

# 34ste vergadering

Woensdag 4 december 1996

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Lansink

Tegenwoordig zijn 111 leden, te weten:

Adelmund, Aiking-van Wageningen, Van Ardenne-van der Hoeven, Assen, Augusteijn-Esser, Bakker, Beinema, Van den Berg, Blaauw, Blauw, Van Blerck-Woerdman, Bolkestein, Van Boxtel, Bremmer, Bukman, M.M. van der Burg, V.A.M. van der Burg, De Cloe, Cornielje, Van Dijke, Dijksma, Dittrich, Van den Doel, Doelman-Pel, Essers, Fermina, Gabor, Van Gelder, Van Gijzel, Giskes, De Graaf, Van Heemskerck Pillis-Duvekot, Heerma, Hendriks, Hillen, Hoekema, Van der Hoeven, Hofstra, De Hoop Scheffer, Ten Hoopen, Huys, Janmaat, Jeekel, De Jong, Jorritsma-van Oosten, Kalsbeek-Jasperse, H.G.J. Kamp, Keur, Koekkoek, De Koning, Korthals, Lambrechts, Lansink, Leerkes, Leers, Liemburg, Marijnissen, R.A. Meijer, Th.A.M. Meijer, Middel, Van Middelkoop, Mulder-van Dam, Nijpels-Hezemans, Noorman-den Uyl, Oedayraj Singh Varma, Oudkerk, Van Oven, Passtoors, Van der Ploeg, Poppe, Rabbae, Rehwinkel, Reitsma, Remkes, Van Rey, Van 't Riet, Rijpstra, Roethof, Van Rooy, Rouvoet, Scheltema-de Nie, Schutte, Sipkes, Smits, Stellingwerf, Sterk, Van der Stoel, Swildens-Rozendaal, Terpstra, Ter Veer, Verbugt, Verhagen, Verkerk, Verspaget, Vliegthart, Van der Vlies, Van Vliet, H. Vos, M.B. Vos, O.P.G. Vos, Voûte-Droste, B.M. de Vries, J.M. de Vries, Wallage, Weisglas, Van Wingerden, Wolffensperger, Ybema, Van Zijl, Zijlstra en Van Zuijlen,

en de heer Dijkstal, vice-minister-president, minister van Binnenlandse Zaken, mevrouw Sorgdrager, minister van Justitie, mevrouw

Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Van de Vondervoort, staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, mevrouw Schmitz, staatssecretaris van Justitie, de heer Vermeend, staatssecretaris van Financiën, en mevrouw Terpstra, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

□

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

Biesheuvel, wegens ziekte;

H. Vos en Vreeman, wegens bezigheden elders;

Van Walsem en Witteveen-Hevinga, wegens bezigheden elders, alleen voor de ochtendvergadering;

Crone, Dijksman en Wallage, wegens bezigheden elders, alleen voor de avondvergadering.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997 (25000-XVI);**

- **het wetsvoorstel Wijziging van de begroting van uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1995 (slotwet) (24861);**

- **Financiële verantwoording van het Ministerie van Volksge-**

**zondheid, Welzijn en Sport (XVI) over het jaar 1995 (24844, nr. 19),**

- van:

- de motie-De Jong over doelmatigheid in de zorg (25004, nr. 8);
- de motie-Oudkerk c.s. over een plan van aanpak (25004, nr. 9);
- de motie-Oudkerk c.s. over uitwerking van de plannen voor 1997 (25004, nr. 10);
- de motie-Oudkerk c.s. over de zorg voor CVA-patiënten (25004, nr. 11);
- de motie-Oedayraj Singh Varma/Nijpels-Hezemans over ontwikkeling naar een vraaggestuurde zorg (25004, nr. 12);
- de motie-Van Blerck-Woerdman c.s. over capaciteitsaanpassing (25004, nr. 13);
- de motie-Nijpels-Hezemans/Oedayraj Singh Varma over vrije artsen- en apotheekkeuze (25004, nr. 14);
- de motie-Nijpels-Hezemans c.s. over uitvoering van de motie-Vliegthart (25004, nr. 15);
- de motie-Van Boxtel/Vliegthart over de huidige BKZ-systematiek (25004, nr. 16);
- de motie-Van Boxtel c.s. over de besparingstaakstelling voor fysiotherapie (25004, nr. 18);
- de motie-Van der Vlies c.s. over extra geld voor de gehandicaptenzorg (25004, nr. 19);
- de motie-Marijnissen over intrekking van de maatregel beperking fysiotherapie (25004, nr. 20);
- de motie-Marijnissen over de voorgenomen eigenbijdrageregeling (25004, nr. 21);
- de motie-Marijnissen c.s. over beschikbaarstelling van een deel van de meevaller van 850 mln. voor het bestrijden van de belangrijkste knelpunten in de zorg (25004, nr. 22);

## Voorzitter

- de motie-Marijnissen c.s. over het weer in het ziekenfonds- en standaardpakket opnemen van de gebitsprotheses (24124, nr. 41).

(Zie vergadering van 3 december 1996.)

De **voorzitter**: Door mij zijn schriftelijke antwoorden ontvangen van de minister en de staatssecretaris op vragen, gesteld in eerste termijn. Deze antwoorden zullen worden opgenomen in een bijvoegsel bij de Handelingen van deze vergadering.

(Het bijvoegsel is opgenomen aan het eind van deze weekeditie.)<sup>2</sup>

De (algemene) beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Ook dit jaar waren er weer zoveel vragen van de zijde van de Kamer, dat de staatssecretaris en ik besloten hebben om een deel daarvan schriftelijk te beantwoorden. De vragen zijn vanochtend om zeven uur bij de Kamer afgeleverd. Hopelijk hebben de woordvoerders reeds kennis kunnen nemen van die antwoorden.

De heren Middel en Van Boxtel verwezen in hun inbreng naar het artikel van prof. Schuyt in NRC Handelsblad van zaterdag jongstleden. Ook ik heb dat artikel geboeid gelezen. Schuyt noemt in dat artikel onder andere de spanning tussen de verschillende beleidsdoelen waarmee mijn collega's van Sociale Zaken en Werkgelegenheid te maken hebben. Hij schrijft onder andere de mooie zin: "De linkse bescherming holt hijgend achter de rechtse privatisering aan." Zulke spanningsvelden zijn er ook op het terrein van volksgezondheid en welzijn. Die gedachte kwam althans bij mij op toen ik het artikel las. Ik denk aan de spanning tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid, de spanning tussen overheidssturing en deregulering, maar ook de spanning tussen de belangen van verschillende groepen verzekerden. Werkgevers en werknemers bijvoorbeeld hebben belang bij in de eerste plaats het omzeilen van wachtlijsten en in de tweede plaats verzekeringscontracten die een mooi pakket van "employee benefits" aanbieden. Bovendien hoor

ik geluiden dat zij belang hebben bij opting-out voor groepen werknemers uit het ziekenfonds. En ook ik denk dat het na twee jaar tijd is om onze visie op al dit soort ontwikkelingen opnieuw te formuleren. Wij zijn daarmee ook bezig, op het departement en in het kabinet. Wij komen daar zeker volgend jaar op terug. Over de wachtlijstproblematiek zal ik straks iets zeggen. De andere thema's wil ik even vooruitschuiven naar een allesomvattend stuk.

Een en ander maakt natuurlijk ook deel uit van de agenda 2000-plus van het kabinet. De heer Oudkerk heeft hierover gesproken en heeft daarbij een aantal agendapunten aangereikt. Het zijn essentiële onderwerpen die niet alleen bekend voorkomen, maar ook bij ons sterk leven. De heer Oudkerk gaf eigenlijk een mooie opsomming van zaken die aan de orde moeten komen in een visie op organisatie en financiering van onze gezondheidszorg op langere termijn. Ik zal die punten dan ook graag op de agenda 2000-plus opnemen en er nu niet in detail op ingaan.

Mijnheer de voorzitter! Prof. Schuyt heeft de afgelopen week nog meer gedaan dan schrijven in NRC Handelsblad. Hij is voorzitter van de begeleidingscommissie euthanasie en hij heeft in die hoedanigheid aan minister Sorgdrager en mij het verslag aangeboden van zijn commissie, tegelijk met het verschijnen van de onderzoeksrapporten van de hoogleraren Van der Maas en Van der Wal en van het CBS. Over dit thema zal het kabinet de Kamer voor het einde van het jaar een standpunt toesturen. Ik zal nu dan ook slechts enkele woorden over dit onderwerp uitspreken.

Ik onderken, evenals de heer Rouvoet, dat toenemende medisch-technische mogelijkheden het leven kunnen verlengen en in veel opzichten soms een zegen kunnen zijn. Maar dan moeten artsen er wel voor zorgen dat het steeds weer inzetten van technische mogelijkheden voor het verlengen van het leven niet leidt tot medisch zinloos handelen of tot onnodig verlengen van het lijden. Voor een adequate terminale zorg in dit soort omstandigheden is de kennis van palliatieve zorg inderdaad van eminent belang. Ik heb dat ook gezegd in mijn toespraak bij het in ontvangst nemen van het evaluatierapport over de meldingsprocedure. Een verantwoord euthanasiebeleid moet op

twee pijlers rusten, wil het ook in de toekomst mogelijk blijven: de hele toepassing van euthanasie moet ingebed zijn in goede terminale zorg en palliatieve zorg en het moet plaatsvinden in een sfeer van openheid en bereidheid om verantwoording af te leggen. Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat er op een meer open manier wordt gesproken over medische beslissingen rond het levenseinde dan zo'n vijf jaar geleden. Een positief punt is dat de zorgvuldigheid van het handelen is toegenomen, maar uit het evaluatieonderzoek wordt ook duidelijk dat wij er nog lang niet zijn. Nogmaals, het kabinet komt er later op terug.

Ik heb eerder dit jaar een beleidsbrief over palliatieve zorg aan u doen toekomen. Ik wil er graag op terugkomen, ook naar aanleiding van de opmerkingen van de heer Van der Vlies daarover en over de hospicebeweging. Ik heb laatst een aantal werkbezoeken gebracht op het terrein van de palliatieve zorg. Dat heeft mij gesterkt in de overtuiging dat de verlening van palliatieve zorg overal gestalte moet krijgen. Ook alle artsen en verpleegkundigen die met stervende mensen te maken krijgen – dat zijn er natuurlijk heel veel – moeten er kennis van hebben, er expertise in ontwikkelen en het ook in allerlei situaties kunnen aanbieden: in ziekenhuizen, in verpleeghuizen en in de thuissituatie, waaronder ook het verzorgingshuis. Ik wil herhalen dat ik het toch niet goed vind om aparte instellingen voor palliatieve zorg in het leven te roepen en dat proces te stimuleren. Bestaande hospices, waarvan ik er enkele van persoonlijke bezoeken ken, doen uitstekend werk. Als blijkt dat zo'n hospice er ook is om er te blijven, is het terecht dat zo'n voorziening zich binnen de reguliere financiering gaat bewegen. Maar nogmaals, de weg daartoe is dat men zich tot een reguliere instelling wendt en dat men probeert een soort samenwerkingsverband op te zetten. Gezien de groeiende belangstelling bij reguliere instellingen voor dat thema, denk ik dat zoiets tot een heel goed resultaat kan leiden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! Ik wil de minister graag dankzeggen voor deze benadering. Ziet zij voor zichzelf een rol om dergelijke dwarsverbanden te reguleren, althans te bevorderen dat

## Borst-Eilers

ze totstandkomen? Zij kan populair gezegd met de armen over elkaar gaan zitten en wachten tot dergelijke voorzieningen een afspraak hebben gemaakt met een reguliere instelling. Zij zou ook iets kunnen stimuleren en initiëren.

Minister **Borst-Eilers**: Als de bestaande hospices zich tot mijn departement wenden voor hulp bij het totstandkomen van een dergelijk verband, zijn zij altijd van harte welkom. Dan zullen wij kijken of wij iets kunnen faciliteren, bemiddelen of hoe je het ook wilt noemen.

De heer Rouvoet sprak nog andere zorgen uit, met name over wat hij noemt de "vertechnisering" van de gezondheidszorg, de overheersende rol van de medische technologie. Met een paar sprekende voorbeelden heeft hij aangegeven dat deze vooruitgang niet alleen zegeningen, maar ook schaduwzijden kent. Hij had het over enkele iatrogene effecten, over de geslachtskeuze en over IVF na de menopauze. Ik ben het met hem eens dat voor deze toepassingen steeds de grenzen moeten worden bezien. Er is onlangs door het Comité van ministers van de Raad van Europa een verdrag aanvaard – ik heb het gisteren voor het eerst in zijn volledige tekst op mijn bureau gekregen – voor mensenrechten en biogeneeskunde, waaraan Nederland een belangrijke bijdrage heeft geleverd. In dat verdrag is onder andere de bepaling opgenomen dat het gebruik van kunstmatige bevruchtingstechnieken voor geslachtskeuze om niet-medische redenen niet moet worden toegestaan. Ik ben blij met het verdrag en ook met deze bepaling. In de voorgenomen wetgeving inzake de fertilisatietechnieken wil ik een gelijklopende bepaling opnemen onder verwijzing naar dat Europese verdrag.

Over in-vitrofertilisatie en alles wat daarmee samenhangt, verschijnt binnenkort een advies van de Gezondheidsraad. Daarin wordt zeker ingegaan op de indicatiestelling voor IVF en ook op de leeftijds kwestie. Ik zal op basis van dat advies mijn definitieve standpunt bepalen, maar ik wil wel zeggen dat ik op voorhand niet geneigd ben om ruimte te zien voor IVF na de menopauze.

Een derde effect dat de heer Rouvoet ter sprake bracht, als gevolg van de voortschrijdende technologische ontwikkeling, is de mogelijkheid

van de geneeskunde om niet alleen mensen gezond te maken maar ook gezonde mensen te maken. Dat vond ik een heel mooie formulering. Hij heeft het dan natuurlijk onder andere over de prenatale diagnostiek. Ook mevrouw Doelman heeft daarover gesproken. Wij hebben daarover dit voorjaar al van gedachten gewisseld. De vrees die de heer Rouvoet uitspreekt, dat met name die laatste benadering, het gezonde mensen willen maken, een levensgroot gevaar inhoudt dat de medisch-technologische mogelijkheden autonoom worden, deel ik niet. Wij zitten toch niet met onze ogen dicht? Het thema komt regelmatig ter sprake en er worden op diverse fronten grenzen gesteld, niet in de laatste plaats in het parlement.

