar bij de algemene politieke beschouwingen stelde geen behoefte te hebben aan een parlementaire enquête, terwijl de

centrale probleemstelling nog niet geformuleerd was en dat de VVD-fractie in de Tweede Kamer enkele maanden later reageerde en herhaalde dat wellicht toch een enquête nodig was.

Namens de CDA-fractie zeg ik de minister dank voor de soms zeer uitvoerige informatie en soms zeer goede antwoorden. Op onderdelen schoot de beantwoording schromelijk tekort; daar kom ik dus op terug. Wij hopen dat dit debat een bijdrage kan leveren aan het beleid voor de toekomst, omdat wij ons echt zorgen maken voor de degenen die de hulp nodig hebben, nu en straks, vanuit ons CDA-beginsel van solidariteit, tussen oud en jong, tussen arm en rijk, tussen gezonden en zieken, maar ook omdat wij ons zorgen maken over de blijvende betrokkenheid van de velen die zich met hart en ziel inzetten voor die zorg.

Waar gaat het ons om? Wij willen weten:

- of er een duidelijk zicht is op de aanwending van de middelen, de daarmee geleverde prestaties en de daarbij horende verantwoordelijkheid;
- of het geld dat is uitgetrokken goed en volledig is besteed;
- of het centrale probleem van de wachtlijsten en -tijden op een redelijke termijn opgelost wordt.

Het spreekt voor zich dat bij deze vraagpunten nagegaan moet worden of er knelpunten bestaan. Uiteindelijk gaat het de CDA-fractie erom of de minister een beleid voor de toekomst heeft uitgestippeld dat de nodige helderheid verschaft, dat de genoemde problemen effectief aanpakt en dat voldoende vertrouwen geniet van de actoren in het veld. De centrale vraag is derhalve: is de zorgsector in Nederland nog wel "in control"? De minister kent ongetwijfeld deze uitdrukking uit de ondernemerswereld. Zodra de commissarissen deze vraag opwerpen ziet het er slecht uit voor de onderneming, maar ook voor de raad van bestuur.

In mijn betoog ga ik eerst in op het waarom van de behoefte aan een enquête of debat. Ten tweede zal ik ingaan op enkele punten uit de brief die de minister schreef bij het tweede deel van de vragen, een zeer interessante en verhelderende brief. Ten derde behandel ik enkele centrale punten zoals de stelselherziening, de besteding van de

## Boorsma

extra middelen, het budget en de loon- en prijsstijging, de bureaucratie en de wachtlijsten. Ten vierde zal ik ingaan op de gevolgen van de vergrijzing voor vraag en aanbod, misschien wel het meest centrale punt. Daarbij zal ik ingaan op de werkgelegenheid, de motivatie en het verzuim. Tot slot zal ik ingaan op de noodzaak van een vertrouwens-offensief. Het betoog wordt afgesloten met een samenvatting van knelpunten en met aanbevelingen. Wij geven onmiddellijk toe dat het buitengewoon moeilijk is om tot een sluitend pakket van aanbevelingen te komen. Wellicht leveren wij een bijdrage.

De centrale vraag, of de sector nog "in control" is, wordt gesteld vanwege een keten van vragen en knelpunten:

1. Toen wij het initiatief namen om te komen tot een enquête, stonden tal van indicatoren op oranje of rood. In de loop van de tijd werd het beeld alleen maar somberder: specialisten zagen het niet meer zitten en namen ontslag, in de ziekenhuizen zijn acties gevoerd, de huisartsen, toch geen actievoerend volk, kwamen in opstand, de vroedvrouwen lieten van zich horen, de tandartsen sloten zich aan. De hele sector leek in opstand en er leek weinig vertrouwen te bestaan tussen de actoren in het veld aan de ene kant en de regering aan de andere kant.

2. De patiënten kregen niet tijdig de zorg die ze nodig hadden, de wachtlijsten groeiden, de wachttijden liepen op en er werden met succes rechtszaken gevoerd om hulp af te dwingen. Er is zoveel aandacht aan dit nijpende probleem gegeven dat ik de problematiek niet meer hoeft te schetsen. Maar de gemiddelde burger begrijpt het onmiddellijk: het is schrijnend dat men soms maanden moet wachten op zorg waarvoor je denkt verzekerd te zijn! Er wordt tegenwoordig wel gesproken over "borging van het publieke belang": inderdaad het publieke belang leek niet meer geborgd te zijn en de publieke verzekeringen bleken het publieke belang, toegang tot de zorg waar je recht op had, niet meer te dienen. Wij discussiëren over solidariteit en zorgen voor elkaar, maar moeten constateren dat die beginselen, zo belangrijk in elk geval voor het CDA, in de knel zijn gekomen.

3. Een litanie van klachten hoorden wij bij een rondgang langs

enkele algemene ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, die alleen maar werd versterkt door de kennisneming van rapporten en krantenberichten. De litanie van klachten betreft de wachtlijsten, de werkdruk voor het personeel, agressie in de huisartsenpraktijk, excessieve regelgeving, de zogenaamde bureaucratie van het CTG, de personeelstekorten, de bestuurlijke mist, tekortschietende budgetten voor medicijnen in verpleeghuizen, getouwtrek tussen verzekeraars en instellingen, beloften van de minister die niet na worden gekomen, nauwelijks tijd om de patiënt te behandelen, toenemende werkdruk in de verloskunde en bij de huisartsen, stijging van het aantal ingediende klachten over medische behandeling of over het weigeren van behandeling, tekortschietende inspectie van de Inspectie GGZ, etc. Het is maar een willekeurige greep van onderwerpen, maar het is al ten hemel schreiend. Zie ook de indringende publicatie van mevrouw Hom in een rapport over schotten tussen cure en care. Zij concludeert dat er zeer veel problemen bestaan, waarvan maar een deel te maken hebben met de schotten. Wat een achterstallig onderhoud! Waarom zijn deze problemen de afgelopen 8 jaar niet aangepakt? Ik geef onmiddellijk toe dat het beleid op sommige punten inmiddels wel is bijgesteld, gelukkig, maar andere punten zijn erbij gekomen.

4. Enkele rapporten van de Algemene Rekenkamer lieten zien dat de informatie en de verantwoording tekortschieten, zodat het maar de vraag is of de bewindsvrouwen, maar ook de andere actoren in het veld, zich als een goed rentmeester van de collectieve middelen hebben gedragen.

De minister heeft het tweede deel vragen van de schriftelijke voorbereiding vergezeld doen gaan van een interessante brief, een soort apologie. De minister schrijft dat de commissie kennelijk veronderstelt dat de huidige ontwikkelingen in het verleden volledig voorspelbaar waren. Ze stelt daar tegenover dat de zorgvraag de laatste jaren veel sterker is gestegen dan destijds is voorzien.

Is dat een juiste voorstelling van zaken? Ten dele. Het is waar dat de scherpere aanpak van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid heeft geleid tot een sterker beroep op de

zorg. Maar de andere factoren die ze noemde, de toegenomen welvaart, de verbeterde behandelcapaciteiten, etc. zijn toch geen excuses? De minister kon wel degelijk weten dat met een sterkere economische groei en een uitgebreide behandelcapaciteit de vraag stijgt. Elk aanbod schept zijn eigen vraag, geldt hier. Regeren is toch vooruitzien? Als de minister schrijft dat "achteraf moet worden vastgesteld dat de ramingen van destijds onvoldoende met deze ontwikkelingen rekening hebben kunnen houden...", vraag ik haar dat verder te verduidelijken. Waarom heeft zij dat niet gedaan?

In dit verband wijs ik op het beleid van de kostenbeheersing, door de minister in haar apologie en haar antwoorden vaak beklemtoond. Bijzonder is wat Van Mierlo, de architect van Paars, en collega Kohnstamm hebben gezegd in Vrij Nederland van 9 juni 2001. Van Mierlo stelde dat in 1994 is besloten op de zorg te bezuinigen, de "zorg is in een te krappe jas gehesen" en Kohnstamm zei – ik hoop natuurlijk dat Vrij Nederland hem goed heeft geciteerd – "de gezondheidszorg is de dupe geworden van de vurige wens om zonder de christendemocraten te regeren."

Bij de formatie van het eerste kabinet-Kok heeft de toen beoogde minister-president als formateur gekozen voor een volumegroei van 1,3% per jaar, wat evident te laag was. Kok wilde niets weten van extra geld naar de zorg: "Dat kostte te veel geld en leverde daarom problemen en tijdverlies voor de informatiepoging op." De minister, afkomstig uit het veld, wist dat, of niet? Bij de behandeling van de eerste begroting heeft de CDA-fractie er op gewezen dat de volumegroei tekortschoot en fors omhoog moest. Wij stelden toen al dat veeleer uit moest worden gegaan van 1,8%. Dat is achteraf ook te laag, maar dat doet er nu niet toe. De volumegroei van de zorgproductie werd bewust flink beneden de groei van de vraag gesteld die toen bekend was; of niet, zo vraag ik de minister. En sprekend over de ontwikkelingen in de zorg, bij diezelfde begrotingsbehandeling heb ik de aandacht gevraagd voor de sterke en groeiende knelpunten in de thuiszorg, die toen al manifest werden. Herinnert de minister zich dat ik haar en de staatssecretaris van toen heb uitgenodigd om samen een werkbezoek te brengen aan de

## Boorsma

instelling voor de thuiszorg naar ik meen in Salland? De bewindsvrouwen van toen wilden daar niet op ingaan.

Ons grootste bezwaar tegen het macrobudgetkader zoals dat de laatste 8 jaar is gehanteerd, is dat het budget niet is vastgesteld op basis van de geraamde behoefte aan zorg, maar op basis van macro-economische grootheden als collectieve lastendruk en financieringstekort. De minister zal het wel met ons eens zijn.

In de tweede plaats gaat de minister in op de wachttijdenproblematiek. De minister wil de indruk wegnemen dat het probleem duidt op een over de hele linie slecht functionerende sector. Die indruk bestond bij ons helemaal niet. Onze kritiek was niet gericht op de sector, waar hard wordt gewerkt met grote inzet en inventiviteit, maar op de regering! Dat daarnaast ook enkele andere actoren wellicht boter op het hoofd hebben is evident. Op dit probleem van de wachttijsten ga ik straks uitvoeriger in.

In de derde plaats bespeurt de minister een rode draad in de vragen van de commissie dat de minister als enige verantwoordelijk zou zijn voor de prestaties van de zorgsector. Waarop de minister dat baseert ontgaat de CDA-fractie omdat ons al te goed bekend is dat juist hier sprake is van grote spreiding van verantwoordelijkheid. Om het jaarverslag van de heer Kingma, de inspecteur-generaal van de zorg te citeren: de minister is verantwoordelijk, maar niet alleen, de ziekenhuizen hebben massaal verpleegkundigen ontslagen en geen carrièerbeleid gevoerd, de specialisten hebben de opleidingen zelf afgeknepen. Wij zijn het met de minister eens dat in deze sector sprake is van spreiding van verantwoordelijkheid. De vraag is nu waar de minister concreet voor verantwoordelijk was en is. Wie was verantwoordelijk voor de instelling en de bewaking van het te krappe budget van 1,3% volumegroei tijdens het kabinet-Kok-I? Wie was en is verantwoordelijk voor een juiste informatievoorziening aan de Staten-Generaal? Wie was en is verantwoordelijk voor de huidige inrichting van het stelsel?

Waar het gaat om de inrichting van het stelsel schrijft de minister dat wellicht te lang is vastgehouden aan het model van aanbodsturing. Het gaat nu niet aan om de

geschiedenis te reconstrueren. De minister verwijst naar de commissie Willems uit de Tweede Kamer voor een zogenoemd leerzame analyse. Wat wij leerzaam vinden is dat de minister niet schrijft dat de regering bij het regeerakkoord van Paars I heeft besloten om geen discussie te voeren over het stelsel in grote lijnen. De partijen in het kabinet-Kok waren – en zijn, zoals onlangs aan de overzijde van het Binnenhof bleek – het fundamenteel zo oneens over de inrichting van de zorgsector, dat ze besloten in het regeerakkoord vast te leggen dat geen maatregel genomen zou worden die niet strookte met de opvattingen van een der partijen, een no regret beleid. De minister wilde al werkend en pragmatisch komen tot waar mogelijk bijstellingen in het systeem van wet- en regelgeving, een ad hoc beleid voornamelijk gericht op kostenbeheersing. De CDA-fractie heeft een- en andermaal gewaarschuwd dat de optelsom van acht jaar Paars pragmatisme wel eens een grote wanorde in de sector tot gevolg zou kunnen hebben. Wij lijken gelijk te hebben gekregen. De tegenstellingen zijn er nog binnen Paars: zie de recente algemene politieke beschouwingen aan de overzijde. Dus dat belooft weinig goeds voor de toekomst. Wij betreuren het gevolgde kabinetsbeleid en constateren dat de minister wat dat betreft gevangene was van een verkeerd akkoord, zij het dat ze daarin toegestemd had.

Is het stelsel de belangrijkste oorzaak van de problemen in de zorg? Wij menen dat het gevoerde beleid de eerste oorzaak is van de genoemde problemen. Wij menen dat er voldoende werk aan de winkel is, voldoende achterstallig onderhoud. Zoveel zelfs, dat het werken daaraan belangrijker lijkt dan weer minstens vier jaar discussie over een ander verzekeringsstelsel, met eindeloos getouwtrek over de omvang van de nominale of procentuele premie en over lastige fiscale verrekening achteraf. Wij krijgen dan misschien een mooi verzekeringsstelsel voor een zorgsector, maar de mensen die er nog zouden willen werken, zijn dan al vertrokken. Dat zou een bedroevend resultaat zijn. Wij zijn bang dat de discussie over een stelselwijziging – hoe nodig misschien ook – alle energie zal opslokken, zodat van een wegwerken van de vele knelpunten en van achterstallig onderhoud in het

systeem te weinig terecht komt. En dat terwijl het vijf voor twaalf is!

Zijn de verstrekte extra middelen goed besteed? Interessant is wat de heer Wiegel als voorzitter van het ZN zei in mei jl.: "We weten nu nog niet wie wat krijgt en hoe dat gefinancierd wordt." ... "Borst heeft gewoon te veel beloften gedaan." Eerlijk gezegd, vrezten wij ook dat de minister toen in een opwelling te veel heeft beloofd en dat zij uitspraken heeft gedaan als: geld is geen probleem. Ook zagen wij door de bomen het bos niet meer. Bedragen rolden in het voorjaar over elkaar heen. Dat moet leiden tot verwarring in de sector en zeker ook in de Staten-Generaal.

Ik maak in dit verband nog enkele andere opmerkingen. In de eerste plaats is ons veel extra informatie geworden, vooral via de antwoorden op de vragen. Helemaal bevredigend is die informatie niet. De indruk die Peter Lems beschreef in de Volkskrant van 27 juni jl. is niet geheel weggenomen. Hij schreef dat in de periode 1993-2000 26 mld gulden extra is uitgegeven zonder zichtbaar effect op de werkdruk, op de wachttijsten en op de werkwilligheid. Hij sprak over de zorg als over een bodemloze put. Sprekend is ook de uitspraak van Scheerder van juni jl., dat niemand iets kan zeggen over het effect van extra geld op de gezondheidssituatie. Uiteraard is het beeld door de antwoorden van de bewindsvrouwen wel veel genuanceerder geworden. We weten vrij goed waar het geld is gebleven, dus hoeveel terecht is gekomen in de thuiszorg, hoeveel in de ziekenhuizen, etc. Ook hebben we wat meer indicatoren over de zorg, maar over het algemeen weten we niet welke prestaties zijn geleverd. Met de bewindsvrouwen constateren we dat de productie is toegenomen en dat er inderdaad indicatoren zijn die wijzen op een gestegen kwaliteit. Voor de ziekenhuizen zien we voor vier soorten verrichtingen cijfers die wijzen op extra productie. Hoe zit het met de andere verrichtingen? De minister kan toch geen algemene conclusie baseren op basis van vier geselecteerde verrichtingen? Helaas is er nog veel te doen. De bewindsvrouwen stellen dat de kwaliteit is toegenomen. We hebben daar informatie over gezien. De belangverenigingen voor verpleegkundigen en verzorgenden hebben naar aanleiding van de miljoenennota

## Boorsma

2002 gewaarschuwd dat de zorgvershraling verder zal toemenen, terwijl de Vereniging gehandicaptenzorg Nederland vindt dat te weinig geld wordt uitgetrokken om de kwaliteit te verbeteren. GGZ Nederland waarschuwde ook dat kwantiteit en kwaliteit in gevaar komen.

In de tweede plaats hebben we tal van rapporten gehad die aangeven hoe in de toekomst de informatievoorziening er uit zal zien. Ik doel dan onder andere op het Branche-rapport Volksgezondheid 2001. Wij zijn daar positief over, doch wachten het af. Grotendeels moeten de lege tabellen nog worden ingevuld! Kennelijk was er veel druk nodig om een betere informatievoorziening te bereiken. Dan denk ik onder andere aan een kritisch rapport van de rekenkamer en de dreiging met een enquête door de Eerste Kamer en later ook door de Tweede Kamer.

Het veld krabt zich achter de oren als het gaat om de zogenaamde extra middelen. Ik heb directeuren gesproken die extra productie hebben geleverd, maar die nog geen extra geld hebben gezien. In hoeverre gaat het om "fancy" geld dat niet is besteed, zodat er straks weer sprake is van onderuitputting? We verwachten op dat punt duidelijkheid van de minister. Wij hebben het idee dat de extra gelden in de AWBZ wel zijn besteed via de PGB's, maar dat ze vooral in de ziekenhuizen niet zijn besteed. Daar zal straks, schatten wij in, sprake zijn van onderuitputting door enkele factoren. Dan denk ik onder andere aan personeelstekorten en verschillen in bekostigingsregels voor gewone productie en extra productie. Daarnaast moeten de verzekeraars wennen aan de nieuwe rekenregels en regelgeving. Het veld klaagt in ieder geval dat ze remmend werken; dat zal dus wel zo zijn. Sprekend over onderuitputting is het pikant dat het CTG op 18 september rapporteerde dat ziekenhuizen en specialisten over het jaar 2000 nog geen kwart hadden gebruikt van het geld voor de aanpak van de wachtlijsten. Kan men dan verwachten dat het geld over 2001 – 1,2 mld gulden – wel uitputtend besteed zal worden? Ik kom hier straks op terug.

Pratend over geld: sinds 1993/94 is het percentage ziekenhuizen met een negatief exploitatieresultaat al schommelend gestegen van 34 naar 42. Soortgelijke cijfers kan ik geven

voor allerlei andere instellingen in de gezondheidszorg. Dat is zorgwekkend. Ook is het een indicatie dat ondanks de sterke groei van het budget, de tarieven niet kostendekkend zijn. We weten dat onder andere de toewijzing aan het budget voor loon- en prijsstijging niet toereikend is geweest. Wil de minister in zo'n systeem echt marktwerking invoeren? Wij willen vanuit de CDA-visie graag dat er een meer gedereguleerd systeem komt. Dat heeft het CDA al in een rapport van 1987 bepleit. De marktwerking impliceert echter wel dat instellingen meer autonomie hebben en ook in staat moeten zijn om financiële tegenvallers op te vangen. Dan zijn jaarlijkse negatieve exploitatieresultaten uit den boze. Hierbij moet worden bedacht dat vermogenspositie van vele instellingen de laatste jaren stelselmatig is verslechterd. Zo luidt althans onze informatie. Welke les leert de minister uit die data?

Pratend over geld: de vergoedingen voor loon- en prijsstijging lijken niet voldoende te zijn geweest. Is de minister bereid de loon- en prijscomponent structureel adequater te vergoeden? De sector heeft nog onlangs een nieuwe cao gesloten. We begrijpen dat de daarmee gemoeide extra lasten voor een deel ten laste komen van het budget. Daardoor wordt het wegwerken van de wachtlijsten toch weer gefrustreerd?

Sprekend over een algemeen financieel kader: een macrobudget lijkt de CDA-fractie ook in de toekomst nodig, omdat de menselijke behoeften oneindig zijn, maar dan wel een budget dat is gebaseerd op een reële inschatting van vraag en capaciteit. Daarbij moeten wij beseffen dat de afgelopen acht jaar conjunctureel buitengewoon positief zijn geweest. De voortdurende meevallers in de sociale zekerheid konden worden gebruikt in zorg. Men hoeft echter geen groot econoom te zijn om te begrijpen dat de financiële positie in 2001 en 2002 alleen maar slechter zal worden. Een nieuwe minister voor de zorg zal het in de komende jaren wellicht moeilijker krijgen. Kan de minister ons verzekeren dat er in de toekomst voldoende volumegroei in de zorgmiddelen wordt gegeven? Is dat probleem "in control"? Dat lijkt conjunctureel gezien niet het geval te zijn. Overigens besef ik terdege dat

de bewindsvrouwen die verzekering voor de toekomst niet kunnen geven.

Bureaucratie veroorzaakt zoveel knelpunten dat een apart beleidsdebat daarover zo langzamerhand gerechtvaardigd zou zijn. In mijn voorbereide tekst staan vele voorbeelden, maar laat ik korthedshalve ter adstructie nu maar verwijzen naar schriftelijke vragen die ik in dit verband heb gesteld. Bij mijn rondgang langs instellingen werd het probleem van de bureaucratie voortdurend genoemd. Bij de mensen uit de praktijk is bureaucratie de dominante klacht. Zie wat de hinder van de bureaucratie betreft, het stuk van Jet Bruinsma in Volkskrant van 26 september jl. In dat stuk stelt bestuurder Van der Meeren van het St. Elisabeth ziekenhuis van Tilburg dat de regels van de bureaucratie vaak de grootste obstakels zijn bij het realiseren van doelen op gebied van wachtlijsten en werving. De minister kent ongetwijfeld ook het rapport van Price Waterhouse dat aangeeft dat de zorg wordt "geteisterd door een woud van overbodige regelgeving". Met onnodige regelgeving is 50 mln tot 100 mln gulden gemoeid. Voor een deel is dit overigens te wijten aan de verantwoordingsplicht, die voortkomt uit de wens van de Staten-Generaal om geïnformeerd te zijn over de besteding van gelden. Sprekend over bureaucratie en verkeerde prikkels: hoe worden het Maaslandziekenhuis in Sittard, het Diakonessenziekenhuis in Leiden en het Bosch medisch centrum behandeld? Zij waren in 2000 voorbeelden van het wegwerken van wachtlijsten, maar ze werden daarna gekort omdat de productie niet nog verder kon worden opgevoerd. Wat heeft de minister aan dit concrete probleem gedaan of laten doen?

