

## Kalsbeek

het oordeel over de motie graag over aan de Kamer.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, volgende week over de ingediende moties te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2002 (28000-XVI).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.



De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Alvorens te beginnen, moet mij toch iets van het hart. Als hardwerkend eenvoudig Kamerlid maak je de voorbereiding voor de begrotingsbehandeling meestal in het weekend af. Het is dan ook een grote ontgoocheling om bij aankomst hier te zien dat er van de laatste twee dagen weer tien centimeter papier ligt. Ik vind dat jammer, want daardoor kom je op het laatste moment toch een beetje in de problemen en zal straks in de antwoorden van de minister mogelijkerwijs te horen zijn dat zij dat al aan de Kamer heeft bericht. Maar goed, dat zullen wij dan op die manier kortsluiten.

De titel van mijn bijdrage is Erosie van het gezag. "De gezondheidszorg in ons land is van hoge kwaliteit, ook internationaal gezien". Deze eerste zin van de zorgparagraaf uit het regeerakkoord 1998 klinkt wel heel erg wrang als je als patiënt op een te lange wachtlijst staat voor bijvoorbeeld een noodzakelijke bestraling na een borstoperatie of in een ambulance ligt die van hot naar her moet rijden om een plaats op de intensive care te bemachtigen. Hoge kwaliteit ja, maar die is voor veel mensen niet of te laat bereikbaar. Onderzoek heeft uitgewezen dat wij internationaal gezien nauwelijks in de middenmoot mee kunnen voor wat betreft de beoordeling van de kwaliteit van

onze gezondheidszorg. Ook het tweede deel van het citaat is dus niet helemaal conform de waarheid. De minister geeft dat overigens toe in een openhartig interview in het Financieele Dagblad, waarin zij ook zegt dat de knelpunten in de zorg zelfs zijn toegenomen. Ik wijs er met nadruk op dat dit in tegenstelling is tot haar verkiezingsbelofte in 1998, toen zij voorspelde dat de wachtlijsten aan het einde van deze kabinetsperiode zouden zijn opgelost.

In hetzelfde interview zei de minister dat de olietanker nu begint te draaien en dat je het roer nu eenmaal niet direct 180 kunt omgooien. Ik trek een heel andere vergelijking, namelijk de minister als kapitein op een groot zeilschip met een muitende bemanning; het schip vaart tussen de klippen, waarbij de koers niet duidelijk is en waarbij het een speelbal is van wisselende winden. Wat wel duidelijk is, is dat de kapitein bijna een volledige dagtaak heeft om de crisis aan boord bij de verschillende bemanningsleden te onderdrukken. De erosie van het gezag is pijnlijk duidelijk. Zo ook bij deze minister, die bijna wekelijks in de Kamer moet verschijnen om tekst en uitleg te geven over de knelpunten in de zorg van dat moment. De minister houdt zich dus vooral bezig met crisismanagement. Het komt nogal verkrampd over als we in de media lezen dat de heer van Mierlo de minister verdedigt door te zeggen dat over drie jaar iedereen zal inzien hoe goed zij het heeft gedaan en dat de wachtlijsten de schuld zijn van Hans Wiegel, als voorzitter van de zorgverzekeraars. Dat is natuurlijk de grootste kletsboek. Als er ooit een mogelijkheid is geweest om de knelpunten in de zorg op te lossen, dan was dat in de afgelopen acht jaar, waarin de economie groeide als een tierelier en waarbij iemand dan ook zei: "Het geld voor de zorg spoelt over de plinten". Het is dan ook de volle verantwoordelijkheid van deze minister dat het beleid volledig mislukt is. Kortom, een groot ehec.

Het is echter niet alleen een kwestie van geld, het gaat ook om sturing geven aan zorgstructuren en -processen en vooral om het hebben van een visie op de sterk groeiende zorgvraag. Regeren is vooruitzien en gedachten ontwikkelen, niet alleen voor vandaag, maar vooral ook voor de zorg van morgen. Het is vooral het gebrek aan visie dat in de

afgelopen jaren is opgevallen. Te krampachtig wordt nog vanuit een financieel raamwerk geredeneerd met alsmaar weer nieuwe regelgeving en er wordt te weinig geanticipeerd op de sterk toenemende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en de zich sterk ontwikkelende technologie. Nogmaals: te veel wordt gedacht in het heden, te weinig aan de toekomst.

Bij diverse begrotingsbehandelingen in de afgelopen jaren heeft mijn fractie de minister vooral op dit punt aangespoord om met een toekomstvisie te komen, maar ik moet constateren dat daarop nauwelijks respons is geweest. Er zijn nu, naast de Zorgnota, een aantal brancherapporten verschenen die zijn opgesteld door onafhankelijke instituten. In deze rapporten worden cijfermatige analyses gegeven van zorgontwikkelingen in de afgelopen jaren. Mijn fractie heeft evenwel behoefte aan een prognose van de te verwachten ontwikkelingen in de komende jaren. Er moet dus niet achteruit, maar juist vooruit worden gekeken. Het gaat er vooral om op welke wijze beleidsmatig op deze ontwikkelingen kan worden geanticipeerd. Deze gegevens zouden een wezenlijk onderdeel moeten zijn van de begroting en de Zorgnota 2003. Wat is de mening van de minister hierover?