Mevrouw Doelman merkte over datzelfde thema kritisch op dat wij op het terrein van de medische ethiek zoveel overlaten aan zelfregulering. Een normatief kader kon haar fractie niet ontdekken. Zulke moeilijke beslissingen als die welke aan de orde zijn bij de medische ethiek, worden altijd genomen binnen een normatief kader. Betrokkenen hebben in onze pluriforme samenleving natuurlijk niet altijd hetzelfde normatieve kader. Het is echter ook niet zo, dat iedereen maar zijn gang gaat en dat de overheid helemaal geen grenzen stelt. Denk bijvoorbeeld aan de Wet afbreking zwangerschap of aan de wijze waarop de euthanasie in wet- en regelgeving is geregeld. Daarnaast hanteren de verschillende beroepsgroepen, zoals de klinische genetici, gynaecologen en neonatologen, toch duidelijke richtlijnen en moratoria. Die publiceren zij en daar hebben wij allemaal inzicht in. Wij weten dus wel wat er gebeurt en wij zien toch ook een zeker kader waarbinnen dat pluriforme Nederlandse volkje zich beweegt.

De zorgvuldige wijze waarop allerlei moeilijke beslissingen in Nederland worden genomen, getuigt naar mijn mening ook wel degelijk van een gevoel van verantwoordelijkheid jegens de ander, waar mevrouw Doelman over sprak. Ik herken in onze gezondheidszorg dus absoluut niet dat beeld van de kille ideologie van een autonome mens.

De heer **Rouvoet** (RPF): Ik heb hierover gesproken, ook op het punt van de geneticalisering, omdat het mij zorgen baart dat technieken

worden ontwikkeld, toegepast en aangeboden alvorens men tot het antwoord op de vraag komt of daaraan achteraf grenzen moeten worden gesteld dan wel of de overheid dat proces strakker moet begeleiden en eerder richtinggevend aanwezig moet zijn. Daarbij zou ik mij een actievere houding van deze minister, van het kabinet, van de politiek kunnen voorstellen. Wil de minister daarop ingaan?

Minister **Borst-Eilers**: Graag. Wij hebben met de Gezondheidsraad een adviesorgaan, zoals ik het tegenwoordig weer mag noemen, dat ook tot taak heeft om dat soort ontwikkelingen vroeg te signaleren. Verder hoop ik van harte dat de Kamer op niet al te lange termijn het wetsvoorstel wetenschappelijk onderzoek bij mensen op de agenda zal plaatsen, waarin ook sprake is van een centrale commissie waarbij al dit soort nieuwe experimenten moeten worden gemeld voordat men er bij wijze van spreken nog een vinger naar heeft uitgestoken. In deze commissie vindt dan wel degelijk ook een beoordeling plaats op de ethische en juridische aspecten. Als minister heb ik via die commissie inzage in wat er op stapel staat aan nieuwe technologieën. Daarover kan ik dan ook met de Kamer spreken. Hetzelfde is nu op informele basis geregeld via de zogenaamde Kerncommissie ethiek medisch onderzoek (KEMO). De Kamer weet echter net zo goed als ik dat het niet echt verplicht is om zaken daaraan voor te leggen en dat er ook wel eens spanningen zijn in die zin dat men met onderzoek bezig is dat niet bij de KEMO is aangemeld. Als wij dat wettelijk regelen, is dat wel verplicht en dan hebben wij daarmee de mogelijkheid om vroeg mee te kijken naar en mee te denken over wat men allemaal van plan is.

De heer Rouvoet heeft gisteren nog een andere fraaie term gelanceerd: de geneticalisering. Hij constateerde dat op allerlei terreinen het belang van genetische informatie toeneemt, iets wat ik volledig met hem eens ben. Ook hier spreekt hij de vrees uit dat ethische bezinning en politieke inkadering geen gelijke tred houden met de mogelijkheden. Ik heb zojuist gezegd welke instrumenten ik daarvoor samen met de Kamer hoop te ontwikkelen. Concreet is aan mij gevraagd wat ik vind van het "human genome

## Borst-Eilers

project". Dat is een van die projecten die je ten goede en ten kwade aan kunt wenden. Het is een project dat de mogelijkheid biedt om sneller dan we voorheen konden, voor een aantal ziekten het juiste geneesmiddel vinden, omdat je er via dat project sneller achter kunt komen wat fout is gegaan in de ontwikkeling van het individu. Dat is een van de voordelen. Maar er zitten, zoals gezegd, ook kwade kanten aan. Ook op internationaal-juridisch terrein moeten we alert zijn – in Europees verband wordt daar al over gesproken – omdat het patenteren van menselijke genen ons allemaal op het eerste gezicht zeer ongewenst voorkomt.

Er werd gesproken over de xenotransplantatie. In mijn antwoord aan de heer Schuurman in de Eerste Kamer heb ik gezegd dat het mij niet zou verbazen als de Gezondheidsraad, in het kader van de signalerende taak waarover ik het zojuist had, al met dat onderwerp bezig was. Ik heb me gewend tot de Gezondheidsraad, en die wás daar inderdaad mee bezig. Ik heb nu ook in overleg met de Gezondheidsraad besloten een formele adviesaanvraag aan de raad te richten over die xenotransplantatie, die binnenkort uit zal gaan. Men is er, nogmaals, al mee bezig, dus het kan al snel tot een advies komen, omdat het voorbereidende werk al is gedaan.

Dat advies ligt in het verlengde van het advies over genterapie, waarin vergelijkbare problemen aan de orde zijn. Dat advies van de Gezondheidsraad nadert zijn afronding.

Ik weet niet of wij de weg van een kaderwet genetische manipulatie op moeten. Dit is een heel breed terrein, en de mogelijke toepassingen zijn heel divers. Het zou wel eens verlamdend kunnen werken als je dat allemaal in één kaderwet vervat. Maar misschien kunnen we na ommekomst van het advies inzake genterapie daarover nog eens nader spreken. Ik zal de Kamer dan concreet voorstellen, wat ik wél wil.

De heer **Rouvoet** (RPF): Ik kan mij daarbij wel iets voorstellen, vooral ook omdat over de inhoud van zo'n kaderwet nog buitengewoon veel onduidelijkheid kan bestaan. Het belangrijkste vind ik echter dat dit voorbeelden zijn van ontwikkelingen die zich redelijk buiten het blikveld van het parlement ontwikkelen. Ik

zou er zeer voor zijn als we daar dichterbij op zaten en er vaker over spraken. Bent u bereid over het "human genome project" en aanverwante zaken een notitie aan de Kamer voor te leggen, zodat we daarover gestructureerd kunnen spreken, en niet naar aanleiding van incidenten? Dat is immers altijd achterafpraten.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal graag met collega Ritzen in overleg treden. Het zou mij niets verbazen als hij daarover goed informatiemateriaal heeft. Dat kunnen we dan de Kamer doen toekomen.

Er is gevraagd naar de brief die in meer brede zin zou gaan over medisch-ethische zaken, en over de brede maatschappelijke discussie. Dit kost meer tijd dan voorzien, wat wel eens vaker voorkomt bij dit onderwerp. De vorm die we aan de brede maatschappelijke discussie willen geven – informatief, meningsvormend, toetsend – kunnen we pas vaststellen als we een goede inventarisatie hebben van de onderwerpen die zich voor zo'n debat lenen, en wat we ermee willen bereiken. Wij zijn er wel volop mee bezig, maar ik moet helaas zeggen dat het dit jaar niet meer lukt, maar wel in het eerste kwartaal van 1997 om de Kamer de toegezegde brief toe te sturen.

Van de medische ethiek in meer algemene zin nog naar een heel concreet thema op dit beleidsterrein, namelijk de orgaantransplantatie. De heer Van Boxtel vroeg naar de stand van zaken ten aanzien van de Wet op de orgaandonatie. De uitvoering is inmiddels in volle gang. De Gezondheidsraad heeft mij het hersendoodprotocol aangeboden. Er wordt nu een AMvB ontworpen, waarin dit protocol wordt vastgesteld, welke AMvB zal worden voorgehangen. Met het veld is overleg gestart over een concept-AMvB, waarin de kwaliteitseisen voor orgaanbanken worden geregeld. Met Eurotransplant is overleg gaande over de toekomstige vergunningverlening voor het Orgaancentrum. De uitvoeringsorganisatie voor het donorregister is in opbouw. Een beslissing over de precieze juridische vorm moet nog wel worden genomen. De ontwikkeling van het registratiesysteem is in gang en ook zijn voorbereidingen getroffen voor de evaluatie van de WOD en de flankerende maatregelen.

Naar verwachting zal daarvoor begin 1997 een onderzoeksproject worden vastgesteld. Uit deze opsomming blijkt dat het een complexe operatie is.

De heer Van Boxtel heeft verder uitgebreid gesproken over het kwaliteitssysteem in de Wet op de orgaandonatie. Hij weet dat daarvoor een basis is gelegd tijdens de Kamerbehandeling door aanneming van een amendement van zijn hand. Dat amendement legt een basis maar niet meer dan dat. Overigens blijkt wel dat het besef van kwaliteit en veiligheid zeer hoog is in het veld. Echter, de Wet op de orgaandonatie kent inderdaad een minder strak regime met betrekking tot kwaliteitseisen dan bijvoorbeeld de Wet inzake bloedtransfusie. Ik wijs de Kamer erop dat ik binnenkort kom met het toegezegde standpunt inzake het gebruik van lichaamsmateriaal. Daarin zal ik ook ingaan op een bredere wettelijke verankering van de kwaliteitseisen en de kwaliteitssystemen bij het gebruik van lichaamsmateriaal, waaronder donororganen.

Verder is er nog het internationale aspect. Gevraagd is of een willekeurig land ver van hier maar nog wel in Europa gelegen, wel dezelfde kwaliteits-veiligheidseisen hanteert. Daar kan ik op dit moment geen concreet antwoord op geven. Ik weet wel dat Eurotransplant in Nederland gevestigd is en erop moet toezien dat in alle landen die aan Eurotransplant deelnemen, dezelfde hoge kwaliteitseisen worden gehanteerd. Men heeft er ook regelmatig internationale besprekingen over. Ik meen ook dat het zeker in het eigen belang is om daarop toe te zien en om bij twijfel organen niet te accepteren. De naam van Eurotransplant zou snel verslechteren als er kwalitatief slechte organen zouden worden geaccepteerd of, erger nog, infecties van donoren op de ontvangers zouden worden overgebracht.

Bij de verlening van vergunningen aan organisaties zoals Eurotransplant, die in het kader van de WOD zal moeten plaatsvinden, zal ik bezien of het mogelijk is om nadere eisen te stellen voorzover de wet daarvoor een grondslag biedt.

De heer Van Boxtel heeft verder gevraagd of ik de gehele internationale publiekrechtelijke inbedding zou willen aankaarten in het kader van

## Borst-Eilers

het Nederlandse voorzitterschap. Ik ben hem dankbaar voor de gelegenheid daarover iets naders te zeggen. Inderdaad hebben wij in het kader van het Nederlandse voorzitterschap van de Europese Unie het voornemen – dat heb ik ook al aan de collega's kenbaar gemaakt – om het onderwerp kwaliteit en veiligheid inzake organen en weefsels van menselijke oorsprong die voor gezondheidsdoeleinden worden gebruikt, op de agenda te plaatsen. Er is een raadsresolutie over dit onderwerp reeds in voorbereiding. Verder vinden wij dat er meer duidelijkheid moet komen over de juridische situatie betreffende orgaan- en weefseltransplantatie binnen de Gemeenschap. Bovendien moeten wij goed de samenwerking in de gaten houden tussen de Europese Unie, de Raad van Europa en de Wereldgezondheidsorganisatie. Ik denk dat wij de Europese Commissie nog eens heel expliciet moeten uitnodigen om op dit terrein actiever te worden. Men werkt daar aangaande dezelfde onderwerpen langs elkaar heen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik hoop dat u daarbij dan ook aandacht zult besteden aan het door mij gesignaleerde probleem van de rechtsonzekerheid en onduidelijkheid ten aanzien van de rechtvaardige verdeling. Eurotransplant Nederland staat wat dat betreft buiten kijf, maar het is van belang om op Europees niveau die verdeling goed te regelen.

Minister **Borst-Eilers**: Ook dat onderwerp heb ik in een informeel overleg met de collega-ministers aan de orde gesteld. Dan merk ik toch wel dat er wat aarzelingen zijn. Vooral bij niertransplantaties is het uitgangspunt om van de twee nieren die iemand heeft, er een in eigen land te houden en de ander aan te bieden voor het internationaal verkeer. Wij hebben dat in Nederland ook altijd gemerkt bij de uitwisseling tussen ziekenhuizen. Het wordt op een gegeven moment heel frustrerend als al twintigmaal nieren zijn aangeboden, terwijl er nog nooit een voor de eigen patiënten werd gebruikt. Ik meen dat wij voor dat gevoel wel een beetje begrip moeten opbrengen. Misschien kun je dan toch duidelijke randvoorwaarden stellen en deze mogelijkheid daarin opnemen. Als je het keihard gaat verbieden, is daarvan het gevolg dat

men het toch gaat omzeilen. Het moet in ieder geval transparant zijn. Laat men dan maar zeggen dat men bijvoorbeeld bij dubbel aangelegde organen er een in het eigen land transplanteert.

Dan ga ik in op een ander aspect van transplantatie, op hetgeen onlangs in Groningen is gebeurd met drie patiënten. De heer Oudkerk maakte daar opmerkingen over. In enkele opzichten is men in Groningen van het geldend Nederlands protocol afgeweken. Zoals ik het tenminste onlangs in een tijdschrift over geneeskunde las, ging het om drie relatief jonge patiënten die een harttransplantatie ondergingen. Het waren echter mensen die daaraan voorafgaand een coronaire bypass-operatie hadden gehad en voorafgaand aan de transplantatie continu beademd werden. Dat is dus een van de contra-indicaties volgens het protocol. Een ander aspect was dat er gebruik werd gemaakt van donorharten van donoren wier leeftijd hoger was dan de maximumleeftijd die in Nederland geldt. Overigens viel de leeftijd van deze donoren nog wel binnen de leeftijdsgrenzen die in veel andere Europese landen, onder andere Duitsland, worden gehanteerd. Hieruit blijkt maar weer dat wij wel een goed Nederlands protocol hebben, maar dat het toch zaak is dat de beroepsgroep dat wel heel regelmatig actualiseert. Je hebt nu toch een beetje een vervelende situatie. Wat men in Groningen gedaan heeft, is eigenlijk niet anders dan wat men in andere Europese landen doet. Men heeft dus volgens mij medisch of wetenschappelijk gezien niet onverantwoord gehandeld. Bovendien – en dat is toch het allerbelangrijkste van het hele verhaal – las ik dat het met die drie patiënten goed gaat en dat zij zelfs aan het werk zijn. Wie ben ik dan om te zeggen "dat had u niet mogen doen"? Ik signaleer wel dat men dat alleen maar voor elkaar krijgt door van het protocol af te wijken. Daarom wil ik nog eens – dat zal ik ook rechtstreeks doen – het volgende tegen de beroepsgroep zeggen: actualiseer dat protocol heel regelmatig, hou in de gaten wat er in het buitenland gebeurt en welke nieuwe inzichten men daar heeft, zorg ervoor dat je niet hijgend achter het protocol aanholt, om met Schuyt te spreken, maar het pro-actief hanteert.