Ik kom nu te spreken over wachtlijsten en wachttijden. In haar brief wijst de minister er op dat ook andere factoren dan kostenbeheersing een rol spelen. Enkele ontwikkelingen waren inderdaad niet te voorzien. Dat betreft vooral de stijging van het aantal artsen dat in deeltijd wil werken, waardoor er knelpunten aan de aanbodzijde zijn opgetreden. De minister schrijft dan vervolgens dat het kabinet actief is geweest in het verruimen van de opleidingscapaciteit, daar waar de behoeftelingen daartoe aanleiding gaven. In onze ogen stelt de regering de zaken hier rooskleurig voor. De



## Boorsma

opleidingscapaciteit is te laat en niet voldoende verruimd. Dat wil ik adstrueren aan de hand van een andere belangrijke ontwikkeling, te weten de vergrijzing. Na 1965 kwam er een einde aan de "babyboom" welke begon in 1946. Toen al kon men uitrekenen dat er na 2000 een stijging van het aantal vijftigers zou komen. Vooral na de ramingen van het CBS van omstreeks 1985 – meer dan 15 jaar geleden – is volstrekt duidelijk geworden hoe de demografische ontwikkelingen ruwweg zouden zijn, nu en in de komende decennia. De ontwikkelingen waren dus in belangrijke mate te voorzien geweest, indien men zich daarop had gericht. Ik wijs bijvoorbeeld op de verhalen die minister Zalm al jarenlang in de miljoenennota schrijft. De bewindsvrouwen hebben zich ingespannen om de grote problematiek van de wachttijden en wachtlijsten aan te pakken, maar zij hebben dat te laat gedaan. De wachtlijsten waren er tien jaar geleden ook al. Toen begonnen de lengtes ervan al onaantvaardbaar te worden. In antwoord op een van onze vragen schrijft de minister dat het kabinet-Lubbers III – voor Paars I, dus – een belangrijke plaats gaf aan de aanpak van wachtlijsten in de gehandicaptenzorg en de verpleeghuissector. Ook de geestelijke gezondheidszorg kreeg toen extra aandacht. Ergo, omstreeks 1990 werd dit al aangepakt. Echter, het regeerakkoord van Paars I noemde de wachtlijsten niet en deed er ook niets aan. Volgens de antwoorden werden de wachtlijsten pas medio jaren negentig structureel onaantvaardbaar. Dat is een verkeerde voorstelling van zaken. De kabinetten-Kok I en Kok II hebben pas de laatste jaren het probleem echt onderkend en extra middelen beschikbaar gesteld, vooral onder de druk van enkele rechtszaken en dreigingen daarmee. Wat hebben deze kabinetten aan deze problematiek gedaan in de periode 1994-1999? Pas daarna is toch een gerichte actie begonnen?

Er kan natuurlijk worden geconstateerd dat enkele successen zijn bereikt. In de thuiszorg is de wachtlijst fors gereduceerd. In de gehandicaptenzorg zijn de wachttijden korter geworden. Ook zijn bij enkele verrichtingen binnen ziekenhuizen de productieaantallen flink gestegen. De wachtlijsten in ziekenhuizen zijn echter amper of

niet gedaald. Hier en daar zijn de wachttijden verkort, maar in het algemeen worden de zogenaamde Treeknormen niet gehaald. De Bruijn wijst erop dat bij het wegwerken van de wachtlijst er amper tijd was om nieuwe patiënten te zien, zodat eigenlijk een nieuwe verborgen vraag gecreëerd wordt! In de ziekenhuizen wordt meer in dagverpleging gerealiseerd. Dat is minder belastend voor de patiënten, maar levert extra druk op voor de thuiszorg en de verpleeghuizen. Het lijkt erop dat er een verschil is tussen delen van de "care" enerzijds en de "cure" anderzijds. In de "care" is het probleem van de wachtlijsten eerder aangepakt. Daar staat tegenover dat de "cure" qua regelgeving ingewikkelder is. Maar ook binnen de "care" geldt: er is een succesverhaal van de PGB's bij de thuiszorg, waar sprake is van weinig infrastructuur en complicerende regelgeving. Dit spoot met de eerdere waarneming over de verschillen in onderuitputting. Temidden van de aanvankelijk gespierde succesverhalen kwamen de tegenvallers: ondanks de inzet van extra middelen, liepen wachtlijsten – bijvoorbeeld in Friesland – niet terug. Men kwam in aanraking met het fenomeen van de verborgen vraag! Die bleek bijvoorbeeld heel duidelijk in de zorg voor de verstandelijk gehandicapten. Bij de ambulante zorg en de kortverblijfszorg steeg het aantal afgegeven indicaties met ruim 65% respectievelijk 42%. Wij vragen ons af hoe groot de nood is geweest in de gezinnen waar die hulp niet eerder is geboden. Heeft de minister zich nu echt laten verrassen door de verborgen vraag? Men wist toch dat patiënten zeer lang moesten wachten op een eerste gesprek? Men wist toch dat mensen afhaakten? Nog steeds komen er berichten dat de wachtlijsten niet kleiner worden. "De wachtlijsten in het ziekenhuis lopen op.", zo waarschuwde op prinsjesdag de heer Van der Plank, directeur van de Vereniging van ziekenhuizen. Ook de NVZ en de OMS klaagden dat te weinig beschikbaar wordt gesteld om te investeren in de aanpak van het groeiende personeelstekort. Dat is natuurlijk fnuikend voor de aanpak van de wachtlijsten.

De regering heeft de laatste jaren enkele goede maatregelen genomen: inzet van extra middelen, instelling van speciale werkgroepen, centrale registratie, etc. Maar is het niet

tekenend dat de Taskforce aanpak wachtlijsten AWBZ pas per 15 mei 2000 de wachtlijsten voor de sector verpleging en verzorging heeft gemeten? Hoe is het in vredesnaam mogelijk dat deze minister – toch afkomstig uit de zorgsector – zo lang heeft gewacht met het in kaart brengen van deze problematiek? Kan zij dat uitleggen? Een van onze beleidsvragen ging daar natuurlijk over. Over de "care" in het algemeen en de ouderenzorg in het bijzonder schrijft de minister: "Er was geen integrale indicatiestelling.". Wie was daar verantwoordelijk voor? Ze schrijft: "er was geen zicht op de vraagontwikkeling.". Waarom niet? Die vraagontwikkeling was toch duidelijk? Ze schrijft: "Er was geen goed inzicht in de wachtlijstontwikkeling als zodanig.". Waarom niet? Wie had daarvoor moeten zorgen?

Voorzitter. De CDA-fractie maakt zich grote zorgen over de zorg in Nederland, om te beginnen over de wachtlijstproblematiek. Die zal blijven bestaan, omdat de vergrijzing als een tweesnijdend zwaard – vergeef me de beeldspraak – op ons afkomt. In de eerste plaats gaat met de vergrijzing een stijging gepaard van de vraagzorg, en wel des te meer naarmate de vergrijzing de leeftijdscohort van 75+ of 80+, de zogenaamde dubbele vergrijzing, bereikt. Dat is vanaf 2020. Kijken we naar de wachtlijsten in de thuiszorg. In 2000 zijn door de RIO's al 8% meer indicatiebesluiten afgegeven dan in 1999. Dan is het toch evident dat die stijging alleen maar zal toenemen? We hebben de minister gevraagd of ze op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS ramingen wil geven voor de komende twintig jaar voor de vraag naar zorg, per type behandeling en of zij daarbij wil aangeven hoe het aanbod zich daarbij ontwikkelt. We verwezen daarbij naar de brief die de minister eerder heeft geschreven over de opleidingscapaciteit Verloskunde, wat een goede proeve was. Haar antwoord was kort maar verre van krachtig. In dit geval was ik er ook ontstemd over, want het gaat hier letterlijk om een zaak van levensbelang. Ze heeft voor de capaciteit verwezen naar een brief die ze voor 1 november a.s. aan de Tweede Kamer heeft beloofd. Die had ik graag gisteren willen lezen. Overmorgen is het immers 1 november. Ik noem nog een vraag –

## Boorsma

voor ons is die van centrale betekenis – die de minister niet beantwoordt: "Indien geen beperking zou worden opgelegd vanwege het macrobegrotingsbeleid, welk macrobudget voor de zorg zou, gegeven de onder vraag 5 geschetste ontwikkelingen in demografie en medisch-technische ontwikkelingen, nodig zijn om de wachtlijsten te voorkomen?". Het antwoord van de minister hierop luidt: "Zoals eerder aangegeven, is het in beginsel mogelijk om de zorgvraag te voorspellen"... "Dat neemt niet weg dat ramingen altijd met de nodige onzekerheid omgeven zullen blijven.". Dat is geen antwoord. We vroegen niet of het in beginsel mogelijk was. Neen, wij vroegen haar de ramingen te geven. Was de minister bang dat de ramingen zouden laten zien dat de wachtlijsten alleen maar zullen groeien? En daarmee de werkdruk, het ziekteverzuim, de WAO-uitstroom en dus ook weer de wachtlijsten?

Eerder noemde ik de vergrijzing een tweesnijdend zwaard. Vergrijzing heeft namelijk ook tot gevolg dat de arbeidsmarkt onder druk wordt gezet. De minister schrijft in haar brief dat er op dit moment als gevolg van het relatief lage aantal geboorten in het midden van de jaren tachtig een lage instroom is in opleidingen voor verpleegkundigen. Wij vrezen echter dat het niet om dit moment gaat, maar om de komende decennia. Erger nog is het dat dit probleem ook in de omliggende landen speelt, zodat daar geen hulp kan worden gezocht. Zweden, thans het meest vergrijzde land van Europa, kampt nu al met het probleem van verpleegsterstekorten. Merkwaardig is het dat eind augustus de studie van het SCP en het CPB is verschenen waarin de volumegroei wordt berekend voor de jaren tot 2006. Op basis daarvan is berekend hoe de werkgelegenheid zich ontwikkelt. Volgens de Zorgnota 2002 zullen de personeelstekorten in de zorgsector "meer dan evenredig stijgen", namelijk naar 3,8%. Nota bene: de in de nota gehanteerde volumegroei van 2,5% vond de minister al te laag. Naar onze indruk is dat zo. Immers, de studie van de planbureaus ging niet uit van de vraagontwikkeling. Neen, bij de raming van de vraagontwikkeling is de restrictie van het aanbod als beperkende factor meegenomen. Ergo, de volumegroei zal vanzelf

hogere worden. De vraag wordt opgestuwd, terwijl de krapte op de arbeidsmarkt toeneemt. Wachtlijsten blijven dus onder ons!

De minister is ingegaan op de groei van de werkgelegenheid. Die overtreft de algemene groei van de werkgelegenheid in Nederland. Tegelijkertijd komen er uit het veld berichten over vacatures, over wachtlijsten die blijven bestaan omdat er te weinig OK-verpleegsters zijn, over onrust onder de huisartsen en over nieuwe dreiging van acties van huisartsen. De wachtlijsten en wachttijden mogen dan misschien geslonken zijn, maar ze hebben nog lang geen aanvaardbare proporties bereikt! Het Financieele Dagblad berichtte onlangs dat de zorgsector een imago-probleem heeft en dat de animo voor de studie verpleging verder afneemt. Bovendien verlaten veel verpleegkundigen de sector. Op 2 oktober jl. ontving de minister een brief van de Nederlandse internisten vereniging (NIV). De NIV schrijft: "Er dreigt een ernstig tekort aan internisten. Het Capaciteitsorgaan stelt dat bij de huidige instroom van artsen in opleiding tot internist voor 2010 een tekort aan internisten (gerekend in voltijd) wordt voorzien van 15% ten opzichte van het benodigde aanbod."... "Genoemd tekort zal"... "onherroepelijk leiden tot ernstige schade aan de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.". De NIV doet verschillende voorstellen, waaronder meer studenten opleiden, meer opleidingsplaatsen financieren, uitbreiding van het aantal universitaire docenten, opleidingen bekostigen die leiden tot substitutie van artsentaken, etc. Graag een reactie. Ook het advies van de RMO noemt verschillende maatregelen om werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Zo suggereert men onder andere: "Innovatieve functiestructuur en regionale samenwerking op het gebied van personeelsbeleid"... "beter betaalde functies voor verpleegkundigen creëren, taken in de verpleging en verzorging uitbreiden, zodat zij aantrekkelijk worden voor andere groepen schoolverlaters.". Kan de minister ons verzekeren dat het probleem "in control" is? Worden personeelstekorten in de nabije toekomst effectief teruggedrongen of zullen ze blijven bestaan? De minister zal zo langzamerhand weten hoe wij hierover denken.

De CDA-fractie verzoekt de regering op de kortst mogelijke termijn hoe dan ook de opleidingscapaciteit te vergroten. Dat moet gebeuren bij medische faculteiten en hbo's. Ook moeten er meer opleidingsplaatsen binnen de instellingen komen. Ik wijs op wat de heer Postmus, voorzitter van de kamer van Academisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten, schreef in NRC van 16 oktober jl. Hij schrijft dat het simpel uitbreiden van het aantal studenten geen voldoende oplossing is en dat tal van aanvullende maatregelen nodig zijn om het werken in een academisch ziekenhuis aantrekkelijk te maken en de uitstroom tegen te gaan. Hetzelfde geldt natuurlijk mutatis mutandis voor andere instellingen. Zijn er niet meer nieuwe instrumenten te bedenken om dat grote probleem het hoofd te bieden? Ik denk onder andere aan aanwijzing van andere topziekenhuizen en samenwerking met universiteiten en opleidingsinstellingen in het buitenland?

Mij moet nog een opmerking over het verzuim van het hart. In antwoord op onze vragen schrijft de minister dat het verzuim zich in de zorg- en welzijnsector heeft gestabiliseerd, terwijl het landelijk verzuimpercentage iets is gestegen. De stand van zaken is niet rooskleurig. Je kunt de cijfers ook anders lezen. Volgens de door de minister geleverde gegevens lag het verzuimpercentage in de zorg in 1997 op 6,9. Dat is 2,3 procentpunt boven het landelijke gemiddelde. In 2000 lag het percentage in de zorg op 7,8. Dat is nog steeds 2,3 procentpunt boven het landelijk gemiddelde. Vooral de situatie in de verpleeg- en verzorgingshuizen is zorgwekkend: 8,6% in 2000. De zorg is ziek, zo is meermalen in de media geconstateerd. Het vertrouwen van het veld in de minister lijkt daarbij soms zeer gering. Kan de minister ons verzekeren dat het probleem van de wachtlijsten "In control" is? Worden de wachtlijsten de komende jaren effectief teruggedrongen of blijven ze bestaan? In dit verband heeft de minister gevraagd om voor het regime van "boter bij de vis" – ik zal deze term maar één keer gebruiken, want in de afgelopen maanden heb ik hem al te vaak gelezen – plannen in te dienen. De in de eerste ronde ingediende plannen zijn door de zorgverzekeraars nader beoordeeld.

## Boorsma

Een eerste ronde van voorstellen is daarbij geaccepteerd. De zorgverzekeraars zouden naar aanleiding van de Zorgnota 2002 en hun najaarsbrief een nieuwe ronde van voorstellen screenen. Ik heb begrepen – en ik word op dit punt graag tegengesproken door de bewindsvrouwen – dat de kwaliteit van de aangeleverde voorstellen onvoldoende is voor de onderbouwing van de nieuwe claims. Dat wordt de nieuwe onderuitputting! Is het juist dat het beleid van extra productie op de korte termijn, bovenop de plafonds van de reguliere afspraken, in de verdrukking komt? De minister wil dat de verzekeraars op korte termijn al meer de zorg gaan regisseren door het maken van productieafspraken. In elk geval krijgen zij daarbij meer armslag. Maar kunnen ze die rol wel waarmaken, zolang wet- en regelgeving niet principieel zijn aangepast en er dus grote onzekerheid is? Zijn verzekeraars samen met de instellingen, gegeven de regelgeving, in staat om de wachtlijsten effectief aan te pakken? Het valt te betwijfelen. De vraag dringt zich op in hoeverre het beleid van de afgelopen twee jaren – hoe goed bedoeld ook en niet zonder succes op korte termijn – toch slechts is te karakteriseren als een wanhoopsoffensief van het kabinet dat voor het einde ziet dat het niet goed was. Is dit niet een offensief dat doodbloedt in onderuitputting?

Gelukkig horen we af en toe ook succesverhalen, zoals van de Agis groep die met zijn zorgservice in één jaar tijd zo'n 150 jaar wachten heeft bespaard of van Eleos dat met de extra bijdrage haar wachtlijst voor ambulante GGZ bijna heeft weggevoerd. Er zijn nog meer succesverhalen te noemen. Nog meer kunnen wij er verwachten door verbetering van de organisatie, door vergaande ontbureaucratisering en vergaande deregulering. Extra geld helpt en is hard nodig, bijvoorbeeld om de positie van de huisartsen verder te verbeteren. De conjunctuurele lucht betreft echter.

De CDA-fractie verzoekt de regering een groot offensief te houden om het vertrouwen te herwinnen van de mensen die werkzaam zijn in de zorg. Hoe te bereiken dat het ziekteverzuim wordt teruggedrongen, dat "burn out" wordt voorkomen, dat Nederlands personeel werkzaam in het buiten-

land terugkomt en dat men niet meer naar het buitenland gaat, dat mensen herintreden, dat werktijden flexibeler worden? Vanuit de CDA-beginselen verwijs ik met grote instemming naar een stuk van Ingrid Visser in het Financieele Dagblad van 2 oktober jl. Zij schrijft dat veel jongeren zingeving in hun werk waardevol achten, wat juist in de zorgsector tot ontplooiing kan komen, anders dan gemiddeld in de IT- of de consultancysector. Er moet dan wel wat veranderen, zowel aan de opleiding als aan de organisatie. Ook moet er wat veranderen aan de werkverdeling binnen de instellingen, aan de taakverdeling tussen artsen en verplegenden. Ik wijs ook op het belang van informele zorg, mantelzorg, juist door het CDA altijd beklemtoond. Wij vrezen dat de door ons opgesomde problemen er in de vergrijzende toekomst toe zullen leiden dat de informele zorg alleen maar belangrijker zal worden, terwijl die steeds meer onder druk komt te staan, juist door de vergrijzing! Hopelijk zullen in de toekomst gepensioneerden in de nog relatief gezonde leeftijdsklasse van 65 tot 75 jaar bereid zijn iets te doen in de zorgsector. Waarom zouden we op korte termijn overigens de wettelijke leeftijdsgrens niet flexibel maken? Hoe kunnen wij de informele zorg ondersteunen? Zie het rapport van de RMO.

Wij maken ons zorgen over de relatie tussen de regering en het veld. Bomhoff schrijft in zijn column in NRC van 22 september jl.: "In de zorg heeft het kabinet veel vertrouwen verspeeld." Die relatie is verstoord geraakt. Groot is het ongenoegen onder de werkers. Veel artsen en verplegenden doen hun werk vooral uit roeping, omdat ze het geven van zorg dankbaar werk vinden, maar steeds vaker is er sprake van ziekteverzuim en van "burn out" verschijnselen. Steeds meer hoort men van ziekenhuisdirecteuren dat ze maar aanrutselen, omdat de regelgeving in de weg staat, omdat de bureaucratie hinderlijk is geworden. Wat het vertrouwensoffensief betreft denken we ook aan een verdere verbetering van bijvoorbeeld de positie van de poortwachters in ons stelsel.

Wij maken ons er zorgen over dat straks weer veel tijd en energie verloren gaat met de volgende stelseldiscussie, terwijl er veel toegevoegde waarde kan worden

geleverd op andere wijzen, die ik al genoemd heb. Dan is de kop boven een artikel dat ik ergens heb gelezen en dat niet door een onbenul was geschreven, onheilspellend: "Regierol van verzekeraars is gedoemd te mislukken." Denk ook de minister niet dat de focus op de komende stelseldiscussie het veranderingsproces alleen maar zal frustreren?

Wij zijn begonnen met het initiatief omdat wij menen dat de zorgsector – excuus voor de beeldspraak – ziek is en omdat wij ons afvroegen of het beleid wel toereikend is en of er sprake is van een ochtendgloren, van een beter perspectief. Wij maken ons voorlopig grote zorgen. Als volksvertegenwoordigers in dit huis vormen we een soort slaperdijk, een tweede linie. De beeldspraak is wat ongelukkig, want die kan bij enkelen in het publiek het beeld bevestigen dat wij hier slapen. Het tegendeel is het geval, zoals blijkt uit het initiatief van de fractie van het CDA op dit punt. Het gaat erom dat wij als wachters van de slaperdijk vrezen dat de hoofddijk bezwijkt. Ik som kort nog eens onze bezwaren op:

- Het eerste kabinet-Kok heeft bewust gekozen voor een te lage volumegroei, terwijl de problemen toen al een onaanvaardbare omvang kregen, onder andere in de thuiszorg.
- De regering is te laat beleid gaan voeren om de grote knelpunten, waaronder de groeiende wachtlijsten en de tekorten aan personeel, effectief aan te pakken.
- Er is sprake van tekortschietend vertrouwen tussen de regering en de actoren in het veld.
- De aanpak van de wachtlijsten is te laat begonnen, is niet voldoende effectief en wordt niet met extra geld alleen opgelost. Zij zullen door de demografische ontwikkelingen in ernst alleen maar toenemen.
- De minister heeft verzuimd, vraag en aanbod voor de komende twintig jaar in kaart te brengen, waardoor de groeiende vraagoverschotten, oftewel groeiende wachtlijsten, buiten beeld zijn gebleven.
- Te laat is de minister begonnen met het verder ontwikkelen van een informatiesysteem dat de Staten-Generaal inzicht biedt in de precieze aanwending van de gevoteerde bedragen en de hiermee behaalde prestaties.
- Te veel wordt verwacht van een stelselwijziging, terwijl de vrees

## Boorsma

gegrond is dat de stelsel­discussie te veel beleidsenergie zal opslokken.