Hoewel misschien wel alles met medische ethiek te maken heeft, stap ik toch af van de medische ethiek en ga ik over naar het volgende onderwerp: de wachtlijsten. Mevrouw Doelman, de heer Oudkerk, mevrouw Van Blerck en de heer Van Boxtel hebben behartigenswaardige opmerkingen gemaakt over de wachtlijsten in de curesector en in de GGZ. Zij hebben ook gevraagd waar nu toch die toegezegde notitie blijft. Daar wil ik het volgende over zeggen. Die notitie is bijna gereed. De opmerkingen van de Kamerleden kunnen er nog net in verwerkt worden. Daar zal ik zeker nog dankbaar gebruik van maken. Het is een ingewikkelde problematiek. Ik zal in die notitie onderscheid maken tussen een structurele aanpak van de wachtlijsten op mijn beleidsterrein en het incidenteel wegwerken van de wachtlijsten die inmiddels hier en daar lang zijn geworden, met name voor enkele operatieve ingrepen. Voor de structurele aanpak is een hele set van instrumenten beschikbaar die wij volgens mij allemaal moeten inzetten. Gisteren zijn er diverse genoemd, onder andere door de heer Oudkerk. Zoiets als de wachtlijstbrigade komt dus ook in mijn instrumententrommel voor. Ik ben echter ook tot de conclusie gekomen dat voor de ontstane achterstand, een soort berg van wachtende patiënten die je niet snel kwijt bent wanneer je de zaak alleen maar structureel aanpakt, ook incidenteel een extra financiële injectie nodig is. Men zal begrijpen dat deze conclusie meteen tot een probleem leidt, namelijk: waar moet dat geld vandaan komen? De problemen binnen mijn sector zijn immers bekend. Ik ben met mijn collega's in het kabinet over dat laatste onderwerp in gesprek. Die gesprekken verlopen naar mijn mening zeer constructief. Het hele kabinet heeft aandacht voor dit onderwerp. Voor half december zal de Kamer de notitie over de structurele en de incidentele aanpak krijgen, maar ik vraag nog even geduld, want ik vind dat je zoiets goed moet afhandelen, voordat je ermee naar buiten gaat.

Dan kom ik op de doelmatigheid en zorgvernieuwing. Eerst zal ik reageren op de notitie Gepaste zorg deel 2 van de fractie van de Partij van de Arbeid. Dat begint een mooie traditie te worden. De heer Oudkerk loopt precies twee nummers achter

## Borst-Eilers

zijn partijgenoot Van der Zwan aan, en dat zal ook wel zo blijven, denk ik, want deze heeft inmiddels Gezondheidszorg in tel, nummer 4, gepubliceerd. Ik heb die notitie met veel belangstelling doorgelezen. Er wordt in benadrukt dat de interne bedrijfsvoering in instellingen voor verbetering vatbaar is. De Nederlandse zorgfederatie heeft daar nogal afwerend op gereageerd. De heer Oudkerk liep achter, volgens hen. Ik heb wel gezien dat het gaat om onderzoeken van zeer recente datum; november 1996. Als waar is wat erin staat, wat ik zonder meer aanneem, is mij niet goed duidelijk hoe je van achterlopen kunt spreken.

Acties om de doelmatigheid binnen de instellingen te vergroten, staan ook bij ons hoog op de agenda. Ziekenhuizen kunnen zich door efficiënter te werken een ruimere bewegingsvrijheid scheppen. Het geld dat daarbij vrijkomt, kunnen en mogen zij besteden aan personeel, dus aan handen aan het bed. Juist door het systeem van functiegerichte budgettering bestaat er substitutievrijheid en dus ook de vrijheid om doelmatigheidswinst naar eigen inzicht elders aan te wenden. Zo zijn besparingen bij de inkoop dus ook ter vrije besteding van het ziekenhuis.

Er is een verdere ontwikkeling in de pen, gericht op meer kwaliteit en doelmatigheid binnen ziekenhuizen. De ziekenhuizen krijgen de mogelijkheid om over te gaan op aanneemsommen. Een aantal ziekenhuizen heeft daar belangstelling voor getoond. Dan wordt het zelf-regulerend vermogen nog groter.

Ik hoop dat zelfregulerend vermogen op die manier te bereiken, eerder dan met een aanpassing van de normen van het COTG voor de budgetopbouw, zoals de heer Oudkerk voorstelde. Binnen het budget is bestedingsvrijheid. Als wij nu weer met normen gaan werken binnen dat budget, denk ik dat het moeilijk komt te liggen.

Dan kom ik op enkele concrete punten uit het rapport. Over het Europees aanbesteden zullen wij binnenkort nader berichten. Het idee om de Kwaliteitswet zorginstellingen aan te vullen met een AMvB ten behoeve van doelmatige inkoop van goederen en middelen, neem ik graag mee in de toegezegde brief over MTA en doelmatigheidsbevordering. In die brief zal ik ook

ingaan op wat er concreet in gang is gezet.

Ten slotte is er nog het verzoek om met de NZF, de Vereniging van ziekenhuisdirecteuren en de Vereniging van inkopers een plan van aanpak te ontwikkelen met het doel om de efficiency binnen de eigen instellingen te stimuleren. Het gaat mij een beetje te ver om nu al een gezamenlijk plan van aanpak toe te zeggen. Ik wil eerst praten met deze drie clubs. Dat zeg ik graag toe. In dat gesprek zal ik eens kijken wat er kan gebeuren en wat mijn rol daarbij kan zijn. Ik denk dat er voor die mensen zelf ook een duidelijke rol is. Ik zal ook nagaan of er bestaande wet- en regelgeving is die de doelmatigheid afremt. Daarvoor heb ik al een verzoek neergelegd bij de Raad voor de zorg. Dat is ook opgenomen in hun werkprogramma.

Een ander aspect van doelmatigheid is het verhaal over de CVA. Er is geen enkele weerstand bij mij om dat onderwerp op te pakken, maar het doet zich een beetje aan mij voor als een moving target. Er was eerst sprake van een wens om één bepaald herstellingsoord te creëren, met speciale units op andere plaatsen. Het laatste nieuws hierover is dat er een project is in Rotterdam, onder begeleiding van prof. Koudstaal, waar drie verpleeghuizen aan deel zouden nemen. Die verpleeghuizen hebben wij benaderd. In telefonisch contact zeiden zij dat er nog nauwelijks over gesproken was. Op het ogenblik proberen wij dus om precies in kaart te brengen wat er gebeurt en wat de CVA-stichting in aanvulling daarop verder wil doen. Nogmaals: ook als ik er rapportages over vraag, krijg ik steeds de indruk dat er al heel veel gebeurt. Daarom vraag ik mij af of de huidige wet- en regelgeving werkelijk belemmerend werkt voor het realiseren hiervan. Ik wil graag nog even doorgaan met de verkenning. De stichting die het initiatief heeft genomen, is al ambtelijk op bezoek geweest bij het ministerie. Daar moet ik nog de rapportage van krijgen, want volgens mij is dat gisteren of eergisteren gebeurd. Ik kom hier heel graag zo snel mogelijk op terug, maar neemt u van mij aan dat ik het een prima ontwikkeling vind en dat ik alleen maar even worstel met de vraag wat ik op dit moment moet doen en wat er precies gebeurt. Nogmaals: de

berichten zijn de ene dag wel eens een tikje anders dan de andere dag.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Het is mooi dat de minister hierop terugkomt, maar dan is natuurlijk de vraag wanneer dat zal gebeuren. Het gaat immers om problematiek die, wat ons betreft, nogal snel uit de wereld moet worden geholpen, omdat het gaat om budgetverschuivingen. Om een misverstand uit de wereld te helpen: de stichting CVA is volgens mij maar één van de 200 of 250 initiatiefnemers om de zorg beter en doelmatiger te maken.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, precies.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Daarom wil ik het niet aan één stichting ophangen, maar als je van iedereen hoort dat het anders kan en dat men zegt dat men soms – en soms ook niet – tegen bepaalde wet- en regelgeving aanloopt, is dat uw verantwoordelijkheid.

Minister **Borst-Eilers**: Dat ben ik roerend met de heer Oudkerk eens. Mijn hoofdopdracht aan mijn medewerkers is daarom om ten aanzien van de wet- en regelgeving de belemmeringen duidelijk te maken. Daar ligt heel duidelijk een taak voor mij; dat is zonder meer duidelijk.

Wat de kwestie van de opbrengst betreft: je kunt natuurlijk zeggen dat er hierdoor ruimte komt in mijn budget, waarmee wij andere mooie dingen kunnen doen, maar je stimuleert het beste als de instellingen de gelegenheid hebben om die financiële ruimte zelf te gebruiken, bijvoorbeeld voor de wachtlijstproblematiek of voor andere knelpunten. Ik weet niet wat de heer Oudkerk daarvan vindt. Hij zei dat het naar de thuiszorg gaat. Dat is op zich natuurlijk een heel sympathiek doel, maar de vraag is hoe je het gedrag in de instellingen zo goed mogelijk stimuleert. Dat gebeurt soms niet door op voorhand te zeggen: u gaat nu geld vrijmaken; dat komt u vervolgens hier brengen en dan gaat het naar de thuiszorg.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik weet dat dat vooral een "hakken in het zand"-gevoel geeft. Dat begrijp ik, maar de minister zou natuurlijk wel het initiatief kunnen nemen om samen met de thuiszorg, verpleeghuizen en ziekenhuizen – die hebben

## Borst-Eilers

er natuurlijk allemaal mee te maken – te bekijken hoe budgetverschuiving kan worden gerealiseerd. Ik dacht dat het heel modern was – dat heb ik tenminste begrepen – dat vanuit ziekenhuizen her en der ook intensieve of niet-intensieve thuiszorg wordt gegeven. Dat is een andere inrichting van de zorg. Ik wil niet rigide zeggen dat het naar de thuiszorginstellingen gaat, maar als functie gaat het uiteindelijk wel naar de thuiszorg. Dat is het idee.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat wij dan weer op één lijn zitten. Je zou eigenlijk moeten stimuleren dat de instellingen onderling, samen pratend over het regionale zorgaanbod en over het regionale programma van transmurale zorg, tot dit soort afspraken komen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Hadden wij maar regiobudgetten, zeg ik dan. Ik keer terug naar mijn eerste vraag. De minister wil nog even verkennen. Ik wil haar die gelegenheid geven, maar het begrip "even" wil ik dan wel gekwantificeerd hebben.

Minister **Borst-Eilers**: Ik streef ernaar om de Kamer nog voor het kerstreces uitsluitend te geven, maar als dat niet helemaal lukt, vindt u het in januari in uw postvakje.

Ik had het over doelmatigheid en zorgvernieuwing en ik kom bij een pleidooi van mevrouw Doelman om een groter deel van het budget dan de huidige 3% flexibel in te zetten in de ziekenfondsverzekering. Op zich sta ik daar heel sympathiek tegenover. Dat flexizorgtraject is ingezet met de bedoeling om het te verruimen. Ik denk dat het bij de verzekeraars pas optimaal gaat werken als zijzelf volledig gebudgetteerd zijn, maar verder wil ik eerst weten wat het effect is van deze 3%-maatregel. Wij zullen dus evalueren wat er in 1997 gebeurt en dan zullen wij per 1 januari 1998 bekijken hoe wij het verder kunnen versoepelen. Ik wijs mevrouw Doelman er overigens op dat naast het systeem van de flexizorg natuurlijk ook de knip in de thuiszorg wordt aangebracht en dat ook dat substitutiebevorderend werkt.

Mevrouw Doelman heeft nog een andere vraag gesteld over zorgvernieuwing, namelijk met betrekking tot de GGZ: gaat die vernieuwing niet ten koste van chronische patiënten? Naar onze stelling

overtuiging blijkt dat niet zo te zijn. Integendeel: uit de zorgvernieuwingprojecten in de zorgvernieuwingregio's die wij tot dusverre onder ogen hebben gekregen, blijkt dat men zich, ook met behulp van de nieuwe, flexibele aanspraak in de AWBZ, met name probeert te richten op een goed samenhangend zorgaanbod voor de chronische patiënten.

Mevrouw **Doelman-Pel** (CDA): Ik ben misschien niet helder geweest of ik heb niet duidelijk uitgedrukt wat ik bedoelde, maar de minister verstaat mij verkeerd. Het gaat mij vooral om het volgende. Er is veel samenwerking en er wordt dicht bij de cliënt hulp geboden. Men is dan soms geneigd om bij ziekte de lichtere vormen eerder te helpen dan de zwaardere vormen. De zwaardere vormen hangen echter vaak samen met chroniciteit. Men moet dus uitkijken dat de ene zorg de andere zorg niet verdringt in de GGZ-sector. Het zorgvernieuwingfonds heeft daar wel een relatie mee, omdat onder chroniciteit vaak ook de dak- en thuislozen gebracht worden. Daar ligt dus een wat vreemde spanning.

Minister **Borst-Eilers**: Op zichzelf is dat juist. Zoals mevrouw Doelman weet, heb ik een landelijke commissie ingesteld onder voorzitterschap van prof. Rigter. Die commissie beoordeelt of een zorgvernieuwingregio in de GGZ-sector, die zichzelf zo wil noemen, voor dat predikaat in aanmerking komt en daarmee dus ook de flexibele aanspraak van menu à la carte mag hanteren. Die commissie let ook speciaal op dit aspect en zorgt er dus voor dat men niet alleen een mooi nummer maakt met de lichtere problematiek, maar zich ook op de ernstigere problematiek richt en ervoor zorgt dat ook deze mensen aan bod komen.

Een ander aspect van zorgvernieuwing wordt gevormd door de netwerken in de eerste lijn. De heer Marijnissen heeft daarover mijn mening gevraagd. Ik ben van mening dat het lokale gezondheidsbeleid zonder meer een intersectoraal karakter heeft en dat er tal van maatschappelijke sectoren betrokken moeten zijn bij de vormgeving. Ik ben het met hem eens dat het raakvlakken heeft met huisvesting, infrastructuur, criminaliteitsbeheersing, werkgelegenheidsbeleid en veel andere zaken. Dat betekent

dat als men kwaliteit van zorg goed tot zijn recht wil laten komen, het gaat om een interdisciplinaire aanpak.

Wij hebben bij VWS geprobeerd om vanuit verschillende invalshoeken een bijdrage te leveren aan het bevorderen van de samenhang. In het kader van het grotestedenbeleid is een bedrag gereserveerd van 2 mln. om met name de zorg in de achterstandswijken te intensiveren. Verder noem ik het extra geld voor de huisartsen in de achterstandswijken.

De steden hebben het voortouw genomen bij het initiëren van projecten die gericht zijn op het versterken van de eerste lijn in deze wijken. De eerste voorstellen daartoe hebben wij inmiddels ontvangen. Die zijn natuurlijk heel verschillend, want afgestemd op de specifieke behoefte van de betreffende stad. Veel voorstellen voorzien in het creëren van een grotere mate van samenhang tussen diverse aanbieders. Waar mogelijk vindt afstemming plaats met het regionale beleid ten aanzien van de huisartsenzorg in achterstandswijken. Daarvoor is per 1 juli 1996 het bedrag van 20 mln. beschikbaar gesteld. Er zijn natuurlijk al geruime tijd samenwerkingsconstructies in de vorm van gezondheidscentra. Het Nivel heeft recent een onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt dat men in 58% van die centra samenwerkt met buurt- en wijkvereniging, scholen, politie, hulpverlening, jeugdhulpverlening, migrantengroepen en ouderenwerk.

Er is een belangrijk rapport op het terrein van de openbare en lokale gezondheidszorg en dat is het advies van de commissie-Lemstra. Dat advies heb ik onlangs ontvangen en daarin komt ook die netwerkvorming aan de orde. Ik zal de Kamer in april 1997 een standpunt over dat rapport doen toekomen. Ik wil namelijk over dat rapport een landelijke werkconferentie houden en een aantal regionale conferenties laten organiseren. Pas daarna zal ik het standpunt definitief vormgeven.

De heer **Van Boxtel** (D66): Wat heeft de minister precies voor met die werkconferenties? Ik deel namelijk de zorg van de heer Marijnissen. Het advies van de commissie-Lemstra zegt dat er meer aandacht moet komen voor en dat de gemeenten in de afgelopen jaren te weinig geïnvesteerd hebben in de lokale

## Borst-Eilers

gezondheidszorg in preventieve zin. Wij wisten dat allemaal al. Ik hoop dus dat de signalen van de Kamer en de bewindslieden aan de lokale bestuurders om dit snel en hoog op de agenda te zetten, snel zullen doorwerken.

Minister **Borst-Eilers**: Deze conferenties blijken vaak een heel goed instrument te zijn om iedereen goed te attenderen, de zaken op de agenda te krijgen en een soort enthousiasme te genereren. Daarnaast kan men ook horen welke bezwaren er worden geopperd. Als je er zomaar weer beleid overheen legt, merk je achteraf pas waarom men daartegen is. Wij willen dus de concrete belemmeringen horen en tegelijk flink tamboereren op het thema van de samenwerking. Overigens vind ik dat de commissie-Lemstra vrij concrete adviezen en instrumenten aanreikt. Het was althans voor mij bijna een eye-opener dat het nooit iets kan worden, als een gemeente niet een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid heeft; dat vond ik een heel goede opmerking. De commissie geeft vervolgens aan hoe zo'n nota tot stand kan komen, want wethouders en gemeentebestuurders moeten weten hoe je zoiets maakt. Ik heb daarom gepraat met de School of public health, opdat die bijscholingsmodules zal aanbieden. Er kan dus alvast het een en ander gebeuren, voordat de conferenties achter de rug zullen zijn.

Ik blijf nog even bij de openbare gezondheidszorg en kom toe aan de privatisering van de GGD'en, waar de heer Marijnissen terecht vraagtekens bij heeft gezet. De verantwoordelijkheid voor de collectieve preventieve zorg is bij wet opgedragen aan de gemeentebesturen. De GGD neemt als organisatiestructuur bij de uitvoering van die taak een bijzondere plaats in, omdat daar de benodigde deskundigheid en de uit te voeren taken worden geconcentreerd. Zo wordt versnippering voorkomen en ontstaat er een wisselwerking tussen ondersteuning en uitvoering. Er kan bovendien bij wijzigende omstandigheden ook substitutie van functies plaatsvinden binnen die ene organisatie. Ik denk dat in die zin het instellen maar vooral ook het instandhouden van GGD'en te beschouwen is als gewoon een kwaliteitseis voor de collectieve preventieve zorg.

Ik ben van mening dat de GGD daarbij dient te functioneren onder de volle politieke en bestuurlijke verantwoordelijkheid van het gemeentebestuur. Die opvatting is ook te vinden in het advies van de commissie-Lemstra. Welke organisatievorm er ook wordt gekozen, het gemeentebestuur moet ten volle kunnen worden aangesproken op het doen en laten van de GGD. Het verzelfstandigen en onderbrengen van WCBV-taken bij de GGD kan de gemeenteraad nooit van die verantwoordelijkheid ontslaan. Ik denk dan ook dat privatisering, als je het zo onder woorden brengt, absoluut niet voor de hand ligt. Dat is mijn opvatting en die wil ik graag uitdragen, ook in het kader van die conferenties, waar ik net over sprak.

De heer Marijnissen heeft ook gezegd dat hij zich zorgen maakt over de deskundigheid van GGD'en ten aanzien van de collectieve tandzorg. Op korte termijn zullen VWS, de VNG en de landelijke vereniging van GGD'en de genoemde conferenties organiseren en daarbij zullen wij ook de tandzorg nog eens uitdrukkelijk op de agenda plaatsen. In het standpunt dat in april zal verschijnen, kan de Kamer ook daarover een beschrijving van de feitelijke situatie en een standpunt tegemoet zien.

Voor de jeugdgezondheidszorg wordt 1997 een belangrijk jaar. Het integrale dossier jeugdgezondheidszorg zal in januari nu echt in gebruik worden genomen. Zoals bekend is het pas totstandgekomen na enige tijd, zal ik maar zeggen, maar het is dan toch totstandgekomen in samenwerking tussen de kruisverenigingen en de LVGGD. Ook de Kamer heeft al vaak op de wenselijkheid van zo'n dossier gewezen.

Verder wordt in het begin van 1997 het onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de jeugd van 0 tot 19 jaar afgerond. Het onderzoek heeft iets meer tijd geveerd dan oorspronkelijk gepland was. Ik verwacht de resultaten ervan nu in maart. In het onderzoek wordt gekeken naar de onderlinge afstemming, de samenhang en de samenwerking van de thuiszorgorganisaties, de GGD'en en het gemeentebestuur.

In het onderzoek wordt ook aandacht besteed aan dat andere delicate onderwerp, de ondersteuningsfunctie VTO. Dat is

een uitstekende functie om aan te bieden en er is indertijd een heel positief rapport van de Gezondheidsraad over verschenen. Je hoort en leest nu overal dat het hier en daar in de knel dreigt te komen. De staatssecretaris en ik vinden dat dat niet moet gebeuren.

Zodra de resultaten van het onderzoek beschikbaar zijn, wil ik ze bespreken en ter discussie stellen, alweer tijdens een werkconferentie met betrokkenen, dit keer speciaal uit het veld van de jeugdgezondheidszorg. Mede op basis daarvan zal ik nog voor de zomer mijn standpunt aan de kamer doen toekomen.

Mijnheer de voorzitter! Van de preventie bij de jeugd wil ik een grote stap maken naar de preventie bij ouderen. Daar heeft de heer Leerkes over gesproken. Dit najaar heeft de Raad voor de volksgezondheid op ons verzoek een advies daarover uitgebracht, getiteld "Preventie en ouderen". De centrale vraag was hoe het gebruik en de implementatie van al ontwikkelde preventieprogramma's voor ouderen versterkt zouden kunnen worden. De RVZ constateert dat er ook ten aanzien van ouderen veel preventieactiviteiten plaatsvinden, eigenlijk voor bijna alle gezondheidsproblemen, en pleit ervoor om preventieactiviteiten te ontwikkelen die er meer op gericht zijn de problemen gezamenlijk aanpakken dan op het opstellen van een apart programma voor iedere te voorkomen aandoening. Ik zal daar in mijn standpunt dat de Kamer in januari kan verwachten, nader op ingaan. Ik heb verder in mijn opdracht aan Zorgonderzoek Nederland ten aanzien van diens grote programma preventieonderzoek gevraagd om rekening te houden met de aanbevelingen in het advies van de RVZ.

De vraag van de heer Leerkes over voedingsvoorlichting voor ouderen, voor alleenstaande ouderen en voor ouderen met een krappe beurs is denk ik een begrijpelijke vraag en ook een heel goed signaal. De staatssecretaris zal hiervoor aandacht vragen bij het Voorlichtingsbureau voor de voeding.

Mijnheer de voorzitter! Ik blijf bij de openbare gezondheidszorg. Dit geeft maar weer eens aan wat een belangrijk terrein dit toch is. Ik wil graag iets zeggen over de hoge sterfte en de slechte gezondheid van migrantenkinderen. De heer



## Borst-Eilers

Marijnissen vroeg wat het kabinet gaat doen met deze onderzoeksbevinding. Ik zei al dat in maart de onderzoeksresultaten echt beschikbaar komen en dat ik daaraan in mijn standpunt aandacht zal geven. Ik denk dat hierbij sterk de mogelijkheden voor facetbeleid in het geding zijn. Schoolgezondheidsbeleid zou kunnen winnen aan effectiviteit en doelmatigheid als er sprake is van afstemming, samenhang en coördinatie en als men aandacht besteedt aan specifieke behoeften van migrantenkinderen en migrantenjongeren. Ik heb vaak het idee dat meer gebruik moet worden gemaakt van het feit dat moeder en kind gemakkelijk gaan naar de jeugdgezondheidszorg, waar de drempel heel laag is, om ervoor te zorgen dat ook op andere beleids-terreinen contact totstandkomt. Met andere woorden: een toegangspoort in de gezondheidszorg zoeken voor een bredere aanpak van de jeugdproblemen, omdat men makkelijker met een kind naar een consultatiebureau gaat en vaak moeilijker naar een instelling die bekendstaat als een instelling waar heen gaat als je grote problemen hebt. Ik denk dat dit thema, waarop de staatssecretaris, denk ik, terugkomt, mondeling of schriftelijk, nader besproken moet worden met de collega's van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en van Justitie.

Verder zal ik Zorgonderzoek Nederland ook hierbij inschakelen en vragen om een programma op te zetten om met name het verhoogde sterfterisico onder allochtone kinderen terug te dringen.

Mevrouw Varma heeft gevraagd wat de laatste stand is van het fonds voor de niet-verzekerden. Zij bedoelt waarschijnlijk het fonds dat bekendstaat als het fonds gezondheidszorg aan illegalen. Het is bij de behandeling van de koppelingwet uitvoerig aan de orde geweest. Ik zal dat niet allemaal herhalen. Concreet kan ik in antwoord op haar vraag zeggen dat het zich niet speciaal beperkt tot illegalen. Het gaat om onverzekerden in het algemeen. Overigens schrok ik van een probleem dat gesignaleerd is – ik geloof dat de Kamer een schriftelijke reactie is gezonden – namelijk dat men onverzekerd is, omdat het ziekenfonds het verzekeringscontract zou hebben verbroken. Zoals men zal hebben gelezen, is dat strijdig met

de wet en kan men daar krachtig tegen protesteren.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Is al bekend hoe dat fonds gaat werken? Als dat zo is, kan dat ook schriftelijk bekend worden gemaakt. In het veld is nog niet bekend hoe de werking zal zijn en bij wie men terecht kan.

Minister **Borst-Eilers**: Het veld moet daarover nog voor 1 januari geïnformeerd worden. Ik zal de Kamer daarvan een afschrift doen toekomen. Men kan ook niet verwachten dat het gehele veld op de tribune zit als wij de koppelingwet behandelen.

Voorzitter! Ik kom te spreken over het zorginformatiebeleid. In het verlengde van de motie van de heer Oudkerk over de planbureaufunctie heeft de heer Van Boxtel gevraagd of er geen behoefte is aan een wet op de informatievoorziening. Ik ben het eens met de heer Van Boxtel, dat daar waar het nog niet geregeld is, het wel moet gebeuren. Ik heb bij een eerdere gelegenheid al gezegd dat dit het beste kan in de desbetreffende materiewetten. Wij zijn thans bezig met het maken van een inventarisatie van de materiewetten. Daar waar het niet in de materiewet staat, kan het het beste worden opgenomen. Ik deel het uitgangspunt dat als men publieke middelen besteedt, men verplicht is de minister te informeren.

De heer **Oudkerk** (PvdA): In de motie staat dat aan de regering wordt gevraagd een voorstel te doen voor een wettelijke regeling ten aanzien van de aanneming van informatie. Het mogen meerdere wettelijke regelingen zijn. Als in die zin de motie moet worden aangepast, doe ik dat graag.

Minister **Borst-Eilers**: Inderdaad, dan zit er geen licht meer tussen ons.

Voorzitter! De heer Fermina heeft mij gevraagd naar aanleiding van mijn recente brief over PEO en ZON of ik nog wel sta achter de oorspronkelijke gedachte van bundeling van de PEO-uitgaven voor volksgezondheid. Ik heb al van meer kanten gehoord dat die brief aan de Kamer wat globaal is uitgevallen. Sommigen menen dat die wat mager is uitgevallen. Ik kan de Kamer geruststellen. Mijn oorspronkelijke

ideeën zijn absoluut onveranderd. Binnenkort hoop ik de opdrachtbrief 1997 aan de ZON gereed te hebben. Die zal niet zo mager zijn. Daar zal het gehele verhaal duidelijk in staan. De continuïteit van alle programma's zal daarin duidelijk naar voren komen. Ik zal ook duidelijk aangeven wat op de onderscheiden aandachtsvelden van ZON wordt verwacht.

Voorzitter! De heren Verkerk en Marijnissen vroegen mij naar de leeftijdsgrens van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Er is inderdaad een proefschrift over verschenen. Zodra de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad van mening zijn dat er harde gegevens zijn om het borstkankeronderzoek actief boven 70 jaar te moeten aanbieden, zal ik daarop reageren. De mogelijkheid bestaat voor vrouwen gewoon in het programma door te lopen, ook na 70 jaar. Zij worden dan geacht het zelf te betalen. Zij moeten er zelf aan denken; zij worden niet meer opgeroepen. Nogmaals, als die gegevens hard blijken te zijn, dan lijkt het mij voor de hand te liggen het programma uit te breiden. Dat heeft natuurlijk wel een financiële kant. Wij zijn er tijdig bij om te proberen dat voor 1998 te regelen. Een positieve grondhouding dus.

De heer **Verkerk** (AOV): Ik ben de minister dankbaar voor deze positieve grondhouding. Ik had ook niet anders verwacht. Wanneer verwacht de minister het advies van de Ziekenfondsraad?

Minister **Borst-Eilers**: Nog dit jaar.

De heer **Verkerk** (AOV): Wanneer komt de minister dan met een besluit daarover?

Minister **Borst-Eilers**: Onze besluitvorming ten aanzien van de uitgaven in 1998 ligt in het voorjaar. Wij hebben dan de Kaderbrief 1998. In april gaan wij daarover een besluit nemen.

Versillende leden hebben aandacht gevraagd voor de functie die Transact op het gebied van het bestrijden van seksueel geweld vervult. Ik heb op 8 november een beleidsbrief over dit onderwerp aan de Kamer toegezonden. Centraal staat in het beleid het bevorderen van een structurele implementatie van alles wat er inmiddels op dit terrein ontwikkeld is. Het gaat zowel

## Borst-Eilers

om het bevorderen van een adequaat hulpaanbod voor slachtoffers van seksueel geweld als om het ontwikkelen van middelen ter voorkoming van seksueel geweld. Daarnaast wordt er ingegaan op deskundigheidsbevordering, landelijke ondersteuning, onderzoek en ontwikkeling.