Staan wij nu met lege handen? Het is buitengewoon moeilijk in deze sector, maar wij hebben toch wat aanbevelingen:

1. "Alle hens aan dek" moet het motto zijn om de sector aantrekkelijk te maken voor schoolverlaters en herintreders. Hiervoor moeten wij de opleidingsinspanning vergroten.
2. In het verlengde hiervan bepleit de fractie van het CDA een vertrouwensoffensief om de actoren weer te enthousiasmeren en om gezamenlijk de problemen en knelpunten beter in kaart te brengen en op te lossen, waar nodig met extra geld, maar vooral door verbetering van de regelgeving.
3. Bij zo'n benadering hoort een betere verkenning van de inrichting van de gezondheidszorg in ons omringende landen, zoals België, Frankrijk en de Scandinavische landen, om te zien wat wij van hen kunnen leren en hoe wij kunnen samenwerken.
4. Als een BKZ wordt gehanteerd, moet dit gebaseerd zijn op een reële inschatting van de vraag. Pas binnen zo'n reële schatting is meer vraagsturing mogelijk. Het BKZ moet een marktconforme salarisontwikkeling en het wegwerken van achterstanden mogelijk maken.
5. Er is een onafhankelijke registratie nodig van data over kosten, gebruik, geleverde prestaties, kwaliteit en dergelijke volgens een vast stramien om behoorlijke beleidsvoering en -verantwoording mogelijk te maken.
6. Een heldere en consequent doorgevoerde verantwoordelijkheidsverdeling is dringend gewenst. Dit kan alleen gekoppeld aan forse deregulering, debureaucratisering.
7. Dit alles mag zeker niet worden weggedrongen door minstens vier jaar discussie over een ander verzekeringsstelsel met eindeloos getouwtrek over de omvang van de nominale of procentuele premie en fiscale verrekening van inkomenseffecten.
8. De fractie van het CDA meent dat er behoefte bestaat aan een systematische verkenning van de gevolgen van de demografische ontwikkelingen in de komende 25 jaar zowel voor de vraag naar de zorg als voor het aanbod van beroepsbeoefenaren om aldus de ontwikkeling van de wachtlijstproblematiek op voorhand in kaart te brengen. De fractie van het CDA

beveelt verder meer stimulansen voor internationale samenwerking aan.

9. Stel dat wij er niet in slagen, voldoende handen uit de mouwen te krijgen. Zou de eerder door het CDA bepleite gedachte van een sociale dienstplicht dan niet de moeite van een nadere studie waard zijn? Wij menen dat er vele goede argumenten zijn om dit onderwerp weer en nader te verkennen. Dit zijn niet alleen argumenten met betrekking tot de zorg, maar ook met betrekking tot andere sectoren en de samenleving als geheel. Het is natuurlijk geen panacee, maar kan een goede bijdrage leveren aan de oplossing van het hier genoemde probleem alsmede aan de integratie van jongeren in de samenleving, aan de ontmoeting van vereenzamende ouderen en jongeren, die wat kunnen leren van de ouderen, aan de solidariteit in onze samenleving.

Met meer dan gewone belangstelling wachten wij de bijdragen van de collegae en de antwoorden van de regering af.

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter. De schriftelijke vragenrondes over de zorg in Nederland, begonnen in de Eerste Kamer en voortgezet in de Tweede Kamer, hebben veel materiaal opgeleverd. De feiten en beschouwingen die zijn verwoord in de antwoorden van de minister en de staatssecretaris, zijn een goede basis om het verleden te evalueren en om lessen te trekken voor de toekomst. De beleidsdoelstellingen, de gekozen instrumenten en de bereikte resultaten vormen dan in hun samenhang de belangrijkste invalshoek. Daarnaast is het natuurlijk onze taak, het huidige beleid inhoudelijk en politiek te beoordelen. Is het beleid toereikend geweest om de grote problemen waarvoor de gezondheidszorg zich gesteld ziet, te voorkomen dan wel op te lossen?

Over de algemene doelstelling van het beleid zijn wij het in ons land doorgaans met elkaar eens. Wij willen een gezondheidszorg van hoge kwaliteit, die voor iedereen betaalbaar is en voor iedereen toegankelijk is. Aan deze doelstelling is door vele kabinetten van verschillende signatuur gewerkt, met positieve resultaten. De Nederlandse gezondheidszorg behoorde jarenlang

tot de beste in de wereld. Dit beeld heeft echter stevige deuken opgelopen. Schaarste en krapte hebben hun intrede gedaan. Zowel in de cure als in de care zijn er veel te lange wachtlijsten en wachttijden ontstaan. Patiënten klagen over verschraving van zorg omdat er minder tijd en aandacht voor hen beschikbaar is. Er zijn vaak langzame en moeizame procedures voor de introductie van innovaties. Jongeren die een medische of verpleegkundige opleiding willen volgen – wij hebben ze hard nodig – worden afgewezen wegens een tekort aan opleidingsplaatsen, de numerus fixus of een gebrek aan stageplaatsen. Het is uitermate wrang voor een jongere die wordt uitgeloot voor de studie geneeskunde, om bij wijze van spreken dezelfde dag in de krant te lezen dat er een tekort aan artsen aan komt.

Er is, kortom, heel veel achterstallig onderhoud. De gezondheidszorg is aan een flinke onderhoudsbeurt toe. Hier is de cruciale vraag waarom de bewindsvrouwen de verschraving van de zorg niet eerder hebben onderkend en tijdig beleid hebben ontwikkeld om het getij te keren. Preventief onderhoud is immers altijd beter dan achterstallig onderhoud. Een concreet voorbeeld betreft de jarenlange bevriezing van het aantal specialistenplaatsen in ziekenhuizen. Ondanks herhaalde aandring uit het veld werd deze maatregel pas vorig jaar ongedaan gemaakt. Hier ligt naar onze mening een belangrijke witte vlek in de beantwoording van de vele schriftelijke vragen. Waarom is er, gezien de zorgwekkende situatie in de gezondheidszorg, niet eerder en drastischer ingegrepen? Dit zal de kern van ons betoog zijn.

De schaarste en de krapte hebben naar de mening van de fractie van de VVD twee belangrijke oorzaken. In de eerste plaats hebben alle kabinetten in de afgelopen 25 jaar ter wille van de noodzakelijke en eigenlijk onvermijdelijke kostenbeheersing de strikte en zeer gedetailleerde regulering van het aanbod van voorzieningen tot leidend principe gemaakt.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik vind het zeer interessant dat de heer Dees spreekt over de afgelopen 25 jaar. Ik begrijp het drommels goed en wil het best onderstrepen. Mag ik hem vragen wat de volumegroei was in



## Dees

de tijd dat hij zelf staatssecretaris was?

De heer **Dees** (VVD): Daar kom ik zo op. Die was aanzienlijk lager dan onder Paars I en Paars II.

De heer **Boorsma** (CDA): Ex ante of ex post?

De heer **Dees** (VVD): Ex ante.

De overheid ging zich vanaf de indiening van de structuurnota van staatssecretaris Hendriks met welhaast elke vierkante centimeter in de gezondheidszorg bemoeien. Het beschikbare macrobudget werd krap bemeten, centraal vastgesteld en vervolgens verdeeld over de sectoren, die het daarmee moesten doen. Gelukkig waren er elk jaar nog beleidsintensiveringen, maar financiële overschrijdingen in enig jaar moesten in de desbetreffende sector zelf in het jaar erop worden gecompenseerd. De overheid bepaalde het aantal bedden en specialisten. Opleidingscapaciteiten werden beperkt. Er kwam een wet op de geneesmiddelenprijzen die in een marxistisch land niet zou misstaan. Die marxistische regimes zijn bijna allemaal afgeschaft, maar wij hebben die wet nog steeds. Is het beleid derhalve verkeerd en zonder resultaat geweest? Nee is ons antwoord, en dat menen wij. De bakens moeten wel nodig worden verzet.

Het siert de minister en de staatssecretaris overigens dat zij de noodzaak van het in het verleden door vele kabinetten gevoerde kostenbeheersingsbeleid onderschrijven en wijzen op de positieve effecten ervan. Kostenbeheersing door regulering van het aanbod was de afgelopen 25 jaar onvermijdelijk en zelfs noodzakelijk om onze economie uit het slop te halen. In de jaren zeventig stegen de kosten van de gezondheidszorg met ongeveer 10% per jaar. Dit betekent nogal wat, namelijk dat in zeven jaar tijd de uitgaven verdubbelen. Het is duidelijk dat de economie dit in de afgelopen decennia niet kon trekken en dat met deze explosieve uitgavengroei de betaalbaarheid en dus de toegankelijkheid van de zorg op het spel werden gezet. Dit is dankzij het jarenlange kostenbeheersingsbeleid niet gebeurd. De kosten van de gezondheidszorg zijn als aandeel van het bruto nationaal product gestabiliseerd. De zorg is

betaalbaar en toegankelijk voor iedereen. Door de geslaagde kostenbeheersing heeft ook de gezondheidszorg een bijdrage geleverd tot vermindering van de collectievelastendruk en het economische herstel, met als positief gevolg dat er onder Paars I en Paars II aanzienlijk meer geld voor de zorg is gekomen. De eerste fase was derhalve kostenbeheersing in de gezondheidszorg om het economische herstel te bevorderen. Toen het economische herstel was opgetreden, is er meer geld naar de gezondheidszorg gegaan, naar onze mening terecht.

Overigens is er in de periode van de kostenbeheersing en in de periode waarover wij nu spreken, dat van het beleid van de huidige bewindslieden, veel gedaan aan de noodzakelijke herstructurering in de gezondheidszorg. Ik zal niet alle punten noemen, maar wel een paar. De herstructurering van de zorg vond plaats door verschuiving van klinische hulp naar dagbehandeling en poliklinische hulp, en ging in het algemeen samen met versterking van de eerste lijn, al moet hieraan naar onze mening nog meer gebeuren. In de sfeer van de zorg voor mensen met een lichamelijke of geestelijke handicap is er een enorme vermaatschappelijking van de zorg geweest, met nadruk op kleinschaligheid. Ook het patiëntenbeleid en het gezondheidsethische beleid kan ik als onderwerpen noemen waarop heel veel is bereikt, maar daarover gaat dit debat niet.

Ik kom eerst nog te spreken over de regulering van het aanbod. Een jarenlange gedetailleerde regulering van het aanbod kent naast de verworvenheden die ik heb genoemd, haar grenzen. De jarenlange voortzetting van zo'n beleid heeft geleid tot schaarste, krapte en aantasting van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Langdurig gebruikte instrumenten worden uiteindelijk bot. Het is om deze reden dat de fractie van de VVD de afgelopen jaren in deze Kamer een- en andermaal een fundamentele wijziging in de besturingsfilosofie heeft bepleit, zowel in algemeen politieke beschouwingen als in debatten over de begroting van volksgezondheid. De kern van die pleidooien was een omslag van aanbodregulering naar een meer vraaggeoriënteerde benadering, alsmede een terugtreden van de

overheid en meer ruimte voor marktpartijen, de verzekerden, de aanbieders en de zorgverzekeraars. De bewindslieden hebben zeker een aantal stappen in de goede richting gezet, maar de veranderingen gaan buitengewoon langzaam. De belangrijkste vragen in dit debat zijn voor ons dan ook of de bakens op tijd zijn verzet en of de bakens voldoende zijn verzet. Ons antwoord is nee. Ik kom hierop terug.

Een tweede oorzaak van de opgetreden schaarste en krapte ligt onzes inziens in een zeer ongelukkige samenloop van omstandigheden. Capaciteitstekorten ten gevolge van strikte aanbodregulering vielen samen met een grotere vraag naar zorg dan was voorspeld, met krapte op de arbeidsmarkt en met een snelle toename van deeltijdarbeid en arbeidstijdverkorting in deze sector. Hierdoor levert meer geld niet meteen het gewenste resultaat op. Wij herinneren ons uit het verleden geen adviezen of scenariostudies waarin op het risico van zo'n samenloop is gewezen. Is dit ook de waarneming van de minister? Zo ja, hebben wij voor de toekomst geen studies nodig waarin de ontwikkelingen in de gezondheidszorg worden verknoopt met de algemeen maatschappelijke en sociaal-culturele ontwikkelingen? Wellicht kan de minister hierover in contact treden met het Sociaal en Cultureel planbureau om te bezien of er betere strategieën zijn te bewandelen en om lessen te trekken voor de toekomst. Onze tweede vraag is wat actueler, namelijk of het capaciteitsorgaan voor de planning van medische opleidingen in zijn prognoses voldoende rekening houdt met deze door mij genoemde algemene sociaal-culturele en maatschappelijke ontwikkelingen.

Ik kom nu tot een bespreking van de vraag of de bakens tijdig en voldoende zijn verzet. Eerst maak ik enkele opmerkingen over de budgettaire ruimte voor de zorg. Hier past een groot compliment omdat onder Paars I en Paars II de jaarlijkse groeirimte voor de gezondheidszorg aanzienlijk is vergroot, in het bijzonder ter bestrijding van de lange wachttijden en wachttijden. Sommigen in deze Kamer zullen zich een jaarlijkse groei van 0,5% per jaar voor de zorg herinneren; ik behoor daar zeker toe. Onder Paars I was een groei van 1,3% per jaar toegestaan, terwijl in het regeerak-

## Dees

koord van Paars II de ruimte op 2,3% per jaar werd bepaald. De feiten hebben dit cijfer alweer ingehaald. Door nieuwe kabinetsbesluiten wordt de groei voor dit jaar 3,5%. Ik maak een voorzichtige schatting; hopelijk gaan de bewindslieden hierop in. Met deze groei kan heel veel worden gedaan.

Het is goed om te memoreren dat deze 3,5% ruim ligt boven de 2,5% groei per jaar die de afgelopen jaren werd geclaimd door de sector van de gezondheidszorg zelf. Ik herinner mij de congressen Gezondheidszorg in tel, waar gezondheidseconomen prognoses maakten waaruit de afgelopen jaren steeds kwam dat 2,5% spoort met de technologische en de demografische ontwikkelingen. Als je vaststelt dat er onder Paars II dit jaar ongeveer 3,5% groei beschikbaar is, moet je het kabinet ermee complimenteren dat het door het totale sociaal-economische beleid van de afgelopen jaren in de situatie verkeert om de volksgezondheid een hogere prioriteit te geven. Dit is een prestatie van het totale kabinetsbeleid, waarvoor wij veel respect hebben.

De heer **Boorsma** (CDA): De heer Dees onderstreept natuurlijk de goede punten, en deze mogen ook genoemd worden. Ik ben het er zonder meer met hem over eens dat de werkelijke volumegroei hoger is geweest dan oorspronkelijk was beoogd. Het was een soort vloed die niet te stuiten was en die mogelijk was door de gunstige conjuncturele ontwikkeling. Was deze er niet geweest, dan was die extra groei waarschijnlijk niet toegestaan. Nu zegt de heer Dees dat volgens economen een volumegroei van 2,5% nodig was op grond van medisch-technische ontwikkelingen en de vergrijzing. Is hij het hiermee eens? Ik wijs erop dat de minister zelf heeft gezegd dat de geraamde volumegroei te laag was omdat er in de studies te weinig rekening werd gehouden met het oplopen van de dubbele vergrijzing. Het aantal 80-plussers zal groeien van 1% tien jaar geleden naar 6% in het jaar 2050. Verder hebben die economen die 2,5% volumegroei geraamd op basis van bestaande aanbod-restricties. Dit betekent dat er geen echte vraagschatting is gegeven.

De heer **Dees** (VVD): Het gaat om de methodiek die wordt gebruikt in een

situatie waarin de overheid de gezondheidszorg nog sterk reguleert en via de macrobudgetten moet ramen. Deze systematiek van macrobudgettering is dezelfde als die van enkele jaren geleden. Ik heb alleen gezegd dat enkele jaren geleden de economen op grond van de regulerings situatie van toen zeiden dat er 2,5% nodig was. Ik stel vast dat in dezelfde situatie waarin de overheid het macrobudget vaststelt en vervolgens verdeelt over de sectoren, de overheid op 3,5% zit. Dit was de kern van mijn opmerking. Ik heb dit nog geen kabinet in de naoorlogse periode sinds Hendriks zien doen.

Een punt van kritiek is dat de bewindslieden pas in november 2000, dus een jaar geleden, zijn gekomen met het actieplan Zorg verzekerd, waarin voorstellen zijn gedaan om de bakens te verzetten. Deze nota had eigenlijk enkele jaren geleden moeten komen. De kern van deze nota is volgens de bewindslieden: herstel van het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Hiermee zeggen zij nogal wat; ik bedoel dit heel negatief. Eigenlijk zeggen de bewindslieden dat zij nu gaan herstellen dat mensen recht hebben op verstrekkingen en voorzieningen waarop zij al recht hadden. Dit is buitengewoon wrang. Als de bewindslieden onderkennen dat het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de AWBZ geweld is aangedaan, hadden zij in de jaren daarvoor preventief de bakens zodanig moeten verzetten dat het verzekeringskarakter niet was aangetast. Met de doelstelling van herstel van het verzekeringskarakter van de Ziekenfondswet en de AWBZ erkenden de bewindslieden expliciet dat de bijl zich aan de wortel van het verzekeringsstelsel bevond. Premiebetalers waren er niet meer van verzekerd dat zij tijdig de zorg zouden krijgen die noodzakelijk is en waarvoor zij de verzekeringspremies hadden betaald. Dit is natuurlijk niet aanvaardbaar.

Gelukkig is nadien de aanval op de wachtlijsten robuust ingezet. De eerste resultaten zijn zichtbaar. Wij hebben kunnen constateren dat in de care veel, soms zelfs heel veel plaatsen erbij zijn gekomen. Ik denk vooral aan de sector van mensen met een handicap. Ook in de cure is de productie flink gestegen bij bepaalde specialismen. Van groot belang is de introductie van het

principe van boter bij de vis. Hiermee wordt de band hersteld tussen prestatie en financiële vergoeding, die in de gezondheidszorg weleens een beetje weg was. Ziekenhuizen en instellingen krijgen alleen extra geld als hiertegenover meetbare resultaten en meetbare inspanningen staan. Zo is ook de verantwoording beter geregeld dan in het verleden.

Het is ons opgevallen dat dit principe van boter bij de vis en het herstel van het verzekeringskarakter worden toegepast voor alle sectoren in de zorg, behalve voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit begrijpen wij niet goed. Als de minister en de staatssecretaris het verzekeringskarakter willen herstellen omdat dit fundamenteel is, moeten zij dit toch ook doen voor de GGZ? Naar onze mening gebeurt het daar niet. Wij hebben vastgesteld dat voor de wachtlijstreductie in de GGZ nog altijd het door de overheid vastgestelde macrobudget moet blijven gelden. Dit vinden wij jammer. Zo wordt er tussen sectoren met twee maten gemeten. Graag krijg ik hierop een reactie. Mocht ik gelijk hebben, dan nodig ik de minister ertoe uit, op dit punt het beleid te wijzigen.

De noodzakelijke wijzigingen in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg zijn naar onze mening urgent. Wij maken hierbij onderscheid tussen wijziging van het verzekeringsstelsel en verandering in de besturingsfilosofie. Over het stelsel kan ik kort zijn. Op grond van het regeerakkoord van Paars II is er een nota uitgebracht, die ongetwijfeld een rol zal spelen bij de formatie van het volgende kabinet. In dit verband sluit ik mij overigens aan bij de woorden die de fractievoorzitter van de VVD in de Tweede Kamer heeft gesproken over de urgentie van een stelselwijziging. Overigens verhalen wij in dit stadium niet dat de fractie van de VVD enthousiast is over het advies van de SER. De inhoud ervan spreekt ons sterk aan. Het is een prestatie van de eerste orde dat werkgevers en werknemers het eens zijn geworden over dit buitengewoon weerbarstige onderwerp. In feite is dit een historisch moment.

Op het punt van de wijziging van de besturingsfilosofie vinden wij dat het kabinet is tekortgeschoten. De bakens zijn te laat en te weinig verzet. De voornemens op dit terrein zijn alweer enkele jaren geleden

## Dees

goed geformuleerd in de beleidsbrief van de minister over de bestuurlijke vormgeving van het tweede compartiment. Diverse malen heeft de fractie van de VVD in deze Kamer aangedrongen op een spoedige en krachtige invoering van die andere besturing in de gezondheidszorg. Een aantal ingrediënten noem ik kort.

De overheid moet terugtreden van de gedetailleerde regulering van het aanbod. Ook de heer Boorsma sprak hierover. De wet- en regelgeving, met name de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet tarieven gezondheidszorg, is nog steeds niet ten principale aan herziening onderworpen. Bovendien heeft het kabinet een wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen ingediend dat een instrumentarium bevat om nog sterker te kunnen ingrijpen in het aanbod, namelijk op het niveau van de exploitatie. Vervolgens noem ik de versterking van de regierol van de verzekeraars, met als elementen grotere vrijheid om zelf zorg te contracteren, vervanging van de huidige instellingsbudgettering door verzekeraarsbudgettering en de nominale premie als instrument voor gereguleerde competitie tussen zorgverzekeraars. Voor de fractie van de VVD zijn hierbij de volgende aspecten van belang. Consumentensoevereiniteit moet worden versterkt en kan worden versterkt door nominale premies te verhogen en inkomensafhankelijke premies te verlagen. Bovendien wordt hiermee de band tussen het gebruik van de zorg en de betaling ervoor sterker gemaakt, hersteld. In deze optiek moeten de nominale premies buiten de definitie van de collectieve-lastendruk vallen, zeker als er tevens wordt gekozen voor de introductie van een algemeen eigen risico aan de voet. In veel plannen en adviezen van de laatste jaren komt de roep om minder overheid en meer ruimte voor partijen, dus verzekeren, aanbieders en verzekeraars, sterk naar voren. De fractie van de VVD betreurt het dat in deze kabinetsperiode deze slag niet echt is gemaakt.

In de gezondheidszorg kan nog veel doelmatigheidswinst worden geboekt. Het ziekteverzuim is hoog. In dit debat leg ik graag de nadruk op het herontwerp van zorgprocessen in ziekenhuizen en mogelijk ook in care-instellingen. Businessprocesredesign zeg ik in het jaar van de meertaligheid. Uit een

serie innovatieve projecten blijkt dat een andere organisatie van diagnostiek en therapie in de ziekenhuizen belangrijke doelmatigheidswinst en kwaliteitswinst kan opleveren. Door herontwerp van zorgprocessen hoeft de patiënt minder vaak en minder lang naar het ziekenhuis. Er zijn indrukwekkende voorbeelden van het voorkomen van onherstelbare gezondheidsschade. Ik noem als voorbeeld het voorkomen van voetamputatie bij diabetici. Hiervan zijn spectaculaire resultaten berekend die een andere organisatie van de zorg kan opleveren op het gebied van kwaliteitswinst. De minister heeft intussen het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO gevraagd, de verdere implementatie van deze nieuwe methodieken te stimuleren. Hiermee ben ik het van harte eens. Graag vernemen wij welke voortgang wordt geboekt. Wij hopen dat de minister in de gelegenheid is om deze ontwikkelingen, die buitengewoon goed zijn uit kwaliteits- en doelmatigheidsoogpunt, sterkere impulsen te geven in overleg met de ziekenhuizen en de specialisten.