Wat de financiën betreft, vanaf 1997 zal er per jaar structureel 2 mln. worden toegevoegd aan het Riagg-kader ter versterking van speciaal de hulp aan slachtoffers in deze categorie. Verder is er sprake van een landelijke aanjaagfunctie voor ondersteuning, coördinatie en deskundigheidsbevordering, allemaal nodig voor een goede implementatie. Ik zal Transact vragen om deze functie te vervullen. Ik heb dit even afgewogen en ik denk dat Transact er het meest geschikt voor is. Men zal hiervoor een concreet programma moeten opstellen dat motiverend en ondersteunend werkt. Er zal ook aandacht moeten zijn voor regionale samenwerking, opleiding en nascholing, evenals voor een zwaardere rol voor de cliënten zelf. Voor dat programma is tot eind 1999 0,5 mln. per jaar beschikbaar. Er blijft natuurlijk ook een onderzoeks- en ontwikkelingsbeleid nodig, want het gaat niet alleen om implementeren, maar ook om het steeds verwerven van nieuw inzicht. Zorgonderzoek Nederland speelt hierbij ook een rol en ik heb aan deze instelling gevraagd een samenhangend programma op te stellen. Daarvoor is ruim f 400.000 beschikbaar. Ook binnen het sportbeleid en het gehandicaptenbeleid worden PEO-middelen ingezet voor de bestrijding van seksueel geweld.

Ik keer terug naar Transact. In 1997 loopt de basissubsidie voor deze instelling door, waar nog dat bedrag van 0,5 mln. voor de aanjaagfunctie bijkomt. Nu staat er in alle stukken dat de basissubsidie voor Transact in 1998 wegvalt omdat men aan een verzelfstandigingstraject is begonnen, met de bedoeling om op termijn verder te kunnen zonder subsidie. Dat traject wordt ook weer financieel door mij gefaciliteerd; in 1996 met f 85.000 en voor 1997 heb ik er f 100.000 voor gereserveerd. In 1997 zal ook de vrouwenhulpverlening geëvalueerd worden, waaronder het werk van Transact. Als die evaluatie wat Transact betreft positief uitvalt en als men tegelijkertijd duidelijk kan maken dat men zonder enige

basissubsidie eigenlijk niet verder kan, dan ben ik graag bereid om dit bij het voorbereiden van de begroting voor 1998 welwillend te bekijken.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik dank de minister voor deze toezegging, voorzitter.

Mevrouw **Doelman-Pel** (CDA): Kunnen wij straks ook kennisnemen van het resultaat van die evaluatie?

Minister **Borst-Eilers**: Zonder meer. Die bestrijkt de hele vrouwenhulpverlening, dus de Kamer moet er zeker naar kunnen kijken.

Voorzitter! Een aantal onderwerpen uit de geestelijke gezondheidszorg, voorzover die niet schriftelijk behandeld zijn. In de eerste plaats de evaluatie van de Wet BOPZ. Minister Sorgdrager en ik verwachten dat ons het rapport op 11 december zal worden aangeboden. Het kabinetsstandpunt zullen wij de Kamer nog voor de komende zomer bekend kunnen maken. Het punt dat de heer Van der Vlies naar voren heeft gebracht, zal daarin zeker aandacht krijgen; de familie- en patiëntenorganisaties hebben daar ook al om gevraagd. De BOPZ is overigens bedoeld voor het regelen van onvrijwillige opname als uiterste middel, niet als preventief middel. Maar zo langzamerhand is uit geluiden uit het veld toch wel duidelijk geworden dat er met name met jonge schizofrenen problemen zijn. Stel dat je mensen vroegtijdig goed zou kunnen helpen, maar dat je dan de Wet BOPZ zou moeten overtreden. Als dat de situatie is, moet er iets met de Wet BOPZ gebeuren. Dat is duidelijk. Er zijn verschillende instrumenten die nu al gebruikt worden ten aanzien van deze categorie patiënten, waaronder het zelfbindingscontract. De heer Fermina heeft daarnaar gevraagd. Ik weet dat er in het evaluatierapport aan het zelfbindingscontract ruim aandacht zal worden besteed. Ik zal dan ook over het zelfbindingscontract mijn standpunt geven, maar ik wil daar nu nog niet op vooruitlopen.

De heer Fermina heeft problemen genoemd rond kinderen met autisme.

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Begrijp ik dat de minister van het onderwerp GGZ is afgestapt?

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal nog een antwoord geven op een vraag over de GGZ van de heer Fermina. Verder zal ik niet ingaan op de GGZ.

De heer **Middel** (PvdA): Wij hebben nadrukkelijk gevraagd of het niet noodzakelijk zou zijn om nog voor de zomervakantie hier een integraal debat te houden over de GGZ in de volle breedte en dus niet alleen over de BOPZ. Juist in de samenleving is het debat daarover nu gaande. Wij lijken een beetje achterop te komen, terwijl wij juist het voortouw behoren te nemen.

Minister **Borst-Eilers**: Dit is zeker niet als uitstelmanoeuvre bedoeld, integendeel. Maar er is sprake van twee adviesaanvragen aan de Raad voor de zorg. Ik heb één advies binnen. Ik weet niet de precieze titel daarvan. Ik meen dat het woord "thuis" in de titel zit. Dit advies gaat met name over de raakvlakken tussen de maatschappelijke opvang en begeleiding én de GGZ. Er is nog een advies in voorbereiding bij de RVZ. En dat gaat over de GGZ in bredere zin, bijvoorbeeld over de mogelijkheden om in de GGZ iets te doen met de compartimenten. Mevrouw Van Blerck heeft hiervoor een- en andermaal gepleit. Het is moeilijk om een visie te ontwikkelen en een Kamerdebat te voeren, als een dergelijk belangrijk advies niet gereed is. Daarom denk ik, eerlijk gezegd, dat dit debat pas net na de zomervakantie zal kunnen plaatsvinden.

De heer **Middel** (PvdA): Voorzitter! Komen wij dan niet in grote problemen? Ik wijs op de problematiek van de wachtlijsten bij de Riagg's. Die problematiek wordt steeds indringender. Hoe langer wij wachten met een discussie over de GGZ, hoe langer het duurt voordat er een oplossing komt. Ik vraag de minister dan ook om zich niet te veel te laten leiden door formele argumenten als het afwachten van adviezen. Zij moet ons en vooral zichzelf de gelegenheid geven om hier met een goed verhaal te komen waarmee wij aan de slag kunnen.

Minister **Borst-Eilers**: Laat ik u toezeggen dat ik, nadat ik het voor mijzelf goed op een rij heb gezet, in een brief zal aangeven hoe het tijdspad voor de ontwikkeling van een visie op de GGZ eruit zal zien.

## Borst-Eilers

Bijvoorbeeld over van de psychotherapie en de effectiviteit daarvan en over de taakverdeling tussen de verschillende beroepsgroepen op dat gebied, zal in januari door de beroepsgroep zelf een conferentie worden gehouden. Men heeft mij gezegd dat men daarna met mij verder wil praten over, laten wij zeggen, de knipaffaire.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Voorzitter! Ik heb bij de behandeling van het JOZ uitgebreid hierover gesproken. Ik ben mijn verhaal overigens begonnen met de vraag aan de minister hoe zij de verhouding tussen het JOZ en de begroting ziet. Immers, sommigen behandelen alles apart, anderen behandelen alles dubbel. Ik ondersteun het verhaal van de heer Middel over de GGZ. Ook ik vind dat het veel te lang duurt. Het is mooi om steeds af te wachten wat het veld ervan vindt, maar ik meen dat de verschillende partijen in deze Kamer ook daarover van gedachten moeten kunnen wisselen. Wij moeten het niet op de lange baan schuiven waardoor er in deze kabinetsperiode niets meer van een discussie daarover terecht dreigt te komen. Daar maak ik namens de VVD groot bezwaar tegen.

Minister **Borst-Eilers**: Dat heb ik heel goed gehoord. Ik heb het ook eerder van de heer Wolffensperger gehoord. Het is een moeilijk te ordenen terrein: voor buitenstaanders, maar ook voor "binnenstaanders". Als ik met de Vereniging voor psychiatrie spreek, zegt men dat er natuurlijk wel iets met indicatietelling en zelfs iets met protocolleren kan worden gedaan. Ik heb begrepen dat men er inmiddels volop mee bezig is, maar vergeleken met de somatische gezondheidszorg is het allemaal ontzettend veel later. Bovendien zie ik steeds weer discussies tussen psychiaters. Als uitersten noem ik de heer Höppener en de heer Van Dantzig, die heel heldere opvattingen hebben over de GGZ, die echter mijlenver uit elkaar liggen.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Dat vind ik een buitengewoon interessante discussie, die ik ook graag volg. Soms kunnen buitenstaanders er een heel heldere kijk op ontwikkelen en knopen doorhakken. Als het zo ver uiteenligt binnen het

veld, zal de uiteindelijk verantwoordelijke minister zich er toch zelf een mening over moeten vormen. Ik vind dat wij dat niet zo lang vooruit moeten schuiven.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik begrijp dat u in het voorjaar een discussie wilt hebben over de visie op de GGZ. U brengt het misschien ook in relatie met de taakstellingen 1998. Dat is toch ook een belangrijk punt. Het betekent dat je in het voorjaar iets moet vinden van de zaak. Nogmaals, ik stuur u een brief over een tijdpad waarin ook ruimte is om in het voorjaar om aan de hand van de dan beschikbare gegevens een debat te voeren.

De heer **Fermina** (D66): Voorzitter! Hoe belangrijk wij het ook vinden dat het zo nauwkeurig mogelijk op papier komt te staan, zijn wij van mening dat het niet te lang kan duren. Ik denk echter ook dat de werkers in het veld – de NVAGG heeft dat duidelijk gemaakt – bereid zijn om gauw hun mening kenbaar te maken na de discussie die in januari zal plaatsvinden. Het hoeft dan ook niet tot het midden van het jaar te duren; gaarne begin van het jaar.

Minister **Borst-Eilers**: Het is belangrijk dat zij op dat onderdeel in januari helderheid denken te krijgen.

Ik ga in op het punt van de heer Fermina over de kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik heb in de schriftelijke beantwoording op vraag 91 meegedeeld dat ik bij het opstellen van die visie ook de kinder- en jeugdpsychiatrie meeneem. Daarbij zal ook worden ingegaan op de relatie met het onderwerp regie in de jeugdzorg. De staatssecretaris is actief op dat terrein. In dat kader komt de opvoedingsondersteuning aan de orde.

Ik had de vraag van mevrouw Van Blerck over het JOZ en de begroting eigenlijk als uitsmijter gedacht, maar nu zij er zelf over begint, wil ik er nu iets over zeggen. Ik was heel blij dat zij die vraag stelde. Het zou naar mijn mening wel eens grote voordelen kunnen hebben om het JOZ en de begroting in één keer te behandelen. Dat wordt ook gedaan bij Sociale Zaken en Werkgelegenheid, waar de Sociale nota en de begroting in één keer aan de orde komen. Ik vind het wat vreemd dat u met mij in de loop van één dag in een notaoverleg spreekt over het

JOZ, over 60 mld. en over wat wij er allemaal mee doen, terwijl er meer dagen worden uitgetrokken voor de begroting, die voor mijn departement maar zo'n 12 mld. beslaat. Het zou ook de stukkenstroom wat minder verwarrend maken. Er is nu sprake van een soort oploop aan stukken voor de behandeling van het JOZ. Dan worden er toezeggingen gedaan en voor de behandeling van de begroting proberen wij u op dat punt te accommoderen. Dat krijgt u dan weer op het laatste moment. Je zou eigenlijk een keer een soort hoogtepunt moeten hebben. Je kunt het dan allemaal in samenhang met elkaar bespreken; dan hoeft je jezelf niet te herhalen. Maar uiteraard beslist de Kamer hierover.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Ik vind het een zeer interessante gedachte. Wij zullen er in een procedurevergadering in de commissie ongetwijfeld binnenkort op terugkomen.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Mevrouw Varma, mevrouw Nijpels en de heer Van Boxtel hebben vragen gesteld over het patiëntenfonds en met name over de extra groei van de middelen. Ik meen dat ik met mijn brief van 28 november jl. voldoende zekerheid heb gegeven over de structurele financiering van patiëntenorganisaties en ook over de oploop naar 30 mln. Hoe dat tijdpad precies zal zijn, hangt natuurlijk van de eerste ontwikkelingen af. In 1997 gaat het daadwerkelijk van start. Dan zal het bestuur van de stichting Patiëntenfonds duidelijk moeten maken hoe men ermee omgaat en hoe het geld wordt verdeeld. In de loop van 1997 zal ook duidelijk moeten worden hoe het ongeveer wordt besteed. Ik neem aan dat wij dat dan precies kunnen invullen voor 1998 bij de behandeling van de begroting 1998. Maar nogmaals, ik heb heel duidelijk het signaal afgegeven: structurele financiering en een oploop naar 30 mln. per jaar. Maar men moet het wel op een zinvolle wijze kunnen accommoderen, want het geld wordt gevonden door herschikkingen binnen het JOZ. Het komt dus ergens anders vandaan. Daarom moeten de argumenten goed zijn.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): In 1999 is duidelijk hoe het fonds eruit gaat zien. De

## Borst-Eilers

commotie ontstond over het juiste bedrag in 1997 en 1998. Is dan sprake van een verhoging?

Minister **Borst-Eilers**: In 1997 gaat het om 12 mln. en in 1998 om een bedrag van tussen de 12 mln. en 30 mln. Ik denk dat men in plaats van commotie te tonen, gewoon hard aan het werk moet om te laten zien dat het geld in 1997 goed wordt besteed, zodat een ophoging in 1998 verantwoord is. Ik hoop dat het nu wel duidelijk is.

De heer **Van Boxtel** (D66): De minister is nog niet ingegaan op mijn vraag of het waar is dat het onderzoeksprogramma van Zorgonderzoek Nederland inzake het patiënten-consumentenbeleid inderdaad begroot is op 0 mln. Dat verbaasde ons.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben vergeten dat na te kijken. Ik zal daar in tweede termijn op antwoorden.

De fysiotherapie is aan de orde gesteld door de heer Oudkerk, de heer Van Boxtel, mevrouw Doelman, mevrouw Varma en mevrouw Nijpels. Daarbij borduurden zij voort op hetgeen is gezegd tijdens het notaoverleg over het JOZ. Daarbij is een motie op dit punt ingediend waarop ik inmiddels schriftelijk heb gereageerd. In dit kader heeft men ook nog een aantal andere onderwerpen aan de orde gesteld, zoals het FEZ-rapport, het ZAO-model, de tarievenkwestie, de evaluatie 1996 in relatie tot de financiële ruimte en de aanpassing van de lijst. Ik zal daar nu kort op reageren.