Aanleiding voor dit zorgdebat waren ook de vragen of wij in de gezondheidszorg waar voor ons geld krijgen en of wij voldoende weten wat er met het geld gebeurt. Naar onze mening kan worden vastgesteld dat de overheid de afgelopen decennia vooral heeft gestuurd op geld, op kostenbeheersing en op budgetten en niet op producten en andere inhoudelijke prestaties. Geheel onbegrijpelijk is dat achteraf niet, want de grootste zorg voor de overheid was de beheersing van het macrobudget. De vraag naar de jaarlijkse mutaties van de budgetten was voor de overheid belangrijker dan de vraag hoe het geld precies werd besteed. Gezien de krapte van de budgetten werd juist aan de instellingen de vrijheid gegeven om zelf te beslissen over de precieze besteding van de middelen, uiteraard binnen de grenzen van de gewraakte complexe en gedetailleerde wet- en regelgeving. Ik zeg ook tegen de heer Boorsma dat ik mij nog herinner dat het juist de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden van CDA-huize was, die de invoering van de strakke budgettering koppelde aan een grote mate van beleidsvrijheid voor de ziekenhuizen, omdat het zijn overtuiging en indertijd ook de mijne was, dat als je aan de ene kant

krappe budgetten ter beschikking stelt, je aan de andere kant het instellingsmanagement de ruimte moet geven voor een zo goed mogelijke allocatie van kosten en uitgaven.

Gelukkig wordt er thans veel meer belang gehecht aan een overheid die stuurt op resultaten en aan een transparante verantwoording van de besteding van de middelen. Onze fractie steunt dat erg en ook aan de overzijde heeft de VVD-fractie daarop herhaalde malen aangedrongen. In de gezondheidszorg zouden wij eigenlijk moeten weten of extra geld ook daadwerkelijk leidt tot een betere preventie, een betere zorg en een betere gezondheid van de bevolking. Het leggen van deze causale verbanden is uitermate moeilijk, maar het zou toch verder moeten worden gestimuleerd. In ieder geval kan de overheid zich nu reeds meer richten op een verantwoording van het beleid en de besteding van de middelen in termen van gerealiseerde productie en ontplooide activiteiten.

Uit de antwoorden op de vele vragen blijkt dat dit feitelijk al gebeurt bij de verantwoording over de besteding van de extra wachtlijstmiddelen. Zowel voor de cure als voor de care wordt precies gerapporteerd wat de productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn en in welke mate deze worden gerealiseerd. Als ze niet worden gerealiseerd, gaat er dus geen extra geld naar de zorgaanbieders. Wij stellen voor om de methodiek die de bewindslieden hebben geïntroduceerd voor die extra zorgproductie, van toepassing te verklaren op de gehele zorg, zodat wij in de komende jaren zowel in de zorgnota als in het jaarbeeld zorg niet meer alleen maar aansturing op budgetten en kosten zien, maar dat ook transparant uiteengezet wordt wat er met het geld is gedaan in termen van productie en activiteiten. Ook dat zou een belangrijke les voor de toekomst kunnen zijn naar aanleiding van het debat dat wij vandaag voeren.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Mijnheer de voorzitter. Een debat over de zorg in Nederland is een heel groot begrip, misschien wel een te groot begrip. Wij moeten ons natuurlijk beperken. In ons midden heeft de

## Ter Veld

CDA-fractie gevraagd of er geen parlementaire enquête zou moeten worden gehouden over de wachtlijsten. De VVD-fractie in de Tweede Kamer heeft een soortgelijke vraag gesteld. Een en ander heeft geleid tot een groot aantal vragen. Wij danken de bewindslieden zeer voor de uitgebreide beantwoording. Wij hopen dat met deze discussie de discussie over een parlementaire enquête kan worden afgerond. Niet omdat het onderwerp niet belangrijk is. Het is natuurlijk bedroevend dat door een veelheid van oorzaken mensen die hulp nodig hebben, die hulp te laat of onvoldoende ontvangen. Ik denk echter dat er zo langzamerhand wel voldoende bekend is om tot verdere verandering in regelgeving te komen, bijvoorbeeld via de stelselherziening. Natuurlijk is een bottleneck daarbij dat politieke partijen, zeker in een verkiezingsjaar, nog wel eens een verschillende opvatting te berde willen brengen.

Ik grijp dit debat aan om vanuit het verleden wat noties voor de toekomst te geven. Natuurlijk kom ik ook terug op een aantal noties met betrekking tot de toekomst. Er zijn kernproblemen die noodzakelijkerwijs tot problemen als wachtlijsten leiden. Ik noem het ontbreken van een adequate infrastructuur en daaraan gekoppeld onvoldoende visie op een uitwerking van het toezicht. Het lijkt soms wel of niemand verantwoordelijk is. Iedereen doet een deel, goed of minder goed, maar de delen sluiten niet op elkaar aan. Juist mensen in de meest kwetsbare positie zijn daar de dupe van.

Ik begin met een simpele vraag: is er wel voldoende geld? Nee, de ruimte is te krap. Dat staat ook in de nota Vraag aan bod. Op grond van maatschappelijke en zorginhoudelijke trends zou er een stijging van 3% per jaar in reële kosten en volume moeten zijn. Voor Paars II is daaraan voldaan. Voor Paars I heeft de minister wat gevechten om meer geld met de Tweede Kamer gevoerd, maar het probleem is dat achterstanden uit de vorige jaren ook met een goede trend vanaf dit moment nog niet zijn ingelopen. Natuurlijk heeft ook de PvdA-fractie steeds ingestemd met de begrotingen.

De minister geeft in haar begeleidend schrijven, dat ik trouwens een mooi stuk vind, zelf aan dat in het verleden te weinig

middelen zijn toegevoegd. Wij denken niet dat extra geld meteen nu de kwaal kan genezen. Ik kijk even naar de mogelijkheden die de sector zelf ziet om met het extra wachtlijstgeld daadwerkelijk veel meer productie te maken. In thuiszorg en gehandicaptenzorg is best veel gebeurd. Of de GGZ nog steeds in een budgetstelsel zit en geen boter-bij-de-visgelden heeft gehad, weet de heer Dees vast beter dan ik. In de ziekenhuiswereld is in 2000 van de bijna 300 mln gulden aan extra middelen maar voor 25% inspanningsverplichtingen aangegaan. Gelukkig is er wel 90% van gerealiseerd. Daarmee blijft dus geld liggen. Dat kan een boel oorzaken hebben, zoals een gebrek aan voorbereidingstijd. Er kan ook terughoudendheid zijn geweest: omdat de vis niet langs kwam zwemmen, hield men boter over. Ik noem ook het personeelstekort. Het geeft in ieder geval duidelijk aan dat het in één klap verstreken van geld het probleem niet oplost. Iemand in mijn fractie zei: het is alsof je een suikerziektepatiënt wil genezen met marsepein.

Hadden wij kunnen weten dat er een financieel tekort zou zijn? Ja. Wij weten allemaal dat de Nederlandse bevolking veroudert. Wij weten dat de voorkeur van burgers uitgaat naar meer thuisverzorging en minder intramurale zorg. Dat is duur door "voorrijkosten". Wij weten dat de medische technologie voortschrijdt, waardoor er meer mogelijk is aan kwaliteitsverbeterende ingrepen, maar waardoor ook de behoefte aan intensieve zorg niet afneemt. Immers, die medische ontwikkeling maakt het mogelijk dat mensen die vroeger overleden, thans in leven blijven, waarbij zij langdurig intensieve zorg nodig hebben. Ook dat vraagt meer personeel en kost meer geld. Dan hebben wij ook nog oprukkende bacteriestammen. Is er niet een Nobelprijswinnaar die zegt dat wij voor het eind van deze eeuw daar allemaal aan ten onder zullen gaan? Ik wijs op nieuwe virussen waar wij tot voor kort direct dood aan gingen, maar waarbij wij thans met heel veel medicijnen ons leven kunnen voortzetten. Ook dat kost extra geld. En dan wijs ik nog op onze leefstijl, die natuurlijk ook niet bijdraagt aan een grotere gezondheid. Dat geldt individueel en collectief. Voor het individuele deel valt het te prijzen dat de minister

tracht door middel van wetgeving op alcohol- en tabaksgebied daar paal en perk aan te stellen. Wat het collectieve deel betreft wijs ik op de SES-factoren (sociaal-economische status). Een zwakke sociaal-economische status en een andere culturele achtergrond leveren nieuwe problemen op voor het algemene volksgezondheidsbeleid.

Er moet dus meer geld bij, zeker. Voor de komende periode is het ook een van de prioriteiten van de PvdA. Er hoort echter wel een adequaat beleid bij om te voorkomen dat het uit de pan rijst of dat geprobeerd wordt een put met een onzichtbare bodem te vullen. Doelmatigheid en doeltreffendheid moeten belangrijke aandachtspunten zijn om te zorgen dat het geld voor de zorg ook echt zorg wordt.

Bezuinigingen uit het verleden, op het eigen en op andere departementen, kunnen een steeds langere en steeds fnuikender doorwerking hebben. Het aantal artsen in Nederland is laag, bijvoorbeeld vergeleken met België. Het inlopen van dat tekort kost jaren. Het is goed dat het aantal toe te laten medicijnenstudenten behoorlijk is opgehoogd. Wij verwijzen naar concrete initiatieven, zoals dat van de Brabant Medical School in samenwerking met de medische faculteit van de universiteit van Nijmegen. Is de minister bereid om dat soort initiatieven te ondersteunen? Ik wijs ook op het volgende. Als specialisten hun eigen maatschap kunnen en mogen uitbreiden, zal er altijd terughoudendheid zijn. Immers, veel varkens maken de spoeling dun. Opleidingsplekken kosten ook weer tijd. Op korte termijn vergt dat een inspanning. Er is nog veel te doen. De lumpsumfinanciering, waarmee wij hoopten tot een bezuiniging te komen, heeft er bepaald niet toe bijgedragen dat de aanwezige menskracht altijd maximaal is ingezet.

Bezuinigingen kunnen op korte termijn soms een heel beperkt direct effect hebben, wat er dan vaak toe leidt dat er meer bezuinigd wordt dan eigenlijk noodzakelijk. Op langere termijn kunnen dergelijke bezuinigingen zodanig desastreus uitwerken, dat het weer jaren duurt voordat de achterstand wordt ingelopen. Vaak zijn er dan meer middelen nodig om die achterstand in te halen dan eerst bezuinigd zijn.



## Ter Veld

Dat heet: penny wise and pound foolish.

Er is nog een les die wij uit het verleden kunnen leren. Er is de noodzaak van een beter management ten aanzien van het gebruik van menselijke bronnen (human resources management). In de beeldvorming is de zorg een slecht betaald en zeer zwaar beroep. Begin jaren tachtig zijn nog verpleegkundigen ontslagen op het moment dat zij hun diploma kregen. Het duurt erg lang voordat zo'n beroepsprofiel zich herstelt. Het is goed om te merken dat er thans meer mensen de zorg instromen. Er moet dan wel zorgvuldig worden omgegaan met het personeel, het echte kapitaal van de onderneming. De uitstroom uit de zorg, naar elders en naar de WAO, is bedroevend hoog. Ook de mogelijkheden voor terugkeer naar werk, herintreding, zijn bepaald niet optimaal. De bijscholingsfaciliteiten zijn gering. Er klagen aanzienlijk meer verpleegkundigen over onvoldoende kinderopvang, te weinig vervoersfaciliteiten, te hoge werkdruk, en onvoldoende mogelijkheden om in deeltijd te werken, dan over het salaris. Dat laatste doet slechts 19%.

Ik acht de kans groot dat de ruimte voor werkdrukvermindering en zorgvernieuwing, ook als wij toezicht houden op wat er concreet mee gebeurt, via een omweg toch weer noodzakelijk zal blijken te zijn voor de kosten van doorbetaling van werknemers bij ziekte en een stijgende PEMBA-premie. Daarmee verdampt de forse extra financiële impuls. Als in de zorg het ziekteverzuim normaal zou zijn, dan zijn er voor Amsterdam, waarvoor ik het heb nagerekend, absoluut voldoende handen aan het bed. Dan zou de slopende werkdruk zijn opgelost. Ik heb er al eerder aandacht aan besteed. Natuurlijk, het is mooi dat er een Arbo-convenant is. Er zijn vast experimenten en pilotprojecten, maar ik heb soms het gevoel dat in de sector de managers wel eens zeggen: kijk toch eens hoe hard wij werken, wij hebben een ziekteverzuim van 12%. Dat argument lijkt gebruikt te worden om te zeggen dat er meer geld bij moet. Dan maak je de oorzaak van het probleem tot het gevolg. Als mensen gewoon in staat worden gesteld het werk in hun leven in te passen, dan zou het een stuk beter gaan. Gezien de impulsen die in de zorg werken, zoals de

terugkoppeling tussen goed en slecht beleid, begrijp ik niet dat managers die dit soort ziekteverzuim genereren, kunnen vragen om meer geld. Mij lijkt het veeleer reden voor ontslag op staande voet, maar ik ga er niet over.

Ik kom bij een derde les uit het verleden. Andere departementen kunnen een doorslaggevend effect hebben op de gezondheidszorg. Dat geldt in het negatieve, het doorwerken van bezuinigingen elders. Als Onderwijs op opleidingen bezuinigt en er te weinig artsen, tandartsen, verpleegkundigen en vroedvrouwen worden opgeleid, heeft dat natuurlijk gevolgen voor de gezondheidszorg. Het geldt ook voor beleidsterreinen van andere departementen. Ik wijs op de vergrote druk op de gezondheidszorg vanuit het poortwachtersmodel in de WAO, zowel naar menskracht als naar de noodzaak om juridisch "veilig" te zijn via een artsenstempel.

Gelukkig geldt het ook in positieve zin. Als ieder departement de eigen bijdrage aan de volksgezondheid en de eigen aantastingen op de volksgezondheid in kaart zou brengen en daaraan werkelijk prioriteit zou geven bij de afweging van beleid, dan zou de gezondheidszorg in engere zin aanzienlijk minder zwaar belast worden. Het advies van de Raad voor de volksgezondheid en de Raad voor maatschappelijke ontwikkeling "Gezond zonder zorg" en de kabinetsreactie daarop verheugen ons zeer. Daarbij stelt de PvdA ook de aandacht voor de regierol van de lagere overheden zeer op prijs. De toegezegde nota, waar de heer Boorsma graag zijn nachtrust dit weekend aan zou hebben opgeofferd, zien wij graag tegemoet.

Ik kom op een van de grote problemen in de gezondheidszorg. Iedereen ziet de problemen. Als je instellingsbestuurders, verzekeraars, mensen van zorgkantoren erop aanspreekt, wijst iedereen naar een ander. Niemand voelt zich verantwoordelijk. En dat is vreemd, want als mensen gezond en wel zijn, heeft de overheid de verantwoordelijkheid voor de infrastructuur, bijvoorbeeld voor onze verplaatsingsdrift. Waar wegen, waterwegen of spoorwegen moeten komen, wordt door de overheid bepaald. Moet er een dassertunnel of een padden-oversteekplaats komen, dan is het aan de overheid te besluiten of en,

zo ja, waar dat moet. Dat is niet omdat de overheid zo iets daarna zelf aanlegt. Daarvoor zijn er andere ondernemers. Het is ook niet omdat de overheid alles zelf uitvoert. Bij het vervoer is de keuze hoe wij ons willen vervoeren, aan onszelf. Wij kunnen met de trein. Willen wij wat sneller, dan gaan wij wat duurder met de Thalys. Wij kunnen ervoor kiezen om in een file te staan. De minister van Verkeer en Waterstaat lijkt wel verantwoordelijkheid voor iedere denkbare file.

In de gezondheidszorg, juist als mensen hulp behoeven, ontbreekt zo'n infrastructuur. Het is alsof je na een kronkelige landweg met forse verkeersdrempels plots op een vierbaansnelweg van het medisch centrum komt. Daarna kom je weer op een bosweg met grote modderpoelen. Er is geen infrastructuur. De instellingen zijn privaat. Er wordt voor ons bepaald wat er zal gebeuren, en dan ook nog aanbodgestuurd. De samenhang in de zorgketen, die ik heus hier en daar tegenkom, is afhankelijk van goedwillende directies en lokale verzekeraars. Natuurlijk zie ik gangen in ziekenhuizen die met hulp van een verpleeghuis zijn omgebouwd tot tussenvoorziening. Dat noemen wij experimenten, zorgvernieuwing en pilotprojecten. Het goed werken is dus aan de instelling. Er is geen duidelijke samenwerkingsrelatie. Zelfs binnen een instelling heb je als patiënt/cliënt regelmatig een zorgmanager nodig, omdat je anders verward raakt in de enorme hoeveelheid wachttijden die er ook daar tussen de verschillende afspraken zitten. Natuurlijk is er een wachtlijst en even natuurlijk is er sprake van verspilling.

Ik schets in een paar grove lijnen een beeld van hoe het anders zou kunnen. Mijn collega's die zitting hebben in de WRR, hebben dit al eerder bedacht. Zie het rapport uit 1998, dat door de minister indertijd schijnt te zijn afgewezen. De regiovisie wordt opgesteld onder verantwoordelijkheid van de provincies, waarbij naar mijn mening de invloed van patiënten zou moeten worden vergroot. Zij geeft aan wat de ontwikkelingen en de behoeften aan voorzieningen kunnen zijn en wat de actuele situatie is, niet alleen voor de zorg, maar ook voor de ziekenhuiszorg. Of er naar de regiovisie wordt geluisterd, is in sterke mate afhankelijk van de

## Ter Veld

persoonlijke inzet en overtuigingsmacht van het openbaar bestuur, de betrokken gedeputeerde.

Ook het zorgkantoor heeft een raad van advies. Er kan rekening worden gehouden met de regiovisie, maar het is niet verplicht. Voor zorgkantoor kan ik ook verzekeraar invullen. Naar onze opvatting dient de regiovisie de leidende informatiestroom voor het zorgkantoor te zijn. Ik hoor graag de opvatting van de bewindslieden. Overigens vind ik het zorgkantoor een uiterst merkwaardige entiteit. Er is samenwerking tussen overigens concurrerende verzekeraars, waarbij wel de verantwoordelijkheid schijnt te liggen voor het voorzien in tijdige en adequate zorg, maar de plek in de keten is volstrekt diffuus.

Wachtlijsten zouden inzichtelijk moeten zijn: wie wacht hoe lang op welke hulp? Welke hulp is in plaats van de geïndiceerde hulp geboden als de hulp direct nodig is? Dat geldt zowel voor mensen die wachtend op een verpleeghuis in een ziekenhuis liggen, als voor mensen die van de thuiszorg maar drie uur hulp krijgen, terwijl acht uur geïndiceerd is. Als wij dat goed hebben, biedt een wachtlijst een basis voor verdere beleidsontwikkeling. Er zijn veel wachtenden, maar er zijn nog steeds geen goede wachtlijsten. De burger meldt zich via de huisarts, die adviseert, bij het regionaal indicatieorgaan (RIO), dat vervolgens indiceert. Gaat het daarbij om een advies of om een besluit? Als het een besluit is, is het dan een voor beroep vatbare beslissing? Het zal in ieder geval een advies of een besluit moeten zijn waar de vraag van de hulpzoeker centraal staat. Als het RIO een besluit neemt, is het RIO de poortwachter. Als het RIO een advies geeft, is het zorgkantoor de poortwachter.

Het zorgkantoor koopt de geadviseerde of vastgestelde zorg in en houdt de wachtlijsten bij. Naar mijn opvatting zou het ook moeten bijhouden of de afgesproken hulp wordt verleend. Dat is echter een sprookje. Als dat wel zou gebeuren, zou het zorgkantoor op de hoogte zijn van de exacte kwalitatieve en kwantitatieve vraag in de regio. Een te lang verblijf in een ziekenhuis in afwachting van intra- of extramurale zorg is een wachtlijstplek. Is de hulpbehoefte groot, de thuiszorg te weinig, dan is sprake van een wachtlijstplek. De wachtlijst-

plek kan geschoond worden als de second-besthulp beter blijkt te zijn. Mensen staan nog vaak op de wachtlijst voor verpleeghuis of verzorgingshuis, waar zij achteraf gezien niet in willen en hoeven. Als er goede wachtlijsten zijn, kan een juiste capaciteitsplanning worden opgesteld met regionale differentiatie en toekomstvisie vanuit het regioplan.

Iets dergelijks geldt voor de wachtlijsten aan de curekant. Hier is de huisarts degene die doorverwijst. Het is aan de bereidheid van instellingen om de informatie over de beschikbare ruimte en wachttijden bij te houden. Het is mij opgevallen dat ook de wachtlijstbemiddelaars van de verzekeraars wachtlijsten hebben voor wachtlijstbemiddeling. Je vraagt je af waarom dat niet adequaat gepubliceerd wordt. Je zou als patiënt in spe moeten kunnen nagaan bij welke specialist in welk ziekenhuis in de regio ruimte is voor je eventuele heupoperatie. Waarom is er in een regio niet met één druk op een knop vanuit de CPA voor de ambulance bekend waar dat lege bed voor intensive care of hartbewaking zich bevindt? In dergelijke situaties kan een wachttijd zelfs dodelijk zijn. Ik heb het nog niet over wachtlijsten bij transplantatie. Ook bij de orgaandonatie moet de wet geëvalueerd worden.

Een deel van het probleem van de wachtlijsten is niet het absolute tekort, maar het slecht communiceren over tekorten en beschikbaarheid. Ik wijs verder op de planning en de verkeerdebedproblematiek.

Ik kijk op afstand naar de ontwikkelingen in de diagnosebehandelingscombinatie (DBC). Het is de nieuwe financieringsmethode voor ziekenhuizen. Terzijde merk ik op dat ik niet hoop dat de voorwaarden waaronder DBC's kunnen worden ingevoerd straks het leidende motief zijn voor het nieuwe zorgstelsel. Ik wil op dit moment een pleidooi houden voor een DBC als hulpmiddel voor aansluiting van intra- en extramurale zorg, een ketenverantwoordelijkheid. Dan kunnen wij namelijk ook het verkeerdebedprobleem oplossen. Ik vraag de bewindslieden hoe zij hiertegen aankijken. Je kunt vanaf een bepaalde aandoening, klacht of accident zien hoe het vervolgd moet worden in een langduriger verzorgingstraject. Als iemand in een ziekenhuis binnenkomt met een

beroerte, dan weet je dat daar revalidatie voor nodig zal zijn. Je weet dat zorg nodig zal zijn, wellicht in een verpleeghuis. Vanaf het begin kan daarop afgestemd worden.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik begrijp niet goed wat mevrouw Ter Veld bedoelt met haar opmerking dat DBC's kunnen functioneren als hulpmiddel in de zorgketen. Deelt zij mijn vrees dat de DBC's zoals zij thans worden ontwikkeld op basis van de manipuleerbare kosten, waarbij de vaste kosten buiten beeld blijven, alleen een nieuwe bijdrage zullen zijn aan de bureaucratie?

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): De DBC's die thans ontwikkeld worden, zijn een financieringsmethodiek om af te komen van al die verschillende verrichtingen die worden opgeteld voor de financiering van een ziekenhuis. Daarmee kun je het probleem van lumpsumfinanciering vermijden. Je weet gewoon wat het kost. Ik pleit voor een DBC in andere zin. Op het moment dat de diagnose gesteld is, moet de behandeling in haar gehele traject worden gezien. Bij sommige dingen weet je het niet van tevoren, bij andere is het uitstekend te overzien. Het gaat om een keten. Ik zag de staatssecretaris laatst in NOVA even in beeld verschijnen met de mededeling: dan moeten er verpleeghuizen bij. Het is moeilijk uit te leggen dat de capaciteit van een ziekenhuis verkleind zou zijn als gevolg van de verkeerdebedproblematiek. Het gaat bovendien om een volstrekt verkeerde leefomgeving voor mensen die afhankelijk zijn van langdurige en kwalitatief hoge zorg.

Iedere instelling in de gezondheidszorg is op dit moment een los eilandje. Een heldere infrastructuur en verantwoordelijkheidsverdeling ontbreken. Daarbij speelt dan ook nog eens het mogelijk intern slecht functioneren van een instelling. Ook dat lijkt niemand's verantwoordelijkheid. En ook dat heeft weer een relatie met het onderwerp waarover ik vandaag niet zal spreken, namelijk de integrale basisverzekering. Het lijkt of wij in de zorg drie soorten geld hebben: AWBZ-geld, ziekenfondsgeld en geld van particulier verzekerden.

Het college van toezicht houdt toezicht op de verzekeraars. Dat gaat dus om AWBZ- en ziekenfondsgeld. Het college mag thans nog geen

## Ter Veld

toezicht houden op de zorgkantoren. Ik begrijp dat de staatssecretaris dat wenst te veranderen. Is het haar voornemen om vanaf 1 januari volgend jaar de zorgkantoren onder toezicht van het CTZ te plaatsen? Het zorgkantoor koopt zorg in op advies of voordracht van het RIO. Gemeenten houden toezicht op het RIO, alsmede de inspectie voor de volksgezondheid, maar ik denk dat daar vooral de behandelingskant wordt gezien. Hoe voeren de gemeenten dit toezicht uit? Kunnen zij het wel? Het gaat vaak om intergemeentelijke zaken. Er zijn vragen die je landelijk moet toetsen, bijvoorbeeld inzake het landelijk hanteren van de indicatiestelling. Het inkopen van zorg wordt door het CTG in de gaten gehouden.

Het zorgkantoor koopt in bij vaak particuliere instellingen. Daar wordt toezicht gehouden door een eigen raad van toezicht. Wij noemden dat vroeger een bestuur. Tegenwoordig noemen wij een bestuur vaak een besturende directie. Dat is belangrijk voor de terminologie bij de wet exploitatie zorginstellingen. Verder is er een externe accountant, maar die ziet weer niet toe op de bedrijfsvoering en de kwaliteit van zorg. In het voorbeeld van VITRAS wil de staatssecretaris het liefst iedereen aansprakelijk kunnen stellen. In de Tweede Kamer noemde zij de raden van toezicht niet. Is dat illustratief voor de afwezigheid van vertrouwen in de mogelijkheden van veelal goedwillende burgers die in dergelijke raden van toezicht zitting nemen?

Het CTU schreef in zijn rapport Rol zorgkantoren in de thuiszorg in januari 2001 het volgende. De zorgkantoren controleren de naleving van de met de thuiszorg gemaakte afspraken niet. De zorgkantoren beperken zich in het algemeen tot het beoordelen van de nacalculatie en baseren zich op de goedgekeurde jaarrekeningen. De zorgkantoren voelen zich niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De zorgkantoren hebben geen inzicht in het wegvloeiën van middelen naar andere commerciële activiteiten van een instelling of van het concern waartoe de instelling behoort. De zorgkantoren hebben middelen noch mogelijkheden om de controle op naleving van overeenkomsten af te dwingen. De zorgkantoren hebben geen toegang tot

de financiële administraties van thuiszorginstellingen.

Dit moet veranderen. Instellingen gaan hun gang, goed of slecht, beide komt voor. Corporate governance zal in die discussie ook wel een rol spelen. Ik heb de indruk dat er meer gedaan moet worden, want winkeltje spelen met overheidsgeld is geen markt. Als het markt is, zal het duidelijk zijn dat straks de banken toezicht zullen houden op de instellingen voor geldverstrekking, maar waar het juist gaat om collectief geld is het toezicht een taak van de overheid. De wachtlijstbrigade is aan het werk. Wanneer zal het eindrapport verschijnen? Zullen de bewindsvrouwen nog tijd hebben om de voorgestelde wijzigingen te implementeren?

Het budget wordt door de bewindslieden met ingezet aangepakt, ook al hebben wij twijfels of de achterstanden echt kunnen worden ingelopen met de voornemens die voor het komende jaar zijn geuit. De infrastructuur voor de zorg ontbreekt en de politieke verantwoordelijkheid daarvoor hoort bij de overheid thuis. Dat is een politieke keuze die de discussie over de stelselherziening mijns inziens overstijgt. Als je met z'n allen op de wachtlijst staat, maakt het niet uit hoe je bent verzekerd. De organisatie is op zijn minst diffuus. Rekening houden met toekomstige ontwikkelingen is niet alleen op departementsniveau moeilijk. Op regionaal niveau is het zelfs onverplichtend. De regiovisies, waarin ook patiënten/consumentenorganisaties een rol spelen, behoeven niet te worden gevolgd bij het inkoopbeleid van het zorgkantoor en hebben nog steeds geen heldere binding met het tweede compartiment. Het kantoor moet naar onze opvatting worden geïnstitutionaliseerd, zij het dat ik ook dan nog niet zie hoe op korte termijn van de zorgkantoren de feitelijke regie valt te verwachten. Nogmaals, zorgkantoren zijn eigenlijk verzekeraars. Vraaggestuurde zorg is op deze wijze een illusie. Het toezicht is versnipperd en gefragmenteerd en er zitten gaten in. De gevolgen zijn ondoelmatigheid, ondoeltreffendheid en wachtlijsten.

Van de bewindslieden van D66- en PvdA-huize mogen wij op deze terreinen veel verwachten. Ik vind dat ze op een aantal terreinen goed beleid hebben ingezet. Ze hebben beslist hun best gedaan om het

budget te verhogen. Gezien de recente brieven over de modernisering van de AWBZ, zijn de voornemens goed. VITRAS, het Slotervaartziekenhuis en NTN zijn echter voorbeelden van hoe het niet moet. Wachtende mensen zijn al jaren een verkeerd voorbeeld. Ik hoop dat het beschikbare geld effectief gebruikt zal worden. Wij verwachten veel van de antwoorden.

De **voorzitter**: De overschrijding van uw spreektijd loopt parallel met die van uw voorgangers! Dat betekent dat we exclusief de interrupties, die wij er uiteraard vanaf hebben getrokken, op dit moment vijftien minuten meer spreektijd hebben gebruikt dan is opgegeven. In eerste termijn is er nog anderhalf uur opgegeven. Ervan uitgaande dat men die opgave zal respecteren, kunnen we enige spanning gaan ontmoeten in het voorgestelde schema. Ik hoop dat dat niet het geval zal zijn. Ik probeer toch de eerste termijn van de Kamer voor de lunchpauze af te ronden. De commissies beginnen overigens, zeg ik namens de griffier, op tijd, omdat dat gepland is. In de namiddag zal ik het zodanig inrichten dat we onze werkzaamheden hedenavond op een vriendelijk tijdstip kunnen beëindigen.

□

De heer **Hessing** (D66): Voorzitter. Ik kan nu reeds berichten dat ik niet in staat zal zijn, de opgelopen achterstand in te halen!

Friedrich Wilhelm von Hohenzollern, kroonprins van Pruisen, stond op het punt om tot keizer van Duitsland gekroond te worden. Zijn tot dan toe voortreffelijke gezondheid werd in maart 1888 echter plots gehinderd door een langzaam toenemende heesheid. Negenennegentig dagen na zijn kroning tot keizer is Friedrich met een luchtpijpsnede overleden. Omdat zijn echtgenote Vicky het idee van een bloederige ingreep in de keizerlijke keel niet kon verdragen, was van een verwijdering van het strottenhoofd afgezien. Achteraf moet de keizerin in haar afwijzing van een dergelijke ingreep gelijk worden gegeven. Zulke operaties werden in die tijd door een vooraanstaand arts getypeerd als "sectie op een levende".

Waarmee maar gezegd wil zijn dat de ontwikkelingen in de zorg sedertdien met sprongen vooruit zijn

## Hessing

gegaan en nog steeds voortschrijden. Zo worden bijvoorbeeld als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen steeds vaker ingrepen op hogere leeftijd verricht. Mede als gevolg van onder meer de nieuwe mogelijkheden enerzijds en anderzijds het toegenomen verwachtingspatroon van patiënten, is de vraag naar zorg op veel terreinen sterker toegenomen dan op grond van louter demografische ontwikkelingen verwacht had kunnen worden.

Het debat van vandaag gaat juist over de ontwikkelingen in de zorg, de knelpunten en de vraag in hoeverre de overheid haar overall verantwoordelijkheid voor de zorgsector heeft ingevuld. Niettemin een opmerking vooraf. Beleidsdebatten los van de begroting aan deze zijde van het Binnenhof zijn schaars te noemen, en als ze al gehouden worden, dan is toch een zekere afstemming met hetgeen de Tweede Kamer heeft gewisseld over dit onderwerp met de regering van belang. Welnu, als het gaat om de beleidsmatige duiding van de ontwikkelingen in de zorg en de politieke vertaling daarvan, moet geconstateerd worden dat inmiddels aan de overzijde hier ook het nodige over is gezegd; men leze de algemene beschouwingen van 19 en 20 september er maar op na. Deze constatering noopt tot nadere overdenking en voor dit moment in ieder geval de aansporing om het debat zoveel mogelijk op hoofdlijnen te houden.

En om maar eens met een hoofdlijn te beginnen: gaat het goed in de zorg? Wie vanuit een helikopter het werkveld overziet, kan zeker tot de conclusie komen dat er zowel kwantitatief als kwalitatief het nodige wordt gepresteerd. Het is goed dat de minister in haar beantwoording van de vele vragen die in deze Kamer en aan de overzijde zijn gesteld, nadrukkelijk aangeeft dat de gezondheidszorg in Nederland zeker aan de maat is. Alle discussies over de frustrerende wachtlijsten en tekorten aan gekwalificeerd personeel belemmeren ten onrechte het zicht op al datgene wat wél goed gaat in de zorg. Bij een debat over de stand van zaken in de zorg is het van belang dát uitgangspunt helder naar voren te brengen. Daar moet wel aan worden toegevoegd dat het – althans zo is de veronderstelling van mijn fractie – mede te danken is

aan de vragen die gesteld zijn dat nu een behoorlijk beeld beschikbaar is over de ontwikkeling in de zorg in de afgelopen jaren. Er is ten departemente veel werk verzet om nu eens in meerjarige overzichten in kaart te brengen, welke prestaties en nu precies zijn geleverd. Al met al ligt er inmiddels meer dan voldoende materiaal om een substantieel debat te voeren en conclusies te trekken.

Zoals gezegd, geven de beschikbare gegevens een aardig beeld. Duidelijk is dat wij nog niet zover zijn als in die recente reclame waar een wachtkamer vol met specialisten te zien is, die de tijd doden met het lezen van de krant, een spelletje kaart en het luisteren naar muziek. Op een gegeven moment wordt er door een verpleegster een bed met een patiënt aangereden. Eén van de specialisten springt op en ontfermt zich over deze patiënt, terwijl ondertussen een sonore stem te horen is die zegt: "Helaas berusten deze beelden niet op de werkelijkheid". Zover is het dus nog niet, maar dat neemt niet weg dat als het gaat om de productie in de zorg niet anders dan geconstateerd kan worden dat de productie in vrijwel alle sectoren in de afgelopen periode fors is toegenomen, en het gaat dan om de periode vanaf 1994, dus vanaf Paars I. Zo is de productie van de algemene en academische ziekenhuizen over de periode 1994-1999 duidelijk toegenomen. Het is opvallend te zien dat het aantal klinische opnamen is afgenomen en dat daarentegen het aantal dagbehandelingen is toegenomen. In zijn algemeenheid wijst dat niet alleen op een productiestijging, maar vooral ook op een kwaliteitsverbetering. Het aantal behandelingen in revalidatieklinieken is spectaculair gestegen, van index 100 in 1994 tot 140 in 1999. Overigens zegt dit cijfer uiteraard niets over de feitelijk geboekte resultaten. Bij orthopedie is het aantal knie- en heupoperaties sinds 1996 sterk gestegen. Ook bij oogheelkunde is het aantal verrichtingen sinds 1996 sterk gestegen. Wat overigens opvalt, is dat het overzicht over de productieontwikkeling in tabel 4 van de antwoorden aan de Tweede Kamer een vergelijking laat zien van 1998 en 2000. Is er ook een overzicht te geven vanaf 1994? Een dergelijk overzicht laat wellicht beter en scherper de productietoename zien.

Maar ook op andere terreinen is winst geboekt. Genoemd kan bijvoorbeeld worden de uitbouw, zij het dat het totaal nog bescheiden is, van de persoonsgebonden budgetten in de gehandicaptenzorg: van 1400 in 1996 tot 6200 in 2000. Maar er zijn uiteraard vele voorbeelden te noemen. Zo bezien heeft er in de visie van mijn fractie een nadrukkelijke omslag in het denken over de ontwikkelingen in de zorg plaatsgevonden. Stond onder Paars I nog als denklijn centraal de beheersing van kosten – waarmee overigens niet meer en niet minder is gedaan dan het voortzetten van een al eerder ingezette beleidslijn – onder Paars II is expliciet meer financiële ruimte voor volumegroei beschikbaar gekomen. Het is niet in de laatste plaats aan de vasthoudendheid van deze minister te danken dat deze financiële ruimte beschikbaar is gesteld, en dat daar bovenop de laatste jaren extra middelen ter beschikking zijn gekomen voor de aanpak van met name de wachtlijsten. Juist tegen de achtergrond van de constatering dat de gezondheidszorg als sector niet op bevel in een hogere versnelling kan worden geplaatst en ook niet met het optrekken van een wenkbrauw, kan gezegd worden dat de zorgproductie over het algemeen aanzienlijk is toegenomen, en dat er dus per saldo forse inspanningen zijn gepleegd om tegemoet te komen aan de toemende vraag naar zorg, en dat is een constatering van betekenis.

Het is interessant om de productiegroei te leggen naast de extra middelen die in de aangegeven periode ter beschikking zijn gekomen. In de periode 1994-2001 bedroeg de totale groei van de netto BKZ-uitgaven ruim 24 mld gulden. Voor ruim de helft, 12,5 mld gulden, ging het daarbij om een nominale ontwikkeling. Van de echte volumegroei, 11,7 mld gulden, was ruim 40% benodigd om de geraamde demografische groei op te vangen. In de beantwoording staat over de toedeling van extra middelen een intrigerende passage. Gesteld wordt dat de toedeling van deze extra middelen naar de onderscheiden categorieën zoals daar zijn wachtlijsten, werkdruk, zorgvernieuwing, beheer en administratie en kwaliteit, zo zorgvuldig mogelijk heeft plaatsgevonden. Daar gaat mijn fractie wel van uit! Maar dan wordt daaraan toegevoegd, dat een



## Hessing

dergelijke toedeling op zekere hoogte arbitrair is te noemen. Zonder nadere toelichting roept deze constatering toch vragen op. Hoezo arbitrair? Aan de hand van welke criteria heeft eigenlijk dan die toedeling plaatsgevonden? In hoeverre is bijvoorbeeld de inzet van extra middelen ten behoeve van het bestrijden van de wachtlijsten afgestemd met de extra inzet voor de arbeidsmarkt, vanuit de gedachte eerst de gekwalificeerde mensen en dan de extra productie? En als die toedeling tot op zekere hoogte arbitrair te noemen is, in hoeverre is de minister dan nu van oordeel dat die toedeling evenwichtig is geweest? Had niet bijvoorbeeld nog meer het accent op de wachtlijstenproblematiek gelegd dienen te worden? Gaarne een toelichting.

Op zich begrijpelijk is de constatering dat de aard en de omvang van de informatiebehoefte en -verzameling in de afgelopen jaren zijn veranderd. Lag eerst het accent op de kostenbeheersing, tijdens Paars II is veel aandacht besteed aan de verbetering van informatie over wachttijden en zorgproductie. En het is verleidelijk om met de inzichten van nu te stellen dat het toen anders en beter had gekund, en daar moeten wij dus voorzichtig mee zijn, maar toch is opvallend te vernemen dat men in de ziekenhuissector pas in 1996 is begonnen met het bijhouden van de wachtlijsten en de wachttijden, en dat nog steeds niet alle ziekenhuizen volledige informatie leveren. Dan blijft het adagium "meten is weten, maar doe meer met ongeveer" zijn actualiteitswaarde behouden. Dan verbaast het ook niet dat in de meeste sectoren blijkbaar nog hard gewerkt wordt aan adequate productdefinities, laat staan dat scherp geregistreerd kan worden wat nu precies de productie is.

Kortom, als het gaat om de registratie van gegevens, moet dan niet de conclusie zijn: te weinig en te laat? De minister geeft immers zelf aan bij de antwoorden op de gestelde vragen, dat het hebben van een scherp inzicht in de fricties tussen vraag en aanbod essentieel is om gericht de zorgcapaciteit af te kunnen stemmen op de feitelijke vraag. Tot voor kort was dit inzicht ook volgens de minister niet aanwezig, en kon dus onvoldoende stevig onderbouwd worden in welke mate uitbreiding van het aanbod

nodig was. Wachtlijsten waren vervuld, kenden een onderlinge overlap of waren onvoldoende eenduidig over het type zorg of behandeling waarop gewacht werd. Voor de caresector geeft de minister aan dat er geen centrale indicatiestelling was, dat er geen zicht was op de vraagontwikkeling en dat er geen goed inzicht in de wachtlijstontwikkeling als zodanig was.

Nogmaals, het is thans makkelijk om te constateren dat het toen anders gekund had – achteraf heeft iedereen gelijk – maar niettemin verneemt mijn fractie graag de opvatting van de minister over het achterblijven van het meten van de productie in de zorg. Is dat de preoccupatie geweest ten aanzien van de kostenbeheersing waardoor de vraagzijde een beetje buiten beeld is geraakt? En waarom heeft tegen deze achtergrond in de jaren 1996 tot en met 2000 voor de categorie "beheer en administratie" een bezuiniging plaatsgevonden van meer dan 150 mln gulden? Is dat niet typisch "pennywise en pound-foolish" geweest? Graag een oordeel van de minister op dit punt. En ten slotte, heeft de minister op zo'n aangelegen punt voldoende grip op het veld? Kan zij bijvoorbeeld voorschrijven dat de administratie volledig en eenduidig plaatsvindt en zo nee, zou zij die bevoegdheid dan niet moeten hebben?

De heer **Boorsma** (CDA): U probeert terecht vooral de positieve punten te benadrukken. Maar ik vind het opmerkelijk dat u zegt dat het zicht op de wachtlijsten er eigenlijk pas is gekomen na 1996. Ik heb in mijn bijdrage nadrukkelijk gezegd dat al onder Lubbers III belangstelling bestond voor de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg enz. Dat is vervolgens in het regeerakkoord van Paars I totaal weggevalen. Het was dus een nadrukkelijke fout van het aantredende kabinet-Kok I.

De heer **Hessing** (D66): Dat is een constatering. Ik maak een kritische opmerking over het vastleggen van de wachtlijsten en -tijden, want die zijn van beslissende betekenis om te bezien, hoeveel zorg in aanbiedende sfeer moet worden gecreëerd.

Overigens is mijn fractie het eens met de minister dat er grenzen zijn aan de planbaarheid van een toereikend zorgaanbod en zeker ook

aan de mogelijkheden van de rijksoverheid op dit punt. Een zekere frictie tussen vraag en aanbod – en dus het bestaan van wachtlijsten – vormt een nuttig instrument voor zorgaanbieders om op een efficiënte manier zorg te verlenen. Opmerkelijk is dat de minister aangeeft dat er inmiddels een breed gedragen opvatting leeft dat een wachttijd van beperkte duur goed is vanuit het oogpunt van een efficiënte zorgorganisatie, maar dat bij een wachttijd boven een bepaalde grens de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg niet meer of onvoldoende zijn gewaarborgd. Deze beschrijving wekt op zijn minst de indruk dat er blijkbaar voorheen bij de sector zelf geen of onvoldoende reflectie heeft plaats gevonden over de implicaties over de lengte en de duur van de wachtlijsten. Hoe kan deze houding van de sector verklaard worden? Ontbrak deze reflectie wellicht omdat er geen scherp zicht bestond op de werkelijke omvang van de wachtlijsten? Als niet precies bekend is hoe het staat met de wachtlijsten, dan is het ook lastig om te beoordelen in hoeverre die wachtlijsten in feite de toegankelijkheid van de zorg beperken en de kwaliteit aantasten. Of zijn er wellicht andere oorzaken te duiden? Zo ja, dan verneemt mijn fractie die graag.

Hoe dan ook, een scherp zicht op de vraagkant is van beslissende betekenis voor het organiseren van het zorgaanbod. Op dat punt worden de laatste jaren dus de nodige gaten gedicht. Niettemin geeft de minister aan dat het ook met de huidige wetenschappelijke inzichten uiterst moeilijk is om de zorgvraag op langere termijn te voorspellen. Als dat zo is, hoe kan de minister dan vervolgens haar hoop vestigen op toekomstige ontwikkelingen, waarbij verzekeraars een belangrijke rol zullen gaan vervullen bij het plannen van het zorgaanbod? De minister verwacht dat de zorgverzekeraars goed in staat zullen zijn, op de toekomstige vraag in te spelen. Is dat beeld niet te optimistisch? Op zijn minst is gebleken dat dit een weerbarstige materie is. Als wetenschappelijke fundamenteën ontbreken, waarom zouden dan verzekeraars beter in staat zijn te anticiperen op de zorgvraag dan de rijksoverheid in de afgelopen jaren? Waarop baseert de minister haar zonnige kijk?