Allereerst kom ik dan op de evaluatie van 1996 in relatie tot de vaststelling van de financiële ruimte. Ik heb inderdaad gezegd dat ik met betrekking tot de vermeende meeropbrengst in 1996 eerst de evaluatie over het gehele jaar wil afwachten alvorens uitspraken te doen over de aanwending. Ik wil het geld niet uitgeven voordat echt zeker is dat het er is. Dat betekent niet – dat misverstand beluisterde ik bij de heer Oudkerk en mevrouw Nijpels – dat wij dan in 1997 niets kunnen doen. Bij een gunstige uitkomst wil ik nog in 1997 beslissingen nemen over de besteding van de meeropbrengst. Dan komt als eerste het terugploegen in de sector zelf aan de orde, want wij hebben natuurlijk ook altijd andere belangrijke knelpunten in de zorg. Als wij meer zicht hebben

op de inkomens, die niet alleen in het eerste en tweede maar ook in het derde compartiment worden verdiend, is het ook mogelijk om nog iets aan de tarieven te doen. Zulke zaken kunnen ook altijd met terugwerkende kracht gebeuren. Dat is dus geen onoverkomelijk probleem. Maar nogmaals wijs ik erop dat ik eerst graag absolute duidelijkheid over 1996 heb.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat begrijp ik. Ik ben bereid om met de collega's te overleggen of dat aanleiding is om de motie eventueel aan te houden totdat de cijfers over 1996 op tafel liggen. Waar ik mee zit, is dat er nu al COTG-richtlijnen komen over het tarievenbeleid. Wat betreft het volgend jaar, wordt gesproken van het niet verhogen van de tarieven maar het wel verlengen van de zittingsduur. Ik vind dat contraproductief voor het kwaliteitsbeleid. Als de meeropbrengst er is, dan hoop ik inderdaad dat de tarieven worden verhoogd, ook in relatie tot andere paramedische groepen. Daar zit immers gewoon een pijnpunt. Dat heeft niets te maken met wat men er in het derde compartiment eventueel bijverdient.

Minister **Borst-Eilers**: Wetende dat Nederlanders graag en ruim gebruikmaken van fysiotherapie en dat het aantal fysiotherapeuten het afgelopen decennium fors is gestegen, hebben wij ons bij het beperken van het pakket goed gerealiseerd dat een groot deel van de fysiotherapie daarmee in het derde compartiment terecht kwam. Daar hoort dan ook inkomen bij. Het gaat mij wat ver om dat nu als bijverdienste helemaal buitenspel te zetten.

De heer **Van Boxtel** (D66): Dat deel ik. Ik sta ook nog steeds achter het idee dat wij daar een explosie hebben gehad en dat het dus wat terug kon. In het kader van de Ziekenfondswet worden de tarieven evenwel berekend in het tweede compartiment. Deze tarieven zijn tien jaar bevroren geweest en zijn de facto dus achteruitgegaan. Er blijft op dit punt dan ook sprake van een inspanningsverplichting. Dat is denk ik de consequentie van het beleid.

Minister **Borst-Eilers**: Bij de mogelijkheden die er zijn om in 1997

zo nodig nog te repareren, heb ik dit punt al genoemd.

De heer Oudkerk refereerde aan het advies van de RVZ. In augustus is geadviseerd over de plaats die fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck in de toekomst zouden moeten innemen in het zorgstelsel. De raad is ook ingegaan op de vormgeving qua inhoud en omvang van de aanspraken. Ik zal mijn standpunt over dit advies meedelen in de brief die de Kamer begin volgend jaar, direct na het kerstreces, zal ontvangen. Ik kan nu al meedelen dat de inhoudelijke punten die de raad aangeeft, namelijk het beperken van de aanspraken baseren op noodzakelijke zorg en niet zozeer op aandoeningen, mij op zich aanspreken. Als die punten goed te instrumenteren zijn, is dat een goede zaak. De werkgroep fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck zal dit advies betrekken bij een stuk dat zij aan het maken is onder de titel "Toekomstvisie", welk stuk zij mij voor het eind van het jaar aan zal bieden, waarna ik het nog net mee kan nemen in mijn document.

De heer Oudkerk pleitte een aantal weken geleden in de media, en ook gisteren in zijn eerste termijn weer voor afschaffing van de beperkende maatregel, en voor het in de plaats daarvan landelijk invoeren van een experiment, zoals in Amsterdam door ZAO wordt uitgevoerd. Dit is een experiment dat wordt begeleid door de Ziekenfondsraad. Het is een dienstenmodel, waarbij naast de aandoening ook de patiëntkenmerken bepalend zijn voor het aantal benodigde behandelingen. Een heel mooie randvoorwaarde bij dat experiment is dat de opgelegde financiële taakstelling gehaald wordt. De Ziekenfondsraad neemt de uitkomsten van dit experiment mee in haar evaluatie van de beperkende maatregel in de Ziekenfondswet. Dit kan allemaal leiden tot een uiteindelijk nieuw model.

Dit zijn allemaal toekomstverhalen, maar voor de korte termijn zijn natuurlijk de lijst, en de beoordelingscommissie daarvan, belangrijk. Dit is een commissie die de Ziekenfondsraad op mijn verzoek heeft ingesteld, om te kijken welke fouten kleven aan die lijst aandoeningen langdurige fysiotherapie-oefentherapie. Het is duidelijk dat zo'n lijst nooit perfect is. Ik heb gevraagd met voorrang te kijken

## Borst-Eilers

naar en mij te adviseren over een aantal aandoeningen, zoals incontinentieklachten, morbus caler en andere vormen van botontkalking, artrosen en whiplash. Eind oktober is een eerste deeladvies uitgebracht, en twee weken geleden kwam het tweede deeladvies, en deze twee deeladvies worden op dit ogenblik op mijn departement in samenhang bekeken; ik krijg binnenkort nog een derde deeladvies. Dit alles kan net leiden tot een aanpassing van de lijst, op grond van de gesignaleerde tekortkomingen, per 1 januari 1997. Dit moet uiteraard vergezeld gaan van goede voorlichting aan het veld. De Ziekenfondsraad wordt daarin zoals bekend technisch steeds beter.

Ik heb goedkeuring verleend aan een richtlijn van het COTG die de convergentie van de tarieven per 1 januari 1997 regelt. In de particuliere sector gaat men nu dus ook van het verrichtingsstelsel over op het zittingensysteem, zoals dat al in de Ziekenfondswet gebruikelijk is. Tevens is hiermee de degressie van de tarieven in de Ziekenfondswet afgeschaft.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dank voor de completering van die lijst. U sprak over het Amsterdamse model, wat volgens u toekomstmuziek is. In dit huis kan ik zeggen dat ik in mijn hoedanigheid van huisarts al een paar maanden werk met dat model. Het interessante daarvan is – u heeft dat ook al gezegd – dat het inderdaad binnen een bepaald macrobudget moet blijven, en naar mijn mening ook blijft. Is het niet mogelijk om tussentijds met de zorgverzekeraar ter plaatse te evalueren of dat over het laatste halfjaar zo geweest is? Daarmee krijgen we namelijk in ieder geval een indicatie dat de veranderde systematiek budgettair neutraal – vreselijke term! – kan geschieden, waardoor het niet alleen zorginhoudelijk, maar ook budgettair geen problemen oplevert, en voor de patiënt beter is.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben bereid snel contact op te nemen met de ZAO om te kijken of zij daarover informatie kan verschaffen.

Mevrouw Varma heeft bepleit dat bij de fysiotherapie de rol van de huisarts groter wordt. Zij vindt dat wanneer de huisarts in overleg met de fysiotherapeut behandeling noodzakelijk acht, vergoeding het logische gevolg daarvan zou moeten

zijn. Als de huisarts dan kiest voor nog eens negen behandelingen, zouden die naar de mening van mevrouw Varma ook vergoed moeten worden. In reactie hierop verwijs ik naar de evaluatie die ik zo-even besproken heb.

De heren Oudkerk, Van Boxtel en Marijnissen en mevrouw Varma en mevrouw Nijpels hebben gevraagd om het kunstgebit onder bepaalde condities terug te brengen in het ziekenfondspakket. Ik heb de Kamer gisteren nog informatie toegestuurd over de laatste stand van zaken met betrekking tot de manier waarop de ziekenfondsen op mijn verzoek hebben gereageerd om het kunstgebit in een goedkope aanvullende basisverzekering onder te brengen. Het overzicht is overigens nog niet volledig. De gegevens van een aantal ziekenfondsen moeten nog binnenkomen. Na ommekomst zal ik de Kamer de desbetreffende informatie toesturen. Uit het overzicht blijkt dat een aantal ziekenfondsen precies gedaan heeft wat eigenlijk onze bedoeling was, namelijk het verstreken van een behoorlijke vergoeding voor de gebitsprothese tegen een geringe en zelfs in een geval geen premieverhoging. Bij de overige ziekenfondsen is een verzekering aangeboden met een forse vergoeding, waarbij veelal de premie in de buurt komt van de f 20. Gelet op het pakket dat geboden wordt in het kader van de aanvullende verzekering, is strikt genomen het maximum overigens f 13. Het terugbrengen van de gebitsprothese op de oude wijze zou in enkele gevallen wat betreft het vergoedingsbedrag zelfs een verslechtering inhouden.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik wil de minister toch onderbreken waar zij zegt dat het in sommige gevallen een verslechtering inhoudt. Dat geldt echt in uitzonderlijke gevallen, daar waar iemand bereid is een heel dure aanvullende verzekering af te sluiten. Als je je voor f 17,75 per maand bijverzekert, hetgeen een hoge premie is, krijg je bijvoorbeeld f 1000 terug van de f 1400. Uitgaande van een premie van f 5 of f 6 krijg je slechts f 500 terug.

Minister **Borst-Eilers**: Er zijn ook nog enkele tussenvormen te bedenken, maar ik wil er verder niet met u over strijden. U leest voor uit mijn cijfers, dus dat moet kloppen.

Ik meen dat verlaging van het clustertarief, zoals de heer Oudkerk voorstelt, geen adequate dekking is. De tarieven zijn door het COTG vastgesteld op basis van een goede afweging van de prestatie en de daarvoor te ontvangen vergoeding. Ik vind het dan ook niet terecht het clustertarief te verlagen, nog even los van het aspect van het creatief declareren. Wat dat laatste betreft merk ik nog het volgende op. De Ziekenfondsraad heeft op 28 november het rapport terzake besproken. Deze heeft besloten dat rapport terug te sturen naar de commissie verstrekkingen met het verzoek om een aanvullende rapportage, met name gericht op wat de verzekeraars en de beroepsgroep van tandartsen samen zouden kunnen ondernemen om aan het onterecht declareren een eind te maken. De raad zegt namelijk dat hij het gewenst vindt dat de koepelorganisaties hierbij hun verantwoordelijkheid nemen. Indien dat enigszins mogelijk is, zal de raad nog samen met de verzekeraars onderzoek doen om de problemen nog wat beter te kunnen kwantificeren. Ik denk dat ik op dit punt toch maar eventjes afwacht wat de Ziekenfondsraad mij daarover definitief laat weten. Dat rapport zal begin volgend jaar verschijnen. Dat zie ik met heel veel belangstelling tegemoet, want ik deel de grote zorg van de Kamer over het feit dat men zich zo gedraagt. Het is dan ook onzeker of je, als je dat mede in rekening brengt, enige dekking kunt vinden voor het terugbrengen in het verzekeringspakket.

Ik vat het samen. Wat vindt het kabinet daar op dit moment van? In de eerste plaats constateren wij dat enkele grote ziekenfondsen precies aanbieden wat wij hoopten. In de tweede plaats merk ik op dat men tegenwoordig per jaar van ziekenfonds kan veranderen. Dat biedt voor 1 januari 1997 geen enkel soelaas meer, maar men kan besluiten per 1 januari 1998 over te stappen naar een ziekenfonds dat zich op dit punt echt een maatschappelijk verzekeraar heeft betoond.

Een ander punt van overweging is dat het terugbrengen in het pakket geld kost. Aanvankelijk is over hoge bedragen gesproken. Nu is door de heer Oudkerk en de heer Van Boxtel voorgesteld om een en ander te beperken tot ouderen en bovendien tot de eerste en volgende vervan-

## Borst-Eilers

gende protheses. Als ik het mij goed herinner, werd bij de behandeling van het JOZ over 55 mln. gesproken. Gisteren hoorde ik een hoger bedrag. Het gaat hierbij wel om collectief geld dat wij gaan besteden om een probleem op te lossen voor een heleboel mensen, terwijl een deel van die mensen dat niet als een probleem ervaart. Je geeft dus meer geld uit dan strikt nodig zou zijn als je het probleem heel specifiek zou kunnen oplossen. Bovendien kun je dat geld dan niet aan iets anders besteden. Wij kunnen er wel voor pleiten bij de Voorjaarsnota te beslissen om dat aan de middelen voor 1997 toe te voegen, maar het is bekend dat er nog meer op de verlanglijst staat. Gisteren hebben wij een heleboel problemen van de staatssecretaris de revue laten passeren en wij hebben ook nog de wachtlijstproblematiek. Het wordt dan wel dringen bij de Voorjaarsnota. Het is dan op voorhand uitgesloten dat alles voor elkaar komt.

Het kabinet maakt op dit moment voor zichzelf dan ook nog steeds de afweging dat wij in het licht van dat alles nog een jaar op de bestaande voet willen doorgaan, met dankbare gebruikmaking van hetgeen de ziekenfondsen nu aanbieden. Ik wacht met veel belangstelling af hoe de Kamer op deze conclusie van het kabinet reageert.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Stel dat wij de oplossing van de minister aanhouden. Kan zij dan precies vertellen hoe zij garandeert dat er een absolute acceptatieplicht komt voor de verzekeraars die dat aanbieden? Daarbij let ik nog niet op het bedrag dat daarbij aan de orde is. En dan wil ik ook van haar horen welke garantie de overheid inbouwt als die verzekeraars tussentijds de premie van het aanvullend pakket, waaronder deze voorziening dan valt, met 30% verhoogt. Dat bleek in september jongstleden bijvoorbeeld bij Anova. Bij mijn weten kan de minister aan beide zaken vanuit haar departement helemaal niks doen. Met andere woorden: de minister geeft een schijngarantie.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Oudkerk wil dus de garantie voor een vangnet?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mensen kunnen in financiële moeilijkheden

komen omdat zij het kunstgebit moeten vervangen of zien er gewoon van af en beginnen er helemaal niet aan. Ik constateer dat de oplossing van het kabinet niet de garantie biedt dat dit niet gebeurt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal horen wat de heer Oudkerk hierover nog in tweede termijn zegt en daar dan op terugkomen.

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (groep-Nijpels): De minister zei niet dat mensen die dat probleem niet hebben, toch mee moeten betalen als deze voorziening teruggaat naar het ziekenfondspakket.