## Hessing

Bij de beantwoording van de vragen geeft de minister stellig aan van oordeel te zijn, dat de wachtlijsten in de zorg niet te laat door de regering en voorgaande ministers zijn gesignaleerd. Evenmin is zij het eens met de stelling dat enig beleidsmatig ingrijpen pas op gang is gekomen nadat de wachtlijsten een onverantwoorde proportie hadden aangenomen. Dit is uiteraard typisch een punt waarbij inzichten van nu geprojecteerd worden op feitelijkheden van toen, en dus is een zekere terughoudendheid op zijn plaats als het gaat om het trekken van conclusies, maar dan toch een vraag. De minister geeft aan dat de budgetten in de zorg in de achterliggende jaren zijn vastgesteld onder meer op basis van de inzichten in de ontwikkelingen van de zorgvraag. En voorts constateert de minister dat pas in de loop van 2000 en 2001 op landelijk niveau meer gegevens beschikbaar zijn gekomen over de precieze omvang van wachtlijsten en de lengte van de wachttijden, waardoor er voor het eerst nauwkeurigere inzicht is in de reële omvang van het probleem. Volgt uit deze opsomming niet de plausibele redenering dat de budgetten jarenlang onvoldoende zijn afgestemd op de ontwikkelingen in de zorgvraag, simpelweg omdat de daaraan ten grondslag liggende inzichten scherpte ontbeerden? Anders gezegd, had er wellicht eerder ingegrepen kunnen worden, als er eerder betere cijfers hadden gelegen?

Als het gaat om registratie en verantwoording zijn er echter nog meer aandachtspunten. Neem bijvoorbeeld de extra gelden die zijn ingezet om de werkdruk te verminderen. Geconstateerd wordt dat er door de instellingen simpelweg geen verantwoording kan plaatsvinden over de toegekende werkdrukmiddelen; het gaat hier om een intensivering van in totaal ruim 2 mld gulden in de periode 1995-2001. De reden hiervoor is gelegen in het feit dat de instellingen hun werkdrukbeleid uit meerdere bronnen bekostigen. Het gaat niet alleen om de toegekende werkdrukmiddelen, maar ook om de sectorfondsen en om de reguliere budgetten die via de CTG-beleidsregels worden verkregen. Door deze verschillende financiële stromen is verantwoording van de extra toegekende middelen niet mogelijk. En nu terugkijkend, is

uiteraard de voor de hand liggende conclusie dat bij het toekennen van deze extra middelen geen afspraken zijn gemaakt over een adequate verantwoording daarvan. Op die manier valt niet goed scherp te krijgen of de middelen wel voor het juiste doel zijn ingezet, en voorzover ze voor het goede doel zijn ingezet, in hoeverre deze dan vervolgens effectief zijn geweest. En uiteraard valt er dan ook weinig te leren van geslaagde en mislukte initiatieven. Wellicht dat het beeld dat mijn fractie van dit onderdeel heeft overgehouden te negatief is, maar dan ziet mijn fractie dat beeld graag door de bewindsvrouw in positieve zin bijgesteld. En mijn fractie beseft ook dat het werken met strakke productafspraken en verantwoording daarover ook inzichten betreft die in de loop der jaren zijn gerijpt en die niet zonder meer in de tijd teruggeplaatst kunnen worden.

De omschakeling naar vraagsturing in de zorg geeft een nieuwe impuls aan de zorgvernieuwing. De extra middelen hiervoor worden ingezet voor concrete projecten; dat is prima. Het blijkt echter dat deze projecten niet steeds of steeds niet zijn uit te drukken in concrete producten. Dus wel concrete projecten, maar geen concrete producten. Dan worden inderdaad resultaten lastig meetbaar of zelfs niet meetbaar. Ook hier – of juist hier – moet geconstateerd worden dat er een schakel ontbreekt. Want als het om zorgvernieuwing gaat, is het toch van doorslaggevend belang om te weten welke projecten succesvol zijn en welke niet? Wil zorgvernieuwing aanslaan en een brede basis krijgen, dan is het noodzakelijk dat de goede projecten verder uitgedragen worden. En dat betekent dat juist bij zorgvernieuwing gelet moet worden op het meten van de resultaten. En het is jammer – als mijn fractie dat goed heeft begrepen – dat dit aspect niet een beslissende voorwaarde is geweest voor het al dan niet toekennen van extra gelden. Hoe waardeert de minister deze gang van zaken en op welke wijze denkt zij hierin verbetering aan te brengen?

Afrondend op het punt van registratie en verantwoording wil ik nog het volgende opmerken. Het zal duidelijk zijn dat mijn fractie van oordeel is dat hier nog het nodige verbeterd kan worden, en dat juist op dit punt lessen vallen te leren voor de toekomst. Het is daarom dat

mijn fractie nadrukkelijk de uitspraak ondersteunt van premier Kok tijdens de algemene beschouwingen aan de overzijde, waar hij heeft aangegeven dat hij de analyse deelt dat de verantwoordelijkheden voor informatieverschaffing in een nieuw zorgstelsel beter belegd moeten worden. Dat lijkt mij zeer de moeite waard.

Dan de extra gelden voor de kwaliteit van de zorg. Mijn fractie vindt dat de cijfers hier enigszins geflatteerd zijn weergegeven, omdat onder deze categorie ook de cijfers voor de genees- en hulpmiddelen zijn meegenomen. In ieder geval voor de geneesmiddelen zou een aparte categorie aangewezen zijn, omdat toch bezwaarlijk valt aan te nemen dat elke extra pil één op één een kwaliteitsverbetering in zich draagt. Welk deel van de volumegroei is echt te kwalificeren als kwaliteitsverbetering en houdt dus verband met bijvoorbeeld nieuwe en betere medicijnen? Maar goed, zelfs al worden de geneesmiddelen meegenomen, dan nog moet vastgesteld worden dat over de jaren 1995, 1996 en 1997 hier een bezuiniging heeft plaatsgevonden. Wanneer de geneesmiddelen buiten beschouwing worden gelaten, dan heeft er zelfs over de periode van 1995 tot en met 1999 een bezuiniging plaatsgevonden. Hoewel mijn fractie beseft dat er het nodige is gedaan op het vlak van de kwaliteitsverbetering, heeft dit onderdeel niet vooropgestaan bij de toedeling van extra middelen. Gaarne een reactie van de minister.

Dan het arbeidsmarktbeleid in relatie tot de zorgsector. Als het gaat om het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg zijn natuurlijk verschillende kanten te benoemen. Eén aspect betreft de werkdruk en het streven om meer handen aan het bed te krijgen. Een ander aspect betreft de beloning en dan valt op dat in de periode 1995-2000 de groei van het gemiddelde bruto uurloon in de sector zorg en welzijn licht is achtergebleven bij de gemiddelde groei in Nederland. Dat gegeven op zich draagt natuurlijk niet bij tot het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg. Uiteraard zijn er verschillen en doet de ziekenhuissector het beter dan bijvoorbeeld de sector verpleging, verzorging en ouderen. Maar zijn hier geen kansen gemist en wat kan de minister eraan doen om de wervingskracht van de

## Hessing

sector op dit punt te vergroten? Arbeidsmarktbeleid is mooi, maar is een hogere beloning niet beter? Overigens is in algemene zin het beeld genuanceerd te noemen. In de hele zorg is het aantal werkzame personen tussen 1994 en 2000 met ruim 19% ofwel 140.000 personen toegenomen. Maar als gevolg van een kortere werkweek door invoering van ADV en een oplopend ziekteverzuim is het beschikbare personeelsvolume ongeveer 7,5% geweest. Dat is toch aanzienlijk minder.

Maar ook hier heeft het kabinet extra middelen ter beschikking gesteld in verband met knelpunten op de arbeidsmarkt. Voorzover het gaat om extra geld voor initiële opleidingen wordt gemeld dat de sectoren die onder de sectorfondsen voor de verzorgingshuizen en het ziekenhuiswezen vielen, hebben besloten deze middelen rechtstreeks te verdisconteren in de instellingsbudgetten. Moet deze handelwijze aldus worden begrepen dat de budgetten van de instellingen simpelweg zijn opgehoogd, zonder dat afspraken zijn gemaakt om deze middelen gericht in te zetten voor het doel waarvoor ze zijn bestemd?

"Kan op een heldere wijze worden uiteengezet hoe de exacte verantwoordelijkheidsverdeling is tussen de minister van VWS en alle overige actoren (waaronder toezichtorganen, verzekeraars, instellingen, zbo's etc), die betrokken zijn bij de uitvoering en controle van het beleid, zowel voor het geheel van de zorgsector als per deelsector"? Zo op het eerste gezicht lijkt dit een aardige vraag te zijn voor een tentamen bij de studie gezondheidswetenschappen, maar dat is niet het geval. Deze vraag is op 28 juni van dit jaar gesteld door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer. De vraag wekt wellicht de suggestie dat bij de leden van de Tweede Kamer geen zicht bestaat – of geen zicht meer bestaat – op de hoofdstructuur van onze gezondheidszorg. Of moet het zijn dat deze structuur inmiddels inderdaad zo ondoorzichtig is, dat het controlerend orgaan bij uitstek, de Tweede Kamer, met recht en reden het spoor bijster is?

Hoe dan ook, de minister geeft een nauwgezet overzicht van de relevante wetgeving terzake en het beeld in hoofdlijnen dat uit deze regelstelling, in onderlinge samen-

hang bezien, oprijst ten aanzien van de verdeling van verantwoordelijkheden. Dat is inderdaad een complex en weerbarstig geheel. Maar dat niet alleen, het antwoord maakt duidelijk dat op zijn minst diffuus is waar nu precies de onderscheiden verantwoordelijkheden van de diverse actoren ophouden, en vooral waarvoor de rijksoverheid in het algemeen en de minister van VWS in het bijzonder zich verantwoordelijk dienen te weten. Zo stelt de minister dat de zorgverzekeraars de verzekeringswetgeving uitvoeren en dat zij ervoor verantwoordelijk zijn dat zij voor hun cliënten voldoende en adequate zorg inkopen. De zorgverzekeraars en de private zorgaanbieders sluiten overeenkomsten ter verzekering van de zorg en de financiering. Maar niettemin, de minister van VWS is voor het functioneren van het stelsel als geheel verantwoordelijk, aldus het antwoord. Dat is mooi, maar geeft geen duidelijkheid.

Tegen deze achtergrond kan het niet verbazen dat patiënten soms bij de rechter proberen hun recht op zorg geldend te maken, en dat in die gevallen ook de rijksoverheid met succes wordt aangesproken. Vindt de minister nu echt dat de huidige verantwoordelijkheidsverdeling voldoende helder is? Die eindverantwoordelijkheid geeft het beeld dat de minister aan de knoppen zit van de mammoettanker die het zorgstelsel heet. Vindt de minister dat zij met het huidige instrumentarium voldoende grip geeft op de diverse actoren en hun deelbelangen? Kan zij met andere woorden in het huidige systeem haar eindverantwoordelijkheid wel waarmaken? Uit deze vraag valt te proeven dat mijn fractie een discrepantie bespeurt tussen enerzijds de directheid waarmee de minister te pas en te onpas wordt aangesproken over de ontwikkelingen in de zorg en anderzijds het complexe beeld van talloze actoren die elk met eigen taken en verantwoordelijkheden hun deuntje meeblazen in het zorgveld.

En hoe zit het met de sturingskracht, nu het kabinet toch ten principale heeft gekozen voor een verschuiving van centrale regelgeving naar gereguleerde marktwerking? In de nota Vraag aan bod, en trouwens ook in de Verkenningen, wordt naar het oordeel van mijn fractie op overtuigende wijze de

nieuw ontwikkelingsrichting geduid. De overheid treedt in dit proces terug door minder gedetailleerde regels uit te vaardigen en zich te concentreren op de waarborging van publieke belangen als goede toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en kwaliteit. Daarnaast blijft de overheid uiteindelijk verantwoordelijk voor de goede doelmatige werking van de besturing en daarmee ook voor het stelsel als geheel. Mijn fractie ondersteunt graag deze invalshoek, maar kan tegelijkertijd niet ontkennen dat er aldus nog heel wat op het bordje van de minister blijft liggen. De vraag is dan ook in hoeverre de minister met deze omslag in het achterhoofd voldoende greep kan behouden op de sector. Als nu al geconstateerd kan worden dat de minister ergens achteraan op de mammoettanker weliswaar fors aan het roer draait, maar het wenden van de steven langzaam gaat, hoe zal het dat dan gaan in de nieuwe opzet? Welke garanties zijn er dan dat de minister de geformuleerde publieke belangen ook écht kan behartigen? Mijn fractie zou met andere woorden graag zien dat de minister ook echt de instrumenten krijgt om voluit aangesproken te kunnen worden op haar verantwoordelijkheid.

Zoals ook de Rekenkamer in het rapport Bekostiging ziekenhuiszorg heeft aangegeven, dient bij een arrangement, waarin de verantwoordelijkheid in belangrijke mate bij de partijen in het veld wordt gelegd, de minister met de haar ten dienste staande middelen een faciliterende rol te spelen en het proces op gang te houden. Juist bij een losser geformuleerd sturingsarrangement dient de minister te beschikken over voldoende en betrouwbare informatie om te kunnen beoordelen of het proces op koers ligt. En daar kan, zoals hiervoor al aangegeven, aan worden toegevoegd dat de minister voorts over instrumenten moet beschikken om zo nodig de koers te kunnen bijsturen. In de nota Vraag aan bod wordt aangegeven dat de keuze voor een besturingsmodel waarin particuliere personen en organisaties op decentraal niveau meer beslissingsvrijheid krijgen om de publieke zorgbelangen veilig te stellen, niet los kan worden gezien van een door de overheid te hanteren kaderstellend instrumentarium. Voor de uitvoerende partijen hanteert de nota het begrip "vrijheid

## Hessing

in gebondenheid". De nota Vraag aan bod geeft overigens nog geen zicht op hoe een en ander ingevuld gaat worden. Dat is natuurlijk van beslissende betekenis.

Het hebben verantwoordelijkheden en het daarop aangesproken worden, gaat uit van de premisse dat de minister ook toereikende bevoegdheden en instrumenten heeft. En gelet op het feit dat de bevordering van de volksgezondheid een sociaal grondrecht betreft, behoudt de minister onverkort haar overall eindverantwoordelijkheid op stelselniveau. Gegeven die verantwoordelijkheid, die neerslaat in de zorg voor de toegankelijkheid, solidariteit, betaalbaarheid en kwaliteit van het stelsel, en die dus eigenlijk niet op een lager niveau te plaatsen valt – ook al zouden we dat willen – is de minister het dan ook eens met mijn fractie dat het geen kwaad kan dat de minister haar grip op het veld, uiteraard niet over de hele linie, maar wel op de beslissende punten, versterkt? Gaarne een reactie op dit voor mijn fractie aangelegen punt.

Mijn fractie is overigens zo vrij, de hier geformuleerde opwaardering van de centrale sturing te zien als een interpretatie van de woorden die premier Kok aan de overzijde ten aanzien van het nieuwe stelsel heeft gebezigd. Hij gaf aan dat de introductie van marktconforme mechanismen in de zorg zorgvuldig en beheerst dient te gebeuren. En het is volgens hem dus geen vrijbrief voor verzekeraars of aanbidders in de schaarse markt. Partijen in de zorg krijgen ruimte als aan alle voorwaarden voor een systeem van gereguleerde concurrentie is voldaan, met checks and balances die waarborgen bieden voor kwaliteit, variëteit en betaalbaarheid. Heeft mijn fractie de woorden van premier Kok juist geïnterpreteerd?

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer vandaag mede het woord namens de ChristenUnie.

In het boekje "Psychologie van het ziekbed" van prof. J.H. van den Berg is beeldend omschreven hoe een mens zich kan voelen wanneer hij of zij ziek wordt. "Vervreemding, onmacht, hulpeloosheid". Ik moet u zeggen, voorzitter, dat de beschreven gevoelens ook mijn deel waren bij de voorbereiding van dit debat.

Tegelijkertijd realiseerde ik mij gelukkig ook dat de laatste jaren de zorgsector in zijn geheel enorm in beweging is. Algemeen leeft de idee dat in de toekomst keuzevrijheid en de vraag vanuit de zorgvrager steeds meer centraal moet staan. Dat is positief. Toch is de daadwerkelijke invloed van de zorgvrager nog steeds gering. Wel zijn er een aantal positieve ontwikkelingen te melden. Zo krijgt kwaliteit van zorg, ook vanuit patiëntenperspectief, een steeds grotere nadruk. De zorg wordt niet langer gezien als een gunst voor mensen die zorg nodig hebben, maar veel eerder als een product dat aan de individuele wensen van een zorgvrager moet voldoen.

Ook het persoonsgebonden budget (PGB) is een directe vorm van vraagsturing. De patiënt kan zelf zorg inkopen. Wel is het van belang of het PGB moet worden gezien als doel of als middel. Wordt de nadruk gelegd op vrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager dan is het budget een doel. Ligt de nadruk op flexibiliteit van zorg dan is het PGB een middel. Hoe zien de bewindsvrouwen dit? Belangrijk is namelijk dat voor de toekomst wordt vastgelegd, waarvan wij uitgaan. Ook de vermaatschappelijking van de zorg, waarin de zorg als maatschappelijke activiteit aansluit op wonen, werk, vervoer, onderwijs, krijgt terecht steeds meer aandacht, alhoewel wij op zich nog een lange weg te gaan hebben. De gebruiker staat ook hierbij centraal. Maar deze positieve ontwikkelingen nemen niet weg dat er ook sprake is van bedreigingen. Welke dat zijn, zal duidelijk worden in het vervolg van mijn bijdrage.

In deze bijdrage zal ik niet nog eens uitgebreid stilstaan bij wat er in het verleden fout ging. Onze fracties vinden het zinvoller om van de fouten te leren en naar de toekomst te kijken, waarbij het ons vooral gaat om goede zorgverlening ten gunste van mensen die deze nodig hebben.

In haar brief van 24 augustus jl. stelt de minister dat achteraf moet worden vastgesteld dat de ramingen van voor 1994 onvoldoende met ontwikkelingen, zoals een stijging van de zorgvraag, een toegenomen welvaart, sterk verbeterde behandel-mogelijkheden alsook een forse verruiming van de zorgcapaciteit, rekening hebben kunnen houden en primair van bekende, vaak aanbod-gestuurde, trends zijn uitgegaan. Wij

hebben deze opmerkingen geïnterpreteerd als: wij kunnen het eigenlijk niet helpen, wij zijn van aannames uitgegaan die op dat moment niet meer adequaat waren.

Echter, dit alles is gebeurd ondanks het gegeven dat in maart 1991 de eerste Kosten van ziektenstudie in Nederland was verschenen. Op basis van cijfers uit 1988 werd in deze studie een inventarisatie gemaakt van de omvang en kosten van de zorg naar kenmerken van de gebruikers, zoals aangekondigd in de brief van de toenmalige staatssecretaris van dit departement aan de Tweede Kamer over de grenzen van de zorg. Ik noem de belangrijkste resultaten van deze studie.

- De kosten van psychische aandoeningen blijken veruit het hoogst van alle diagnosegroepen. Daarna volgen hart- en vaatziekten, zwakzinnigheid, spijsverteringsziekten en aandoeningen van het bewegingsstelsel.
- De totale kosten van ziekten per persoon nemen sterk toe met de leeftijd. Een aantal ziekten, zoals beroerten, dementie, aandoeningen van het bewegingsstelsel en ongevallen buiten het verkeer, veroorzaakt vooral op zeer hoge leeftijd aanzienlijke kosten.
- De verschillen in kosten tussen mannen en vrouwen van gelijke leeftijd zijn gering, met uitzondering van personen ouder dan 75 jaar bij wie de kosten per vrouw hoger zijn.

Opvallend is dat in dit rapport expliciet wordt gerept van de mogelijkheden om met de gegevens uit het rapport als uitgangspunt, globale indicaties te geven van de ontwikkeling van de kosten van ziekten. Daarvoor worden in de bijlage, getiteld Ontwikkeling van een kostenmodel, enige bouwstenen aangereikt. Als groot voordeel van dit model wordt genoemd dat de uitkomsten beleidsmatig zeer goed interpreteerbaar zijn. Per zorgsector en per ziekte en naar leeftijd en geslacht kan men belangrijke aannames variëren. De gevolgen voor de kosten in de diverse sectoren en in de totale gezondheidszorg worden zichtbaar bij scenario's die aangrijpen bij de ontwikkeling van de bevolking, bij de epidemiologie van ziekten, bij veranderingen in het patroon van medische consumptie en bij mutaties in de kosten van de geleverde diensten. Naar de mening van onze fracties lag er al heel veel materiaal waarmee wij wel



## Van den Berg

wat hadden kunnen doen. Was dat niet bekend of is dat terzijde gelegd? Soms past iets wat een bureau zegt politiek niet. Dat kan het ook zijn geweest. Dat is allemaal niet erg, als maar helder is waarom hiermee te weinig is gewerkt, althans naar onze mening.

Recentelijk is de heer Johan Polder aan de Erasmus Universiteit Rotterdam gepromoveerd op een vervolg van deze Kosten van ziektenstudie. In deze studie uit 1997 over gegevens uit 1994 worden projecties voor de toekomst gemaakt. Daarbij maakt men onderscheid tussen loon- en prijsontwikkelingen, veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking en overige oorzaken van kostenontwikkeling (waaronder epidemiologische veranderingen, veranderingen in het aanbod door technologische innovatie en andere ontwikkelingen). De conclusie luidt dat de kosten van de gezondheidszorg alleen al als gevolg van de vergrijzing in de komende twintig jaar met ruim 0,9% per jaar zullen stijgen.

Naar de mening van onze fracties zijn voor het beleid dergelijke studies van groot belang. De heer Dees wees daarop ook al. Ik meen dat hij daarbij naar een andere instantie verwees. Wij vragen de bewindsvrouwen of zij denken dat er mechanismen zijn om in de toekomst ontwikkelingen te voorzien, in tegenstelling tot wat naar ons in brieven is geworden in de afgelopen periode het geval is geweest. Welke studies en instanties kunnen hierbij dan rol spelen? Ik sluit mij wat dit betreft nogmaals aan bij de woorden van de heer Dees.

De minister stelt in haar schrijven van 13 september jl. dat het financieel beleid op het gebied van de gezondheidszorg van het eerste paarse kabinet vooral in het teken stond van een beheerste kostenontwikkeling. Het tweede paarse kabinet luidde volgens de minister een eerste trendbreuk in het beleid in. Er kwam meer ruimte voor volumegroei, namelijk 2,3% per jaar. In de sturing van de extra financiële middelen werd gekozen voor een verschuiving van een inputbenadering naar een resultaatsbenadering. De meerjarenafspraken van eind 1998 met verschillende sectoren waren een belangrijk instrument om meer zekerheid te krijgen over effecten van inzet van extra middelen.