Minister **Borst-Eilers**: Nee.

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (groep-Nijpels): Dat is een onzinargument. Er zijn natuurlijk talloze mensen die premie betalen en nooit ziek zijn en dus meebetalen voor de anderen. Dat geldt zeker voor het ziekenfonds. Als een werknemer een inkomen beneden een bepaalde grens heeft, is hij daartoe immers verplicht. Naar ik meen, is dat toch niet zo'n heel erg steekhoudend argument.

Verder zegt de minister dat mensen vanaf 1 januari 1997 kunnen besluiten van ziekenfonds te veranderen. Als zij dat willen, kunnen zij per 1 januari 1998 overgaan naar een ziekenfonds dat in hun ogen goedkoper of beter is. Het gaat hierbij echter om een categorie mensen die nauwelijks weet welk ziekenfonds goedkoper, beter of anders is. Daar wordt helemaal geen voorlichting over gegeven.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben het wat het laatste punt betreft met u eens dat het allemaal veel beter zou moeten. Wij zijn op weg naar een samenleving waarin naar wij hopen de consumenten op wat voor manier dan ook goed geïnformeerd zijn over wat instellingen en verzekeraars te bieden hebben. Misschien kan mijn patiëntenfonds daaraan bijdragen. Het heeft weinig zin om de mogelijkheid bieden dat ziekenfondsverzekerden snel van verzekeraar wisselen en onderwijl op te merken dat men toch nooit van ziekenfonds wisselt. Dan hadden wij het helemaal niet hoeven te doen.

Wat het eerste punt betreft ben ik het helemaal met u eens dat het hele verzekeringssysteem drijft op het feit

dat mensen allemaal premie betalen, terwijl maar een deel een beroep doet. Dat bedoelde ik ook niet. Als wij genoeg nemen met wat er nu aan aanvullende verzekeringen wordt aangeboden, blijft het buiten de collectieve portemonnee. Anders moet er weer een bedrag van 55 mln. worden toegevoegd aan het collectief uitgavenkader, of zelfs 60 mln. à 75 mln., zoals ik gisteren hoorde.

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (groep-Nijpels): Is de premie ook omlaaggegaan, toen de tandheelkundige zorg eruit ging?

Minister **Borst-Eilers**: Ja, die is omlaaggegaan.

De heer **Van Boxtel** (D66): Met vijf tientjes.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, dat herinner ik mij ook.

Mevrouw **Doelman-Pel** (CDA): Ik begrijp dat de minister eventueel toch wil nadenken of de gebitsprothese al of niet in het ziekenfonds terug moet komen. Dan zou de principiële vraag beantwoord moeten worden of diegenen die in de bijstand zitten, van wie wij weten dat zij jarenlang op de armoedegrens leven, en die vaak niet verzekerd zijn, een beroep kunnen doen op een extra vergoeding als zij plotseling op hoge kosten komen voor hun gebit.

Minister **Borst-Eilers**: U kent de regels van het ministerie van sociale zaken en de mogelijkheden om een beroep te doen op de bijstand. Daarvoor moet men gebruik hebben gemaakt van de voorliggende voorziening. Men zou dat basisaanvullingsfonds erbij moeten nemen. Daarvan wordt door een heel hoog percentage van de verzekerden gebruikgemaakt. Bij CZ was dat zelfs 95% van de verzekerden. Als zij in het geschetste voorbeeld nog honderden guldens tekortkomen als het moment daar is, dan kunnen zij met succes een beroep doen op de bijstand. Als zij geen enkele aanvullende verzekering hebben gesloten, dan niet. Dat zijn de regels. Daarover moet u eigenlijk met collega Melkert debatteren.

Mevrouw **Doelman-Pel** (CDA): Die ken ik wel, maar het gaat om de principiële vraag of je de ene groep

## Borst-Eilers

wel helpt en de andere groep niet. Daar moet men wel antwoord op geven. U zei zelf: er zijn waarschijnlijk mensen die erin terechtkomen, die er helemaal niet in terecht hoeven te komen. Dat geldt voor deze groep ook. Het gaat mij om gelijke behandeling van bepaalde groepen, als je bepaalde voorzieningen weer in het ziekenfonds terugbrengt.

Minister **Borst-Eilers**: Dan komt u in de buurt van het voorstel van het ZAO. Dat zoekt het niet in de sfeer van een aanvullende basisverzekering met heel lage premie, maar in de sfeer van het sparen. Dan gaat men als het ware bij de verzekeraar sparen voor een gebitsprothese. Daarvoor moet men iedere maand contant geld afdragen.

Mevrouw **Doelman-Pel** (CDA): Wij hebben in de bijstandswet de mogelijkheid dat mensen op grond van persoonlijke omstandigheden toch bijzondere bijstand krijgen, ook al zijn er voorliggende voorzieningen. De vraag is waarom je tegen de ene groep zegt dat zij niet naar de bijzondere bijstand moet en tegen de andere dat zij wel naar de bijzondere bijstand moet. Dat is de principiële vraag.

Minister **Borst-Eilers**: Welke groepen heb ik in uw visie naar de bijzondere bijstand verwezen?

Mevrouw **Doelman-Pel** (CDA): U zei dat u het voorlopig wilt laten zoals het is. U wilt de gebitsprothese er niet in terugbrengen, want u ziet dat er bij wijze van spreken goede premies worden aangeboden. U zegt: laat het zo maar, ik zal volgend jaar kijken of het eventueel toch terug moet. Als u daarnaar kijkt, moet u ook kijken of er niet andere groepen zijn waarvoor dat ook geldt.

Minister **Borst-Eilers**: Als de verzekerden met de voeten stemmen, denk ik dat iedereen per 1 januari 1998 goed verzekerd zou kunnen zijn. Als verzekeraars het geweld van die stemmende voeten horen aankomen, denk ik dat zij merendeels over zullen gaan tot een nieuw premieaanbod. De verwachting is dus dat het op die manier zal gaan werken, maar dat zal natuurlijk pas blijken in de loop van het volgend jaar.

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Ik ben het niet met de minister eens. Ik heb een vraag gesteld over die principiële kwestie en ook de FNV heeft daarop gewezen. De FNV heeft aangegeven dat juist van de door mevrouw Doelman-Pel genoemde groepen, die van een minimuminkomen leven, 43% niet meer naar de tandarts gaat. De minister heeft die vraag nog niet beantwoord, maar als dat zo is, hebben wij in de toekomst toch weer een groot gezondheidsprobleem op dat punt? Dat kunnen wij toch niet zomaar laten liggen?

Minister **Borst-Eilers**: Men kan als ziekenfondsverzekerde tweemaal per jaar gratis – laat ik het zo maar noemen – naar de tandarts. Als mensen dan zeggen dat zij nooit naar de tandarts gaan, houdt alles natuurlijk op.

De heer **Marijnissen** (SP): Zo makkelijk komt de minister niet weg, want iedereen begrijpt natuurlijk dat je, als je je tanden laat controleren, op z'n minst het risico loopt dat er vervolgens iets moet gebeuren. Als je dat zelf moet betalen, zijn de mensen wel zó slim dat zij denken: ik heb nu even geen behoefte aan de slechte boodschap dat ik een gaatje heb. Laten wij wel wezen en gewoon vaststellen dat in deze hele discussie over de protheses en de tandarts het grote meningsverschil cumuleert: welke richting willen wij uit met de gezondheidszorg in ons land? In die zin is dit langzamerhand een principiële zaak aan het worden. Laat ik mij beperken tot twee vragen.

De **voorzitter**: Eén vraag is eigenlijk wel genoeg, maar goed.

De heer **Marijnissen** (SP): Indien mensen inderdaad met hun voeten hun mening gaan geven – met andere woorden: indien zij allemaal naar de ziekenfondsen gaan die met acceptabele regelingen komen – is het de vraag of die ziekenfondsen er op de lange termijn zo blij mee zullen zijn dat zij al die slechte risico's tegelijkertijd krijgen.

Mijn tweede vraag: wil deze minister echt toe naar een ook in eerste termijn reeds door mij geschetste samenleving waarin de burgers onzinnig hun tijd moeten besteden om te bepalen welk ziekenfonds zij nu weer zullen kiezen en waarin consultants mensen zullen

adviseren waar zij zich moeten verzekeren, terwijl wij het over een basisvoorziening hebben?

Met andere woorden: alles op een rij zettend, alle rapporten overziend en alle evaluaties bekeken hebbend, moeten wij nu na een halfjaar zo langzamerhand toch kunnen zeggen dat de gebitsprothese gewoon terug moet in het ziekenfonds?

De **voorzitter**: Uw vragen zijn duidelijk. Het waren er overigens vier.

Minister **Borst-Eilers**: Als u dan maar weet, mijnheer Marijnissen, dat wij daarmee weer een bedrag aan de collectieve uitgaven zouden toevoegen waarmee wij dan niet iets anders kunnen doen. Ik heb al gezegd dat ik heel benieuwd ben naar de afweging die de Kamer uiteindelijk zal maken.

De heer **Marijnissen** (SP): Ik denk dat wij echt moeten stoppen met het pingpongen. Wij zijn met betrekking tot de gebitsprotheses al een halfjaar bezig met pingpongen tussen de bewindslieden en de Kamer. Ik denk dat wij nu op een moment zijn aangekomen waarop wij hier allemaal moeten zeggen wat wij eigenlijk precies willen. Als uw voorkeur op puur inhoudelijke gronden uitgaat naar het terugbrengen van de protheses in het ziekenfonds, dan is dat een duidelijk signaal aan het adres van de Kamer. Ik zal u verzekerden dat ik er alles aan zal doen om te proberen om in de Kamer een meerderheid voor dat standpunt te krijgen, zodat er middelen zijn en zodat dat inderdaad kan gebeuren.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zie de rolverdeling anders. Het kabinet heeft een afweging gemaakt en de Kamer heeft uiteindelijk het laatste woord bij de behandeling van de Ziekenfondswet. Als de Kamer een andere afweging maakt, horen wij dat van de Kamer, maar wij hebben – wel met pijn in het hart – uiteindelijk deze afweging gemaakt. Wij zien de bui alweer hangen in het voorjaar van 1997. Wij zien zoveel knelpunten in de zorg waaraan misschien iets extra's gedaan moet worden, dat wij vinden dat wij dit op deze manier in 1997 toch nog een kans moeten geven. Het is echter uw volste recht om een andere afweging te maken, maar ik kom niet terug op de

## Borst-Eilers

afweging van het kabinet. Daar heb ik helemaal geen mandaat voor, maar ik heb daar op dit moment ook geen behoefte aan. Ik geef toe dat het een probleem is. Daar hebben wij het al zo vaak over gehad en als wij het allemaal over konden doen, hadden wij die maatregel indertijd misschien op een andere manier genomen. U zegt dat wij die maatregel dan moeten corrigeren en dat wij niet zo moeilijk moeten doen, maar als je moet corrigeren, heb je wel een reeks van problemen voor je neus liggen.

De heer **Marijnissen** (SP): Het belangrijkste probleem is datgene waar ik gisteren met de heer Van Boxtel een kleine aanvaring over had: elke keer wanneer wij op inhoudelijke gronden concluderen dat er een aanpassing van het beleid moet komen – dat is bij de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en ook nu weer het geval – lopen wij tegen het probleem aan dat er gewoon te weinig middelen zijn. De minister zegt terecht dat wij dit nu wel voor de tandzorg kunnen doen, maar dat wij later ook nog moeten spreken over de gehandicaptenzorg, de privacy in de verpleeginstellingen enzovoort. Kunnen wij dan hier alsjeblijft de feiten gewoon eens onder ogen zien? Mag het dan zo zijn dat als ik daar commentaar op lever, de coalitiepartijen niet uit de bank komen om te zeggen dat dit kabinet in voldoende mate de feiten van het leven erkent? Het is van tweeën één, óf men erkent dat het echt grote problemen zijn en men doet er iets aan óf men erkent dat het grote problemen zijn en men doet er vervolgens niets aan. Dan is de boodschap tenminste helder. Wij kunnen echter niet met de gebitsprothese een halfjaar blijven pingpongen tussen de Kamer en het kabinet om vervolgens te concluderen dat de situatie in 1997 hetzelfde blijft als in 1996.

Minister **Borst-Eilers**: Ik beschouw dit als een constatering. Ik heb er immers geen invloed op of Kamerleden al dan niet uit de bankjes komen.

De **voorzitter**: Als ik de persberichten bekijk, is het onderwerp van de kunstgebitten het hoogtepunt van deze begrotingsbehandeling. Wij kunnen er nog wel even mee doorgaan. De minister moet nog wel

een aantal andere onderwerpen aan de orde stellen.

De heer **Verkerk** (AOV): De minister spreekt over pijn aan het hart. Ik hoor haar echter veel te weinig over de gevolgen op langere termijn bij het buiten het fonds blijven van de gebitsprothese. De minister weet toch wel dat het gebit de eerste ingang is naar de spijsvertering? De minister weet toch ook dat er op den duur veel meer ziektekosten gemaakt worden als mensen geen gezond gebit hebben? De minister weet toch dat het hier om ettelijke duizenden en tienduizenden mensen gaat? Dat drukt op den duur toch op het gezondheidsbudget? Ik hoor de minister daar echter niet over.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Verkerk spreekt over de situatie dat de gebitten buiten het pakket blijven. Daarover hebben wij nu juist een andere inschatting. Als de gebitten "uit de mond" blijven door het kabinetsbeleid, komt er inderdaad een situatie zoals de heer Verkerk die schetst. Ook wij vinden dat de gebitsprothese toegankelijk moet zijn. Het verschil van mening gaat over de vraag of er voldoende op te vertrouwen is dat het gebit per 1 januari 1997 financieel toegankelijk is, ook rekening houdend met de mogelijkheden die de bijstand biedt. Daar hebben wij dus een verschil van mening over en niet over het feit of een functionerend gebit belangrijk is voor de gezondheid. Dat laatste beaam ik ten volle.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Inhoudelijk is er dus eigenlijk geen verschil van mening tussen kabinet en grote delen van de Kamer. Dan komt het dus neer op wat de heer Marijnissen heeft gezegd en wel de poen. De minister heeft gezegd dat zij bij de Voorjaarsnota de bui al ziet hangen. Ik vind dat de minister wat gemakkelijker over de dekking heen stapt die ik heb aangegeven. De Ziekenfondsraad zegt op dit moment dat er in hun woorden "onmiskkenbare aanwijzingen" zijn dat er creatief wordt gedeclareerd. Dat wordt buiten deze Kamer ook wel eens gewoon fraude genoemd. Tandartsen krijgen voor tandsteen- en tandvleesbehandelingen enerzijds betaald binnen het pakket en anderzijds binnen het aanvullend pakket. Stel nu dat het rapport van de Ziekenfondsraad uitwijst dat het inderdaad

zo is en dat het probleem kwantitatief redelijk groot is, dan heeft de minister toch grond om het clustertarief met een paar guldens te verlagen om op die manier haar financieringsprobleem enigszins weg te vlakken? Daarnaast is qua harmonisatie van de tarieven tussen Ziekenfonds en particulieren het tarief wel erg veel richting particulieren opgeschoven. Met andere woorden, ik geef behalve mijn inhoudelijke wens om de gebitten weer in het pakket op te nemen ook een redelijke vorm van dekking aan. Ik vind dat de minister daar iets te gemakkelijk overheen stapt. Ik wijs daarbij ook naar het tijdstip van behandeling van de Voorjaarsnota. Dan zal de Ziekenfondsraad hopelijk met een definitief rapport zijn gekomen.