Naar onze mening zijn kosteneffectiviteitsstudies een belangrijk instrument om op microniveau te kijken naar de effecten van inzet van extra middelen. Je kunt er wel op macroniveau een heleboel geld in stoppen, het gaat erom te weten wat dat op microniveau betekent en hoe je daarbij kunt sturen. Nederland heeft, zoals ik al eens bij een begrotingsbehandeling in dit huis heb gesteld, een voortrekkersrol als het gaat om het uitvoeren van kosteneffectiviteitsstudies alsook om het gebruik van informatie van dergelijke kosteneffectiviteitsstudies in het gezondheidszorgbeleid en in de praktijk van de zorgverlening. De impuls voor dergelijk onderzoek in ons land komt voort uit de discussie in het begin van de jaren tachtig over de financiering van belangrijke nieuwe gezondheidszorgprogramma's als hart- en levertransplantaties. Ook spelen kosteneffectiviteitsstudies een belangrijke rol ten behoeve van de informatieverstrekking over de kosteneffectiviteit van nieuwe geneesmiddelen en van diagnostische of therapeutische interventies. De relatie tussen het micro- en het macroniveau is hierbij echter van groot belang. Op microniveau geven kosteneffectiviteitsstudies belangrijke informatie over de kosten en effecten van interventies in de gezondheidszorg. Ze geven informatie over de effectiviteit van extra uitgaven aan de zorg. Dat betekent evenwel niet automatisch dat vanuit een macroperspectief de gelden aan zorg effectief worden besteed. Wij zetten vraagtekens bij de effectiviteit van de besteding. Enige sturing op microniveau leidt niet automatisch tot macro-efficiency. Kortom, kijken naar micro-efficiency is onvoldoende om macro-efficiency te garanderen. Hoe wordt daar door de bewindsvrouwen tegenaan gekeken? Kunnen zij hierover een beschouwing geven? Kunnen zij helder maken hoe wij hiermee op een goede wijze kunnen omgaan in de toekomst, en misschien zelfs nu al?

Het zorgsysteem bestaat namelijk uit veel verschillende actoren zoals zorgvragers, artsen en zorgverzekeraars. Het gedrag van deze actoren hangt onder meer af van de wijze waarop de markt wordt georganiseerd en de manier waarop financiële prikkels worden gelegd. Zo is er het voorbeeld van de overgang van een verrichtingsstelsel voor

de honorering van medisch specialisten naar een budgetteringsstelsel waardoor er een prikkel ontstond om zorgvragers sneller terug te verwijzen naar hun huisarts. Dat moest juist niet gebeuren, want dat leidt vervolgens weer tot extra werkdruk voor huisartsen. Die hebben het al zo moeilijk. Welke sturingsmechanismen ziet de minister hier? Hoe wordt bij het nemen van een beleidsmaatregel bekeken wat de gevolgen zijn? Als die negatief zijn voor andere delen van het veld, hoe wordt dat probleem dan opgelost? Dat geldt zeker wanneer we dit leggen naast de ontwikkeling waarbij vraagsturing het centrale uitgangspunt binnen de gezondheidszorg wordt. Welk mechanisme ziet de minister om eventuele problemen op macroniveau, zoals almaar oplopende uitgaven voor de gezondheidszorg, te beteugelen?

Een tweede trendbreuk werd zichtbaar in het voorjaar van 2000 toen het kabinet besloot tot een veel zwaardere inzet op de aanpak van wachttijden, aldus het schrijven van de minister. Wij hebben daarvoor overigens waardering. Het beleid was tot voor kort min of meer dat het aanbod werd afgekneld waardoor wachttijden ontstonden. Deze wachttijden kunnen we zien als een prijs in de economische zin van het woord. De wachttijden lijken nu te worden weggewerkt waardoor de prijs verdwijnt. Zou dit kunnen leiden tot onnodige vraag? Hoe denken de bewindsvrouwen hierover? Welke effecten zou het terugdringen van de wachttijden kunnen hebben op de zorgvraag?

De discussie vandaag draait onder meer om de verantwoording van de inzet van de extra middelen voor de gezondheidszorg. Wat kopen we voor die extra middelen, zo vragen wij ons af. In de gezondheidszorg is het uitermate moeilijk, zeker op macroniveau, om een relatie te leggen tussen de input en de output. Wij vragen de minister dan ook of zij denkt dat de roep die er is om een verantwoording van de inzet van extra middelen in de zorg kan leiden tot een relatieve achterstand ten opzichte van sectoren in de gezondheidszorg waarbij de relatie tussen input en output gemakkelijker gelegd kan worden.

Een noodzakelijke voorwaarde voor marktwerking in de gezondheidszorg is de beschikbaarheid van

## Van den Berg

voldoende aanbod. Hierbij gaat het om zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Anticiperend op een beleid waarin marktwerking centraal zou gaan staan, hebben we in de zorgsector echter een sterke concentratietendens gezien. Er vinden concentratie en schaalvergroting aan de aanbodkant plaats, zowel via horizontale als verticale integratie. Een gevolg hiervan is dat de aanbodkant almaar groter en machtiger wordt. Ook zijn veel zorgverzekeraars gefuseerd. Ik denk wij nu nog welgeteld drie of vier zeer grote zorgverzekeraars hebben, naast een heleboel kleine die als het zo doorgaat ongetwijfeld straks het loodje zullen leggen. Voorts zijn ketenzorg en ketenmanagement in opkomst. Door het verlagen van de grenzen tussen thuiszorg, verzorging, verpleging en ziekenzorg worden deze soorten zorg steeds vaker ondergebracht bij één concern.

Wij zijn van mening dat de geschetste schaalvergroting fnuikend zal blijken te zijn voor de zo noodzakelijke vraagsturing hoewel de vraagsturing steeds meer gaat leven en zich verder ontwikkelt. Worden mensen dan niet blij gemaakt met iets wat in de praktijk zal blijken tegen te vallen als deze ontwikkeling zich voortzet? Normaal is voor het slagen van een beleid gebaseerd op vraagsturing voldoende en gevarieerd aanbod noodzakelijk. De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft geen instrumenten om een eenmaal ontstane machtspositie te ontmantelen. Als eenmaal een machtspositie bestaat, is het de taak van de NMa om erop toe te zien dat van deze positie geen misbruik wordt gemaakt. Daarom vragen wij de minister hoe zij de overgang ziet van aanbodregulering, zoals wij die nog steeds kennen, naar gereguleerde concurrentie. Welke regels en voorwaarden kan de overheid scheppen om te voorkomen dat er straks voor de gebruikers niks te kiezen valt? Hoe kan ervoor worden gezorgd dat voor de nabije toekomst meer aanbod wordt gecreëerd?

Er zijn nog meer bedreigingen. Er is binnen de gezondheidszorg steeds meer sprake van opsplitsing in zorgfuncties, van vertechnisering. Dat is heel sterk zichtbaar in ziekenhuizen. Het probleem van de vertechnisering is dat de mens in zijn totaliteit uit het oog wordt verloren en dat de andere dimensies van

ziekte en lijden over het hoofd worden gezien. Dit geldt ook als het economisch gezichtspunt alles bepalend wordt in de zorg. Er is een tendens waarneembaar dat de productmatige, economische kant bepalend wordt voor de organisatie en financiering van de zorg. Wij hebben niets tegen efficiënt werken en wij hebben ook niets tegen economie. Wij hebben zelfs in onze fracties – en zijn daar dankbaar voor en rijk mee – een econoom die volop mee functioneert. Maar vereconomisering heeft een grote schaduwzijde en naar onze mening dreigt in deze sector vereconomisering. Het voorvoegsel "ver" wordt door onze fracties in dezen negatief beoordeeld.

Het zal duidelijk zijn uit onze bijdrage dat de omslag naar een vraaggestuurde zorg het wenselijk maakt dat een zekere diversiteit van voorzieningen/pakketten mogelijk wordt, waardoor mensen een pakket kunnen kiezen dat aansluit bij hun behoefte, hun vraag en hun levensbeschouwing. Juist nu het toekomstige basispakket een belangrijk politiek discussiepunt is, is het van belang daarover helder te zijn. Mogen wij hierover de mening van de bewindsvrouwen vernemen? Zal er straks ruimte zijn voor die diversiteit?

Vanuit onze christelijke visie op zorg moet er voor alle mensen (op indicatie) een goede basiszorg zijn. Daaraan geven wij als fracties hoge prioriteit. Gezondheid is een groot goed als gave van God, maar mensen hebben ook een eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Dat houdt in: goed rentmeesterschap. Helaas wordt de gebrokenheid van de schepping juist zichtbaar op het terrein van de gezondheidszorg. Juist daarom valt het gebruikmaken van (medische) mogelijkheden ter voorkoming of behandeling van ziekten en ter verlichting van lijden en van de gevolgen van handicaps of aandoeningen in principe onder die verantwoordelijkheid. En juist bij vraagsturing kan dit handen en voeten krijgen. Wij waarderen dit heel positief. Men kan er weer zelf verantwoordelijkheid voor dragen of blijven dragen. Echter, gezondheid is niet het hoogste goed en het leven verliest niet zijn zin en beschermwaardigheid bij verlies van gezondheid en zelfredzaamheid, hoe ernstig ook. De eindigheid van het lichamelijk bestaan moet worden erkend,

ook bij de hoge technologische ontwikkeling in de geneeskunde. Eveneens moet worden erkend het principiële onvermogen van de geneeskunde, die eindigheid op te heffen. Zien wij rond, dan krijgen wij wel eens de indruk dat in de geneeskunde wordt gedacht dat er op termijn op dat gebied nog successen te boeken kunnen zijn. Wij geloven daar niet in.

Met belangstelling wachten wij op de reactie van de bewindsvrouwen.

De **voorzitter**: Hartelijk dank, mijnheer Van den Berg, met name ook voor het respecteren van de door u opgegeven spreektijd.

□

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Voorzitter. Ik houd mijn bijdrage onder de noemer: too little, too late. Ik weet dat uw voorganger niet hield van Engelse termen in deze zaal. Vandaar dat ik het maar omzet in: te weinig en te laat. Ik denk dat verschillende andere bijdragen aan dit debat ook goed onder die noemer zouden kunnen vallen.

Ik begin met het schetsen van de voorgeschiedenis van dit debat. Op 25 januari jl. deed de CDA-fractie aan deze Kamer het voorstel tot het instellen van een wetgevingsenquête naar de ontwikkelingen in de zorg. Wij onderschreven de zorg van de CDA-fractie over de grote problemen op belangrijke terreinen van deze sector. Wij stelden ons echter de vraag of in dit geval de Eerste Kamer het juiste parlementaire orgaan is om een dergelijke enquête te houden. In haar algemeenheid is de fractie van GroenLinks van mening dat de Eerste Kamer het enquête-recht dient te benutten. Juist een parlementair orgaan dat op enige afstand van de politiek van alledag opereert, is hiervoor bij uitstek geschikt. Bij ons rees echter de vraag of deze Kamer het geëigende orgaan is om juist een enquête te houden over de in het CDA-voorstel aangesneden problematiek. De GroenLinksfractie stelde vast dat met name in de parlementaire behandeling van de stelselwijziging van de ziektekostenverzekering in 1991 de Eerste Kamer een cruciale rol heeft gespeeld. De CDA-fractie blokkeerde toen de voorstellen van toenmalig staatssecretaris Simons. Ook de minister herinnert hieraan fijntjes in haar schriftelijke reactie op de

## Van Schijndel

commissievragen. Dus is niet vol te houden dat de Eerste Kamer in het verleden afstandelijk is gebleven ten aanzien van een deel van de problematiek als aangekaart in het enquêtevoorstel.

De heer **Boorsma** (CDA): Volgens mij heeft de minister helemaal niet naar een bepaalde fractie gewezen in haar antwoorden; geen fractie wordt met name genoemd. Niettemin erken ik natuurlijk onze verantwoordelijkheid voor wat er is gebeurd. Ik wijs er wel op dat de hele stelsel discussie door Paars I helemaal terzijde is gezet. Men wilde daarover niet praten vanwege de grote onenigheid in de boezem van het nieuwe kabinet. Bovendien vormen de problemen die verbonden zijn met een stelselwijziging slechts een fractie van de problemen. Dat heb ik proberen aan te geven in mijn bijdrage. In het door mij aangehaalde rapport van mevrouw Horn wordt nadrukkelijk aangetoond dat slechts een klein deel van de problemen is verbonden met de stelsel discussie. Eigenlijk is dus een klein argument gehanteerd, maar dan wel sterk uitgegroot en opgeblazen.

De heer **Van Schijndel** (GroenLinks): Het is een element. Ik ga ervan uit dat als die blokkering niet had plaatsgevonden de discussie zich waarschijnlijk had doorgezet richting uitvoering van het plan-Simons. Niet alleen de CDA-fractie, maar ook de VVD-fractie heeft aan de blokkering meegewerkt. Ook een rol speelde het verzet vanuit ondernemerskringen. Ik kom hierop nog wel terug. Overigens, dat er überhaupt een Kamer bij betrokken was, is uiteraard geen reden om af te zien van een enquête, anders zou er nauwelijks gebruik kunnen worden gemaakt van het enquêterecht.

De heer **Hessing** (D66): Ik ondersteun de woorden van de heer Van Schijndel. Het boetekleed ontsiert niemand. Het feit dat ook deze Kamer op enig moment een rol heeft gespeeld in de discussie hoeft haar er niet van te weerhouden vervolgens onderzoek te doen naar de wijze waarop alles is gegaan. Daarom vraag ik mij af wat de argumenten van de heer Van Schijndel zijn om te zeggen dat deze Kamer niet de meest gereede partij zou zijn om de enquête te houden.

De heer **Van Schijndel** (GroenLinks): Ik heb net gezegd dat er wel degelijk sprake was van betrokkenheid en dat de afstandelijkheid die mij van belang lijkt om een enquête te houden, op dat punt in ieder geval ontbrak. Wij hadden ook andere bedenkingen. Het toenmalige voorstel wekte de schijn dat veel onbekend is over aard, oorzaken en omvang van de aangesneden problematiek en over de politieke besluitvorming in dezen. Echter, veel is wel degelijk bekend. Bovendien vonden wij de vraagstelling te open, te breed en te onhelder. Wij achtten het juist deze te beperken tot de wachtlijsten en de personeelsproblematiek.

De heer **Hessing** (D66): Ik hoor van de heer Van Schijndel argumenten die aangeven waarom het überhaupt geen zin zou hebben om een enquête te houden en niet waarom de Eerste Kamer geen enquête zou kunnen houden.

De heer **Van Schijndel** (GroenLinks): Ik heb aangegeven dat de betrokkenheid van de Eerste Kamer in het verleden voor ons een belangrijk punt is geweest om ons af te vragen waar de afstandelijkheid is waarmee de Eerste Kamer deze problematiek zou kunnen benaderen. Het tweede element was dat wij de opstelling en inhoud van het enquêtevoorstel enerzijds te vaag en anderzijds te breed vonden. Maar goed, wij zijn uiteindelijk met ons allen uitgekomen op een beleidsdebat met de minister. Het belangrijkste doel van dit debat zou volgens ons en anderen moeten zijn: nagaan welke fouten in het verleden zijn gemaakt om hieruit vervolgens lering te trekken voor de toekomst.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik vind het wat wonderlijk dat ons voorstel te vaag en te breed zou zijn. Kennelijk vindt de heer Van Schijndel een enquête naar een mini-affaire als de Walrusaffaire verantwoord, maar vindt hij dat wij niet moeten beginnen aan een enquête naar de zorg, een sector waarin zoveel problemen waren; problemen die in ons voorstel zijn vermeld. Dat verbaast mij zeer.

De heer **Van Schijndel** (GroenLinks): Ik ontken niet dat het een groot probleem is, maar hoe groter het probleem en hoe vager de formule-

ring, des te kleiner de kans op goede uitkomsten die in de toekomst kunnen worden geconcretiseerd. Wij betwijfelden dat een dergelijke enquête zulke resultaten zou opleveren, ook al omdat er al ontzettend veel bekend was. Ik zal straks aangeven op welke punten dat het geval is.

Voor dit debat zijn natuurlijk beleidsinformatie en feitelijke informatie over de sector onontbeerlijk. Daarom ging aan dit debat een schriftelijke vragenronde vooraf met een zeer groot aantal vragen van onze commissie voor VWS. Ook ik dank de minister en de staatssecretaris voor hun uitgebreide schriftelijke beantwoording. Met deze antwoorden en de toegezonden antwoorden op vragen van de vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer over de besteding van extra middelen in de zorg, krijgen wij wat meer zicht op de complexe en weinig transparante wereld van de zorg. De vragen van de commissie zijn gekleurd door de verschillende politieke visies van de partijen die vertegenwoordigd zijn in de Kamer. Wat ons echter bindt, is de verontrusting over de huidige situatie in de zorg.

Hoe is de situatie van de zorgsector na acht jaar Paars? Deze blijft zorgelijk; de voortdurende knelpunten gaan langzamerhand ten koste van de kwaliteit van de zorg. "Lange wachttijden tasten de kwaliteit en keuzevrijheid aan" kopt een persbericht op 7 juni 2001 van de inspectie voor de gezondheidszorg uitgegeven naar aanleiding van haar jaarrapportage 2000. De daarop volgende klaagzang luidt: te weinig OK-verpleegkundigen om op het optimale moment te kunnen opereren, heen en weer gezeul met patiënten en pasgeborenen door het land voor een plaats op de intensive care, onvoldoende mogelijkheden om psychiatrische patiënten met ernstige gedragsproblemen te plaatsen, ondermaatse zorg in verpleeghuizen tijdens de zomer, burn-outproblematiek in de eerste lijn en een door velen, vooral verplegenden en verzorgenden, als te hoog ervaren werkdruk. De lijst is aan te vullen met: tekorten aan artsen, van huisartsen tot internisten, en een geringe instroom van nieuwe studenten naar verpleeg- en zorgopleidingen. Voor de studenten die er wel voor gaan, zijn te weinig stageplaatsen. Wij constateren een hoog ziekteverzuim en uitstroom van

## Van Schijndel

personeel. Verder is sprake van onnodige bureaucratie en een wildgroei aan managers. Van een andere orde is het feit dat gezondheid nog steeds ongelijk verdeeld is tussen laagopgeleide mensen met een laag inkomen en hoogopgeleiden met een hoog inkomen. Verpleegkundigen moesten jaar na jaar de straat op om telkens slechts enkele procenten salarisverhoging binnen te halen. Nu ligt er een cao met een loonstijging van 7,4% voor ziekenhuispersoneel, hoewel de bonden niet onverdeeld enthousiast zijn en de gemiddelde loonstijging in de afgelopen vijf jaar niet marktconform was. Marktconforme salarissen van verplegenden en verzorgenden is een wens van GroenLinks die ook in het conceptverkiezingsprogramma is neergelegd.

Ik vertel niets nieuws als ik erop wijs dat het grootste probleem nog steeds de wachtlijsten zijn. Pas vorig jaar zijn maatregelen genomen om meer inzicht te krijgen in de precieze aard en omvang van de wachtlijsten. Too late, aangezien inzicht juist een voorwaarde is om het probleem gericht aan te pakken. Gebleken is dat het niet alleen een kwestie van geldgebrek maar ook van verkeerde organisatie is. In 2000 stonden 300.000 mensen op een wachtlijst voor medische behandeling of andere zorg. De wachttijden varieerden van een maand tot twee jaar. Naar een verzorgingshuis? Er zijn nog 20.000 wachtenden voor u, volgens de cijfers van eind 1999. Onderzoeksbureau Prismant meldt eind augustus dat het aantal wachtenden met 12.000 is gestegen in vergelijking met vorig jaar, ondanks de extra gelden. Wij zitten dus nog steeds met dit probleem en wanneer het opgelost zal zijn, weet de minister niet. Zij zegt dat de wachtlijstenproblematiek pas opgeheven zal zijn als er op de verschillende deelmarkten evenwicht is en dat is afhankelijk van veel factoren. Wat een gebaar van machteloosheid.

Hiervan word je niet vrolijker en ik voorspel dat de minister straks zal zeggen: de heer Van Schijndel geeft wel een heel eenzijdig negatief beeld. Natuurlijk zijn er ook enkele lichtpuntjes te noemen. Het aantal banen in de zorgsector is in het afgelopen jaar gegroeid met 3,9%. Hoewel de wachtlijsten deze kabinetsperiode niet zichtbaar korter zijn geworden, mogen gunstige

uitzonderingen niet onvermeld blijven: de wachtlijsten voor de thuiszorg en de gehandicaptenzorg zijn verkort. Complimenten aan staatssecretaris Vliegenthart. In dit verband dringt zich de vraag op waarom het in deze beleidssectoren beter lukt om de wachtlijsten te bekorten dan in andere. Heeft de minister hiervoor een verklaring?

Het totale beeld van de zorgsector blijft verontrustend. Dit leidt tot grote onvrede onder burgers. De zorg waarvoor zij hun verplichte ziektekostenpremies hebben betaald, wordt niet op tijd geleverd. Steeds vaker wordt de rechter ingeschakeld om het recht op zorg af te dwingen, ook tot onvrede onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij zijn beperkt in hun mogelijkheden om aan de vraag tegemoet te komen, gebonden als zij waren en zijn aan te krappe budgetten.

Voorzitter. In de aan de schriftelijke beantwoording van onze vragen toegevoegde brief wijst de minister de suggestie af dat zij als enige verantwoordelijkheid zou dragen voor de prestaties van de gezondheidszorg. Vervolgens stelt zij vast dat de gezondheidszorg zeer veel instellingen en actoren kent die een eigen specifieke rol en verantwoordelijkheid hebben. Zeker, er zijn vele spelers op het deels private zorgveld met bepaalde eigen verantwoordelijkheden. Echter, dat neemt niet weg dat de minister politiek verantwoordelijk gesteld kan worden voor het ontstaan van de huidige knelpunten in de zorg. Immers, een van onze sociale grondrechten luidt: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid". Ik verwijs naar artikel 22, lid 1, van de Grondwet. Hiermee is een inspanningsverplichting voor de overheid ten opzichte van haar onderdanen grondwettelijk vastgelegd, en dat is niet niks. Bovendien heeft in ons huidige stelsel de overheid nog altijd de grootste vinger in de pap, ook al is het plan deze in de toekomst wat terug te trekken. Immers, de overheid heeft de financiering van de zorg in haar greep en bepaalt daarmee groten-deels de zorgcapaciteit. Zij bepaalt de prijzen en de tarieven. Wij spreken het kabinet, de minister en de staatssecretaris in het bijzonder, dan ook aan op het ontstaan van knelpunten in de zorg. Wij vragen de minister: hadden de paarse kabinetten het ontstaan van de

zorgelijke situatie in de zorg niet eerder moeten voorzien en deze door tijdig ingrijpen moeten voorkomen? Zijn de kort geleden gepleegde ingrepen niet too little and too late?