Minister **Borst-Eilers**: Zeker. Als blijkt dat men dubbel declareert, ben ik heel graag bereid om de opbrengsten in te zetten voor welk knelpunt in de gezondheidszorg dan ook. Daar wil ik verder niet luchthartig over doen. Ik zeg nog wel iets over het verlagen van het clustertarief. Dat treft immers alle tandartsen. Ik ken zelf enkele tandartsen die in grote steden werken en die voor dat clustertarief niet dubbel declareren, maar wel dubbel werk doen. Ik verwijs dan naar de situatie die de heer Marijnissen schetst. Mensen komen trouw ieder halfjaar op controle en als er dan een gaatje of twee is, vult de tandarts dat even en praat er verder niet over. Zulke tandartsen zijn er dus ook en die worden gestraft als wij het tarief afromen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Sterker nog, ik denk dat de meeste tandartsen niet creatief declareren. Een groot gedeelte van de beroepsgroep moet in dit geval lijden onder een paar die het wel doen. Dat is het vervelende. Wij kunnen hier alleen maar generieke maatregelen nemen en niet per tandarts bekijken of het clustertarief verlaagd moet worden. Toch geef ik de minister nog eens in overweging om de beroepsgroep hierop aan te spreken, ook al moeten de goeden dan onder de kwaden lijden. Misschien helpt dat om die kwaden enigszins uit de beroepsgroep te weren bij dit soort gedrag.

Minister **Borst-Eilers**: De Ziekenfondsraad duikt hierin en zal met iets



## Borst-Eilers

boven water komen. Dat de beroepsgroep bij mij op bezoek komt, staat als een paal boven water.

Mijnheer de voorzitter! Het laatste onderwerp, voordat ik nog enige restpunten zal behandelen, is de uitvoering van de eigenbijdrage-regeling. Mevrouw Doelman, mevrouw Varma en de heer Van Boxtel hebben daar vragen over gesteld. Ik wil op de hartenkreten over de eigenbijdrage-regeling als zodanig nu eigenlijk niet meer ingaan, omdat wij daar al zo vaak met elkaar over gediscussieerd hebben.

Het gaat in de eerste plaats om administratieve fouten en de positie van de patiënt daarbij. Het is natuurlijk een taak van de ziekenfondsen om te controleren of de aanbieders de juiste declaraties indienen. Ik heb geen reden om te veronderstellen dat die controle ontoereikend zou zijn. De ziekenfondsen kunnen uit doelmatigheids-overwegingen volstaan met eenmaal per kwartaal aan de verzekerden bericht te zenden over de betaalde eigen bijdragen, maar verzekeraars die dat willen, kunnen het ook vaker doen.

De heer Van Boxtel heeft gevraagd of het mogelijk is om een beperkte steekproef te laten nemen bij de ziekenfondsen en om via schaduw-draaien bij het Centraal administratiekantoor onderzoek te doen naar een inkomensafhankelijk maximum. De ziekenfondsen innen de eigen bijdragen die verzekerden op grond van de regeling verschuldigd zijn, en het Centraal administratiekantoor speelt daar nu geen rol in. Ik kan mij dan ook niet goed voorstellen hoe het zou kunnen schaduwdraaien; dat zou via een aparte inschakeling moeten.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! In mijn ogen kan dat heel makkelijk. Wij hebben nu al twee rapporten gehad van een verificatiebureau, waarin aangetoond is dat inkomensafhankelijke eigen bijdragen via het CAK zouden kunnen lopen. Onderzocht zijn daarin dus de aanlevering van gegevens van ziekenfondsen en de potentiële mogelijkheid van het CAK om daar iets mee te doen. Nu wij het toch al in het kader van de AWBZ gaan doen, wat is er dan op tegen om het gewoon ook voor het ziekenfonds te doen? Als wij in het komende jaar toch niet de overstap kunnen maken,

maar misschien wel in 1998, en dan misschien voor beide sectoren tegelijk, hebben wij de feitelijke gegevens op de plank liggen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal mij er nog eens in verdiepen en u er schriftelijk over rapporteren.

De heer Van Boxtel heeft ook gesproken over de anticonceptiva en de eigenbijdrage-regeling. Hij vroeg of het mogelijk is die eigen bijdragen buiten de administratie van de regeling te houden. Het is natuurlijk zo dat de eigen bijdrage geldt voor de hoofdverzekerde en de medeverzekerden. Je kunt binnen dat systeem dus niet bepaalde geneesmiddelen, zoals de pil, buiten het eigenbijdragesysteem houden. Het wordt gewoon meegenomen in het overzicht van de stand van zaken.

De enige manier om het anders te regelen, zou zijn om een heel andere systematiek te hanteren, bijvoorbeeld met een afzonderlijk maximum voor de hoofdverzekerde en de medeverzekerden. En verder, als de medeverzekerde contant afreken, komt dat niet in het systeem terecht. Maar de heer Van Boxtel zal misschien zeggen dat dit wel een heel makkelijke oplossing is.

Ik heb mij hier ook wel eens vragen over gesteld en ik heb geïnformeerd bij de IZA-mensen, zal ik maar zeggen. Het viel mij toen op dat bij al die gemeente- en provincie-ambtenaren dit nooit tot klachten of andere problemen heeft geleid. Daar geldt natuurlijk ook dat de hoofdverzekerde precies weet wat de rest van het gezin allemaal gebruikt.

De heer **Van Boxtel** (D66): Het gaat mij niet om de andere vormen die u aandraagt, maar bijvoorbeeld om een afspraak met de Rutgersstichting. De afspraak zou gemaakt kunnen worden dat als vrouwen zich tot die stichting wenden, zij daar ook de eigen bijdrage voldoen, of bij de apotheek waar de Rutgersstichting zaken mee doet. Op die manier zou het buiten de administratie kunnen blijven en zou de privacy enigszins gewaarborgd worden. Ik heb begrepen dat de Rutgersstichting bereid is om over dat model mee te denken. Daar was mijn verzoek op gericht.

Minister **Borst-Eilers**: Wij zullen er eens met de Rutgersstichting over praten. Misschien kunnen wij van hen dan ook horen hoe groot het

probleem in feite is, want, nogmaals, er is een grote groep verzekerden die niet klaagt over privacyschending, terwijl zich daaronder toch ook mensen uit de categorie allochtonen bevinden, en anderen die opvattingen hebben waar het niet in past dat jonge meisjes de pil gebruiken.

De heer Marijnissen heeft nog gevraagd naar de voorstellen van de werkgroep cumulatieve effecten van eigen bijdragen. Ik denk dat hij doelt op het project harmonisatie inkomensafhankelijke regelingen in het kader van de armoedenota. Die werkgroep wordt getrokken door de collega's van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Minister Melkert en de heer De Grave verwachten de rapportage over die cumulatie van eigen bijdragen in het begin van 1997. Bedoelde u dat?

De heer **Marijnissen** (SP): Dat bedoelde ik. In de motie die ik heb ingediend bij de behandeling van het Jaaroverzicht zorg, staat dat ik vind dat wij eerst maar eens over de cumulatie moeten spreken vooraleer een eigen bijdrage im Frage kan zijn; los van alle principiële bezwaren die ik ertegen heb. Die motie blijft natuurlijk op tafel liggen.

Minister **Borst-Eilers**: Dank u wel.

Voorzitter! Ik kom te spreken over de subsidie aan de stichting Tjanduten behoeve van verslavingszorg voor de Molukse gemeenschap. Het ging om een algemene bezuinigingskorting van de structurele subsidies van alle landelijke instellingen. Het was een bezuinigingsronde. De kwaliteit van de instellingen speelde daarbij geen rol. Ik heb ook een gesprek met Tjanduh gehad en het nog eens duidelijk toegelicht. Om te voorkomen dat de korting opgevat zou kunnen worden als een negatief oordeel, heb ik uitdrukkelijk verklaard dat ik veel waardering heb voor het werk van Tjanduh. De reden dat het is opgeschreven, is om dat nog eens te onderstrepen.

Voorzitter! Ik kom te spreken over de integratie van sportgeneeskunde in de huisartsenpraktijk. De heer Rijpstra heeft gevraagd of ik bereid ben uit de PEO-gelden drie ton ter beschikking te stellen voor een pilotproject integratie sportgeneeskunde in de huisartsenpraktijk. Mijn uitgangspunt is altijd dat de om- en bijscholing in de beroepsgroepen voor rekening van de zorgsector komt. Er bestaat een mogelijkheid

## Borst-Eilers

om vanuit de overheid een financiële stimulan te bieden voor die bijscholingsprogramma's om bepaalde aandachtsgebieden binnen een bepaalde beroepsgroep tot ontwikkeling te brengen. Ik denk dat dit zeker van toepassing is op dit onderwerp. Ik wil de activiteiten van NOC-NSF graag faciliteren. Ik zal binnen het PEO-programma 1997 geld hiervoor bestemmen. Er is een verschil van informatie over het bedrag. Voorzover ik weet, zijn er nu een viertal projecten ingediend die samen slechts f 135.000 vragen. Ik zeg dat graag toe. De heer Rijpstra sprak over drie ton. Dat bedrag is ons nog niet geworden. Mocht het meer zijn, dan is in principe de bereidheid aanwezig om dit voor dat soort bedragen te faciliteren.

Mevrouw Nijpels vroeg naar de geneesmiddelenbudgettering. Waarom ook niet bij specialisten? Wanneer zijn de resultaten van het onderzoek bekend? Het onderzoeksrapport krijg ik nog deze maand. Het ging erom inzicht te krijgen in de toepasbaarheid van de modellen voor geneesmiddelenbudgettering die in Engeland en Duitsland worden gehanteerd om opnieuw een experiment in Nederland op te zetten. Het is ooit een keer bijna gebeurd, maar er is toen tegenwerking geweest. Voorzover mij bekend ging het in Duitsland en Engeland alleen om budgettering van de huisarts. Het rapport komt nog deze maand. Wellicht geeft dat informatie over specialisten in het buitenland.

Voorzitter! De heer Van Boxtel heeft gevraagd een uitspraak te doen over het opheffen van de koppeling tussen BKZ en prijsontwikkeling BBP. Wij hebben het er eerder over gehad. Bij het regeerakkoord is uitgegaan van de veronderstelling dat die zorgspecifieke inflatie gelijkloopt aan de algemene. Het is in de praktijk niet altijd het geval. De systematiek is trouwens niet alleen op de zorgsector van toepassing, maar ook op de sociale zekerheid en de begroting. Ik heb al bij de behandeling van het JOZ toegezegd dat ik over de aanpassing van het systeem met minister Zalm overleg wil voeren. Ik heb er een marge met hem over gesproken. Hij is bereid daarover nader te praten. Ik kan niet toezeggen dat wij in deze kabinetsperiode tot een andere systematiek overgaan. Ik wil wel de uitkomsten van onze analyse met de Kamer delen.

Met bovenstaand antwoord meen ik ook een antwoord te hebben gegeven op de kwestie rond de ziekte van Saumon, een ziekte die heel chic klinkt en waarvan de behandeling in het derde compartiment plaatsvindt.

Ik wil nog een opmerking maken over het amendement van mevrouw Van Blerck over het tabaksontmoedigingsbeleid. Het gaat erom het subsidie voor Stivoro structureel met 1 mln. te verhogen. Er is een adequate dekking voor dat amendement. Stivoro doet goed werk. Ik wacht het oordeel van de Kamer over dit amendement graag af.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik wil nog een vraag over de dekking stellen. Naar aanleiding van een interruptie van mijn kant, zei mevrouw Van Blerck dat zij dekking had gezocht en dat de Kamer maar moest oordelen. Relevant is, van de minister te vernemen of zij vindt dat de ruimte in de post van de loonbijstelling aanwezig is.

Minister **Borst-Eilers**: Ja. Die loonbijstellingspost is geen grabbelton, een woord dat gisteren werd gebruikt. Het is de post waarop jaarlijks de voor de totale begroting van mijn departement benodigde loonbijstelling geboekt wordt. Dat gebeurt vanuit de aanvullende post in de Miljoenennota. Een en ander wordt in de begrotingsuitvoering verdeeld over de verschillende artikelonderdelen. Er doen zich vervolgens mee- en tegenvallers voor. Op sommige beleidsartikelen heb je dan wat over en op andere wat tekort. Het putten uit de loonbijstelling voor kleine bedragen, zoals voor de dekking van dit amendement, kan voorkomen dat wij elders in beleidsbudgetten moeten snijden. Wij dachten dat gezien de omvang van de loonbijstellingspot – ongeveer 16 mln. – het daaruit putten voor de dekking van beide amendementen goed te verdedigen is.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik heb ook nog een vraag, voorzitter. Ik heb gisteren nog gewezen op een post in de bouwkaders. De minister heeft gezegd: ik neem dat mee in de wachttijstenbrief. Ik wil nu al graag weten of zij het een post vindt die hiervoor aangesproken zou kunnen worden.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Het gaat om de post voor de instandhoudingsbouw, zoals bekend. Dit geld is niet toegevoegd aan de budgetten. Het COTG heeft voorgesteld met een soort trekkingsrechten te gaan werken. Dat is een nieuwe regeling, waarbij de instellingen moeten aantonen dat zij het geld voor dat doel besteed hebben om daarop te kunnen trekken. Er is een zo goed mogelijke schatting gemaakt. Het bedrag van 172 mln. zal in 1997 vrijwel zeker niet helemaal tot besteding komen. Wij vonden het verantwoord, op grond van die schatting en de berekeningen van onze ambtenaren, daaruit 140 mln. voor de bestrijding van de problematiek van de wachttijsten gehandicapten te bestemmen. Daarmee is de grens bereikt van wat wij naar onze mening moeten reserveren.

De (algemene) beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Gelet op het aantal aan de staatssecretaris gestelde vragen en de te verwachten lengte van het antwoord schors ik de vergadering voor de lunchpauze.

De vergadering wordt van 12.17 uur tot 13.00 uur geschorst.

**Voorzitter: Bukman**

□

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die op de tafel van de griffier 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.

---

### Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer De Hoop Scheffer.

De heer **De Hoop Scheffer** (CDA): Voorzitter! Ik denk dat bewindslieden ervoor moeten oppassen het parlement bij de neus te nemen, en ik voel mij een beetje bij de neus genomen. Twee weken geleden heb ik op dinsdag bij de regeling van werkzaamheden de minister van