Onder meer op deze vragen heeft minister schriftelijk haar analyses en opvattingen gegeven en daar zetten wij nu de onze tegenover. Allereerst richt ik mij op de voorspelbaarheid van de zorgvraag. De minister zegt in haar brief: "De zorgvraag is de laatste jaren veel sterker gestegen dan in de ramingen van de betrokken onderzoeksinstituten destijds is voorzien". Zij geeft ruiterlijk toe dat achteraf gezien de ramingen van destijds onvoldoende met nu geconstateerde ontwikkelingen in de zorgvraag rekening hebben gehouden. De conclusie ligt voor de hand: de centrale sturing heeft zich voortdurend vergist waar het ging om vraag en benodigde capaciteit. Dit kabinet en zijn voorgangers hebben zich gebaseerd op verkeerde, te lage ramingen van onderzoeksinstituten. Dit is een van de oorzaken waardoor de capaciteit te laag is gehouden. Had de minister nooit eerder twijfels over de ramingen, toen bleek dat het zorgbudget telkens weer, jaar na jaar, werd overschreden? Is het wel zo – dit wordt door minister gesuggereerd – dat factoren die de zorgvraag bepalen, zo weinig voorspelbaar waren? Vergrijzing en toename van het aantal hoogbejaarden zijn toch echt voorspelbaar. Een geboortegolf leidt onvermijdelijk op termijn tot een vergrijzingsgolf. Is de factor vergrijzing nu wel of niet meegenomen bij het opstellen van ramingen in het verleden?

Een bekend marktmechanisme is dat aanbod vraag oproept. Waarom niet meer rekening gehouden met meer vraag door verbeterde en meer behandelingsmogelijkheden? De medische wetenschap staat immers niet stil. Nieuwe medische technieken, therapieën en geneesmiddelen en nieuwe toepassingen van biotechnologisch onderzoek zijn toch wel degelijk enigermate te voorzien.

Voorts stelt de minister dat het ontstaan van een dusdanig groter beroep op de zorg door scherpere aanpak van ziekteverzuim en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid, onvoorzienbaar was. Daar is toch wel degelijk voor gewaarschuwd ten tijde van de politieke besluitvorming over de privatisering van de Ziektewet en de maatregelen



## Van Schijndel

gericht op werkgevers ter beperking van het aantal WAO'ers.

Ik noem nog enkele andere ontwikkelingen die de minister als onvoorspelbaar beschouwt. Een van die ontwikkelingen is het toenemend ziekteverzuim in de sector, maar die toename is toch een voorspelbaar effect van bezuiniging op de factor arbeid omdat de werkdruk daardoor oploopt? En dan is er nog de stelling dat de verwachtingen van burgers over de door de gezondheidszorg geleverde prestaties sterk zouden zijn gestegen. Op welk onderzoek baseert de minister deze stelling? Als zij de toename van mondigheid van patiënten bedoelt, is dat toch een trend die al sinds de jaren zestig gaande is.

Al met al roept de minister bij mij een beeld van onmacht op. Zij spreekt immers van spontane maatschappelijke ontwikkelingen die uiteindelijk maar in beperkte mate door het kabinet gestuurd konden worden en waarvan de gevolgen onvoorzienbaar waren. Wij verschillen daarover met de minister van mening.

Het zijn natuurlijk niet alleen de onjuiste of de gedeeltelijk onjuiste ramingen van de zorgvraag die bijgedragen hebben tot de huidige tekorten in het zorgaanbod. Dit is ook het effect van willens en wetens genomen politieke beslissingen. Ten tijde van het eerste kabinet-Lubbers zijn bezuinigingen doorgevoerd met name op de factor arbeid. Ik denk aan de bevrozing van de salarissen van verpleegkundigen en verzorgenden tussen 1983 en 1990. Tot en met het eerste paarse kabinet is bezuinigd op de zorg en nog steeds zit het kabinet in het keurslijf van de Zalmnorm.

De minister stelt dat het kabinet terugblikkend vindt dat dit beleid van kostenbeheersing van achtereenvolgende kabinetten niet alleen noodzakelijk, maar ook onontkoombaar is geweest. Hoe kan de minister die bezuinigingen met terugwerkende kracht verdedigen, terwijl de samenleving daarvan nu de wrange vruchten plukt? Waarom niet gewoon toegeven dat de overheid door bezuinigingen op deze collectieve sector zich flink in de vingers heeft gesneden? Als de minister vaststelt dat de bezuinigingen steeds op brede politieke instemming hebben kunnen rekenen, prikkelt zij mij om in herinnering te brengen dat die instemming niet van

de kant van GroenLinks of zijn voorgangers is gekomen, en zeker ook niet vanuit de zorgwerkers en zorgconsumenten. Ik herinner mij nog grote demonstraties op de Dam.

Door bezuinigingen is ook invloed uitgeoefend op de arbeidsmarkt. In haar beantwoording stelt de minister echter zonder blikken of blozen dat de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg maar in beperkte mate gestuurd kan worden. Zijn arbeidsvoorwaarden dan geen sturingsmiddel? Natuurlijk, afsluiting van cao's is geen zaak van de overheid, maar door beperkingen van het zorgbudget is dit indirect wel het geval, zeker als het gaat om het aanbod van secundaire arbeidsvoorwaarden zoals kinderopvangmogelijkheden.

Pas de laatste jaren heeft het tweede paarse kabinet extra in de zorg geïnvesteerd. Meer dan de helft is dan wel naar loon- en prijsstijgingen gegaan, maar er is geïnvesteerd – zij het te laat en te weinig, zo vinden nu terecht ook regeringspartijen. Extra bedragen voor zorg rollen ons in de verkiezingsprogramma's van PvdA en D66 tegemoet. Natuurlijk, beter laat dan nooit, maar de zorg zal nog jaren de gevolgen van het bezuinigingsbeleid voelen. Een door gebrek aan water verkommerde plant gaat niet meteen bloeien, als hij weer wat scheuten water krijgt: dan zuigt hij dit eerst allemaal op om te kunnen overleven. Trouwens, hoe denkt de minister het negatieve neveneffect van de extra beschikbaar gestelde gelden te bestrijden? Ik doel hier op het mechanisme: wie geen wachtlijsten heeft, maakt geen kans op extra fondsen en zal dus maar voor wachtlijsten zorgen.

Ik maak vervolgens enkele opmerkingen over de doelmatigheid. De heer Dees heeft er ook uitgebreid over gesproken en deed een interessante suggestie, waar ik nog op terug kom. Niet alleen aan ziekenhuizen opgelegde budgetbeperkingen en de toelating van een beperkt aantal specialistenplaatsen veroorzaken wachtlijsten, maar ook gebrekkige en verkeerde organisatie en bedrijfsvoering in de zorg, alsmede ondoelmatig handelen van individuele artsen. Meer geld is dus niet het enige middel dat de wachtlijstproblematiek kan oplossen. De doelmatigheid in de zorg vergroten is een ander middel, maar dan zonder dat patiënten en werkers aan het bed hieronder mogen lijden.

Dit kan tevens de kostenstijging van de zorg enigermate binnen de perken houden.

Ook de minister zegt in haar schriftelijke beantwoording dat de zorg doelmatig en doelmatig georganiseerd dient te zijn. Heeft zij enig zicht op de behaalde doelmatigheidswinst? Wordt deze haar met enige regelmaat gerapporteerd? Wij hebben sterk de indruk dat nog steeds ondoelmatig en onvoldoende kostenbewust in de gezondheidszorg wordt gehandeld. Instellingen en artsen vragen zich onvoldoende af of zij wel doelmatig handelen. Ik denk bijvoorbeeld aan vragen als: zijn bepaalde ingrepen echt noodzakelijk en zijn risicoreducties, zoals de bijna één miljoen cholesterolverlagers, wel effectief?

Ook ziekenhuizen zouden hun beleid veel meer moeten afstemmen op kostenbewust en doelmatig werken. Er zijn goede voorbeelden en slechte. Een goed voorbeeld zijn de experimenten in ziekenhuizen om alle onderzoeken per patiënt op één dag in het ziekenhuis te doen. Dat is prettig voor de patiënt en kostenbesparend. Echter, uit een oogpunt van kostenbewustheid bij budgetbestedingen vormen de topsalarissen van ziekenhuisdirecteuren een verkeerd signaal.

Bij het onderwerp doelmatigheid verwijst de minister in haar schriftelijke beantwoording naar de toepassing van de verstrekkingscriteria van de commissie-Dunning. Wij vragen ons af of die criteria ooit echt zijn doorgevoerd. Zo ja, kan de minister voorbeelden noemen van toepassing van criteria zoals noodzakelijkheid, werkzaamheid en doelmatigheid, gezien de kostenbatenverhouding? Vijf jaar geleden zei de minister in de Groene Amsterdammer dat zij geloofde in het zelfreinigend vermogen van het artsensstand wat de doelmatigheid van hun handelen betrof. Geloof zij dit nog steeds en waarop baseert zij dat? Ziet zij voor de regering nog een rol om de doelmatigheid in de gezondheidszorg te optimaliseren? Welke plannen heeft de minister daartoe? Binnen welke termijn zijn daarvan resultaten te verwachten? Ik heb al gevraagd of regelmatig daarover wordt gerapporteerd.

In de afgelopen twintig jaar is de capaciteit van de verzorgingshuizen met meer dan 40.000 plaatsen verminderd. Uit mijn raadsperiode in Amsterdam herinner ik mij nog dat

## Van Schijndel

begin jaren tachtig het aantal verzorgingsplaatsen in Amsterdam drastisch moest worden verminderd en dat een groot verzorgingshuis in Slotermeer dicht moest tot groot leed van de bewoners. Toen was al duidelijk dat de thuiszorg dit nooit kon opvangen. Onder het mooie ideaal van substitutie door de thuiszorg werden de bezuinigingen politiek verkocht. De thuiszorg heeft echter nooit voldoende middelen gekregen om de nieuwe toevloed op te vangen. Het resultaat waren wachtlijsten in de thuiszorg en ook voor de verzorgingshuizen. In het verleden is onvoldoende rekening gehouden met de voorspelbare vergrijzing. De minister geeft dit ook min of meer toe als zij schrijft: "Achteraf bezien is de vraag gerechtvaardigd of het gevoerde beleid vanuit een demografisch perspectief verstandig is geweest." Bovendien worden oudere patiënten uit het ziekenhuis ontslagen om de kosten af te wentelen op AWBZ, de thuiszorg, terwijl begin jaren tachtig al bekend was dat ouderen die in een verpleeghuis hoorden wegens plaatsgebrek in het ziekenhuis moesten blijven. Het aantal oudere patiënten in een verkeerd bed is nog nauwelijks gedaald. Het percentage is zelfs gestegen tussen 1994 en 2000 van 5,3 naar 6,1. Een oplossing van het laatstgenoemde probleem door de bouw van nieuwe verpleeghuizen komt voor de betrokken ouderen te late. Het opheffen van de belemmerende financiële schotten tussen ziekenfonds, particuliere verzekering en AWBZ laat voorzover het zich laat aanzien nog jaren op zich wachten. Er is nog maar een begin gemaakt met de politieke discussie. Ik kom hier nog op terug.

De personeelstekorten zijn een ander groot probleem. Het aantal werkenden in de zorg is sinds 1994 flink gestegen. De minister noemt een getal van 140.000, wat een stijging van 19% betekent. Het aantal vacatures in de verzorging en verpleging ligt onder het landelijk gemiddelde: 2 tegen 2,6%. Dat is goed nieuws. Niettemin is nog onvoldoende personeel beschikbaar voor essentiële sectoren, bijvoorbeeld voor de operatiekamer. Het gemiddelde ziekteverzuim is echter 8% tegen 5 tot 6% in de rest van de economie. Ook andere sprekers hebben hierop gewezen. Het lijkt erop – sterker, het is zo – dat het personeelstekort eerder moet

worden gezocht in het hogere ziekteverzuim en in de meer dan gemiddelde uitstroom naar de WAO, mede ten gevolge van de oplopende werklast. Er is blijkbaar ook sprake van falend personeelsbeleid in de zorginstellingen. Bijvoorbeeld, wie korter of langer wil werken krijg nul op het rekest en zorgverleners wordt onvoldoende perspectief geboden op een carrière. Het zit daar dus een beetje fout met de arbeidsverhoudingen, een beetje goed fout. Deelt de minister deze analyse? Welke conclusies trekt zij hieruit? Ik heb wel begrepen dat zij inmiddels met de sociale partners afspraken heeft gemaakt over de bestrijding van het ziekteverzuim. Sinds wanneer is dit het geval en wat hebben die afspraken opgeleverd?

Bij het personeelsthema wil ik nog een enkele kwestie aansnijden. De laatste tijd is duidelijk geworden dat sprake is van een wildgroei van managers in de zorg. Hun aantal neemt zienderogen toe. De vraag ligt voor de hand of dit niet ten koste gaat van het aantal zorgverleners dat belast is met het uitvoerend werk. Nader onderzoek naar deze ontwikkelingen is noodzakelijk. Op grond daarvan kunnen eventueel stappen worden ondernomen om deze nieuwe trend te keren. Onderschrijft de minister een dergelijke aanpak? Ik begin mij toch langzamerhand af te vragen hoe instellingen hun budget besteden, als uitvoerenden het sluitstuk worden van hun begroting terwijl zij nu juist het fundament zijn waarop de zorg rust. Mevrouw Ter Veld wees ook al op de belangrijke basisfunctie van verplegenden en verzorgenden in de uitvoerende situatie. Ten slotte vraag ik bij het onderwerp personeel of er inderdaad sprake is van "desertie" van specialisten naar het buitenland. Ik denk aan transplantatieartsen.

Ik kom toe aan de opleidingscapaciteit voor geneeskunde. In 1984 is de numerus fixus voor geneeskunde teruggebracht tot 1485. Het duurde tien jaar voordat deze weer mondjesmaat werd verhoogd: too little too late. Bij het beleidsdebat in deze Kamer op 14 maart 2000 heb ik gepleit voor het opheffen van de numerus fixus voor geneeskundestudenten. De minister antwoordde dat haar collega Hermans het alleen maar haalbaar achtte het aantal toe te laten geneeskundestudenten van jaar tot jaar uit te breiden. De minister zegt nu in de schriftelijke

beantwoording dat de numerus fixus geneeskunde vanaf 1994 met ruim een kwart is uitgebreid tot 2140 plaatsen in 2001 – 1930 in 2000 – en zal toenemen tot 2400 plaatsen in 2003. Ik neem aan dat dit te danken is aan de uitvoering van de motie-Melkert. En vorige week lees ik in de beantwoording van de schriftelijke vragen van de Tweede-Kamerleden Cornielje en Van Blerck-Woerdman, beiden van de VVD, dat minister Hermans zegt dat dit aantal al per 1 september 2002 gerealiseerd kan worden. Ik vraag me af hoe de ramingen op lange termijn plaatsvinden, als dit per motie incidenteel geregeld moet worden en het aantal toegelaten studenten telkens veranderd wordt. Ik had dit verhaal nog niet opgeschreven of de ministers schrijven in een brief aan de Tweede Kamer dat er in 2003 nog eens 400 tot 500 opleidingsplaatsen voor geneeskunde bijkomen. Ik kan dan niet anders dan tot de conclusie komen dat het heeft ontbroken aan een adequate langetermijnplanning, waardoor de minister met haar voorzichtige reparatiestapjes naar meer opleidingsplaatsen achter de feiten is blijven aanlopen. Waarom dit reactieve beleid? Wanneer vindt nu eindelijk de afschaffing van de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde en tandheelkunde plaats? Ook de Tweede Kamer heeft hier onlangs per motie op aangedrongen. Uit de zeer recente kabinetsreactie van 16 oktober jl. op het rapport van de MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen medische beroepen begrijp ik dat het kabinet inmiddels overtuigd is van de afschaffing van de numerus fixus. Per wanneer dit het geval is blijft echter onduidelijk. Mijn vraag is dus per wanneer de opheffing van de numerus fixus ingaat.

Het kabinet komt ten langen leste in beweging om de opleidingscapaciteit te vergroten. Beter laat dan nooit, maar we blijven ten gevolge van bezuiniging en verkeerde capaciteitsplanning nog jaren zitten met het probleem van onvoldoende artsen.

Voorzitter. In 2000 schreven zich 3000 minder studenten voor de opleidingen verpleging en verzorging in dan het jaar daarvoor, volgens onderzoeksbureau Prismant. Ook de eerste cijfers van dit jaar zijn verontrustend. De instroom is met 12% gedaald. De minister gooit het

## Van Schijndel

op een moeilijk te voorziene daling in het aantal schoolverlaters als gevolg van een eerdere geboortedaling. Maar de minister weet net zo goed als ik dat dit niet de enige reden is. Zij zal dat ook wel toegeven. De meeste studenten zeggen: "Ik zou wel gek zijn om in de zorg te gaan werken" omdat zij dit perspectief bepaald niet aantrekkelijk vinden.

De minister gaat gelukkig wel kijken naar een hogere stagevergoeding en verlaging van collegegelden voor verpleegkundigen in opleiding, op voorstel van ons Tweede-Kamerlid mevrouw Hermann. Ik las overigens in het concept-D66-programma dat D66 alle collegegelden wil afschaffen voor deze sector. Dat zou ook een prikkel kunnen zijn. Wat vindt de minister hiervan? Is zij al aan de uitvoering van het voorstel van mevrouw Hermann toegekomen?

Voorzitter. Ik kom bij het zorgverzekeringstelsel. In 1974 is het voorstel van staatssecretaris Hendriks, ten tijde van het kabinet-Den Uyl, voor een algemene basisverzekering voor ziektekosten, mislukt. In 1987 probeerde de commissie-Dekker het weer. Het kabinet-Lubbers maakte een voorzichtig begin met de uitvoering van de voorstellen van deze commissie. Begin jaren negentig koerste staatssecretaris Simons door naar de voor eenieder geldende basisverzekering. Werkgevers en particuliere zorgverzekeraars gaven samen met VVD en CDA de doodsteek aan het plan-Simons. De commissie-Willems constateerde in 1994 al dat mislukken van beleid vooral te wijten was aan het ontlopen van politieke keuzen. En wat deed Paars I? Het aanvaardde de status quo.

Pas vorig jaar, too late, kwam de minister weer in beweging. Zij wil in 2005 invoering van een algemene basisverzekering, zie de nota Vraag en aanbod. Kostbare jaren zijn verloren gegaan. En nog wordt geen gevolg gegeven aan genoemde conclusie van de commissie-Willems. Het paarse kabinet durft zich niet uit te spreken over de reikwijdte van het verplichtverzekerde pakket, de premiestructuur, de eventuele eigen bijdragen en de compensatie van ongewenste inkomenseffecten. Essentiële beslissingen worden doorgeschoven naar een volgend kabinet. Dat wordt nog interessant.

Want als de we de partijstandpunten overzien, zitten de PvdA en GroenLinks volledig op een lijn en zit de PvdA niet op een lijn met haar huidige coalitiegenoten, zeker niet nu ik de heer Dees hoor pleiten voor een nominale premie.

Over de doorzichtigheid van de sector hebben anderen al gesproken, maar ik wil er ook nog iets over zeggen. In haar schriftelijke beantwoording aan de commissie van de Tweede Kamer zegt de minister dat de afgelopen acht jaar hard is gewerkt aan de vergroting van de transparantie van de zorgsector. Is de minister nu tevreden over de resultaten van die beleidsinzet? Wij hebben begrepen dat veel trajecten nog niet zijn afgerond, dat informatiesystemen nog niet operationeel zijn en dat lang niet alle ziekenhuizen volledige informatie leveren. De heer Hessing heeft daar ook al op gewezen.

Transparantie is een voorwaarde om te kunnen controleren of de ter beschikking gestelde gemeenschaps-gelden worden besteed aan het doel waarvoor zij bestemd zijn. Wat valt dan te denken van de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer? Zij zegt in haar rapport van juni 2000 dat zij als gevolg van gebrekkig regelde controle niet kan nagaan of de miljarden voor de gezondheidszorg juist worden besteed. Als onze nationale rekenwonders dit al niet kunnen, hoe kunnen de regering en het parlement dit dan? Graag hoor ik een reactie van de minister.

Het is toch logisch dat wie met publiek geld omgaat, ook publieke verantwoording moet bieden, zodat burgers zicht kunnen krijgen op de prestaties van zorgverzekeraars en grote zorginstellingen. Daarvoor bestaan talloze methoden zoals visitatie, presentatieafspraken en tevredenheidscijfers. Wij hebben de indruk dat de sector van de gezondheidszorg achterloopt op andere sectoren zoals onderwijs en volkshuisvesting. Deelt de minister deze indruk?

Ik kom tot mijn conclusie. Ik heb toch de indruk dat de minister zich verschuilt voor haar politieke verantwoordelijkheid voor het ontstaan van grote problemen op belangrijke beleidsterreinen van de zorg. Zij stelt immers dat die te wijten zijn aan onvoorziene, onbeheersbare en spontane maatschappelijke ontwikkelingen die weinig door de overheid te sturen

waren. Dit ademt de benadering van een soort natuurramp die niet door politiek handelen tot stand zou zijn gekomen en daarom onbeïnvloedbaar was. Niets is echter minder waar. Er zijn verkeerde politieke beslissingen genomen op grond van verkeerde en te krappe zorgvraag-ramingen. Het waren verkeerde politieke beslissingen om in de mate waarin dit is gebeurd te bezuinigen op zorgcapaciteit en opleidingscapaciteit. Het was een verkeerde politieke beslissing van dit kabinet en de voorgaande kabinetten om de wijziging van het verzekeringstelsel te blokkeren en daarna uit te stellen. Aan het eind van deze kabinetsperiode lijkt het kabinet tot inkeer te komen en het roer enigszins te wenden naar capaciteitsverhoging, vergroting van transparantie en doelmatigheid van het zorgveld en herziening van het verzekeringstelsel. Maar het is too little and bijna too late. Ik kan mijn bijdrage dan ook niet anders besluiten dan met de weinig optimistische woorden dat we nog jarenlang de wrange vruchten zullen plukken van eerder gevoerd beleid. Misschien kan de minister mij door haar beantwoording wat optimistischer stemmen. Wellicht schuilt in haar nog een succesvol therapeute.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.28 uur tot 14.30 uur geschorst.

---

Aan de orde is de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op het primair onderwijs, de Wet op de expertisecentra en de Wet op het voortgezet onderwijs in verband met een overgangsregeling kosten administratie, beheer en bestuur bij verzelfstandiging van het openbaar onderwijs in een gemeente (27291).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Jaarsma** (PvdA): Mijnheer de voorzitter. Ik voer het woord namens de voltallige commissie van Onderwijs en namens de gehele Eerste Kamer derhalve. De mate van absentie geeft aan hoe groot het vertrouwen in mij is.