De Zorgnota 2002 is door de omvorming tot een beleidsbegroting conform de VBTV systematisch weliswaar verbeterd, maar voldoet nog niet aan de uitgangspunten, te weten de drie W's: wat willen wij bereiken, wat gaan wij doen en wat mag het kosten?. Er worden dan ook zelden gekwantificeerde doelstellingen genoemd met daaraan gekoppelde streefwaarden. Ook ontbreekt het systematisch relateren van operationele doelen aan beschikbare budgetten en de daarvoor te leveren prestaties. Ik krijg dan ook de indruk dat begonnen is met de laatste van de drie W's: wat mag het kosten? De doelen lijken daaraan nog steeds ondergeschikt. Eigenlijk is er nog steeds sprake van de oude sectorale budgettaire benadering.

Er wordt als het ware gehinkt op twee gedachten. De regering propageert als uitgangspunten voor haar beleid de vraaggerichte zorg, de deregulering, het tegengaan van bureaucratie en een overheid op

## Buijs

meer afstand. Dat is prima. De koningin kondigde in de Troonrede zelfs minder regels aan. De Zorgnota 2002 laat echter nog steeds een overheid zien die sectoraal, binnen budgettaire kaders, overmatig sturend aanwezig is. Het lijkt er dan ook sterk op dat de overheid de kunst van het loslaten niet verstaat. Wil de minister nog eens duidelijk maken waar deze spagaat tussen denken en doen, tussen zeggen en opschrijven, uit voortkomt? Is hier nog steeds sprake van de oude angst dat de kosten bij een terugtrekkende overheid uit de hand lopen? Het is overigens bitter om nu te moeten constateren dat het beschikbare geld voor de begroting en de Zorgnota voor een niet onaanzienlijk deel op de plank blijft liggen of moet worden teruggestort in de staatskas.

Mijn fractie is dan ook van mening dat wij bezig zijn met een soort operette. Telkenmale wordt er gevraagd om meer geld, terwijl ieder jaar een groot deel van de extra financiële middelen ongebruikt blijft. Het gaat hier niet om een paar centen, maar om vele honderden miljoenen guldens, zowel in de begroting als in de Zorgnota. Woorden als "onderuitputting" of "meevallers van het Budgettair kader zorg" dienen naar de mening van mijn fractie slechts om slecht beleid te verdoezelen en zetten de burgers op het verkeerde been, omdat de indruk wordt gewekt dat geld een probleem is. Ik zou eerder willen zeggen dat "meevallers BKZ" een synoniem is voor slecht beleid. In wezen betekent dit namelijk dat de overheid heeft gefaald in de aanpak van de wachttijden of in het voeren van een goed arbeidsmarktbeleid.

Is de conclusie gerechtvaardigd dat de overheid zelf mede debet is aan het niet halen van de beleidsdoelstellingen, doordat zij te rigide de budgetsysteem hanteert? Is de minister de afgelopen vier jaar juist niet te krampachtig bezig geweest om vooral de minister van Financiën te behagen? Heeft zij de belangen van zorgvragers en -aanbieders niet te weinig voor het voetlicht gebracht? Kortom, is deze minister niet volledig "verzalmd"? Ik kan mij overigens voorstellen dat de minister van Financiën geen moeite om heeft extra geld voor de zorg beschikbaar te stellen – zoals nu ook weer is gebeurd – omdat hij toch wel in de gaten heeft dat het geld niet kan worden weggezet. De minister lijkt

pas in beweging te komen als patiënten naar de rechter gaan of als verloskundigen, huisartsen en tandartsen actie voeren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik heb het gevoel dat er een tegenstelling zit in het betoog van de heer Buijs. Enerzijds zegt hij dat de minister niet in staat is om los te laten, anderzijds verwijt hij de minister dat het geld dat op de plank ligt omdat zorgverzekeraars achteroverleunen, niet wordt uitgegeven. Waarom richt de heer Buijs zich, als hij wil loslaten, niet tegen de zorgverzekeraars?

De heer **Buijs** (CDA): Juist de zorgverzekeraars krijgen die ruimte niet, omdat alle middelen sectoraal zijn bepaald. Er is precies vastgelegd welk gedeelte van het budget moet worden gebruikt voor het terugdringen van de wachtlijsten, voor de opleidingen, voor de verbetering van de kwaliteit etc. Door dit regelgevende overheidsprincipe worden de zorgverzekeraars nog te veel in een bepaald stramien gedrukt. Laat de verzekeraars met een afspraak komen over hun productie, zonder dat het geld vooraf wordt verdeeld over verschillende potjes. Juist door dit laatste wél te doen, stuurt de overheid te veel en daardoor wordt het moeilijk.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dus als dat meer wordt losgelaten, spreekt de heer Buijs de zorgverzekeraars aan op hetgeen zij in hun brief zeggen. Zij zeggen daarin dat zij ook in februari niets kunnen doen omdat zij de gegevens niet hebben. Is de heer Buijs het met ons eens dat dit dan niet meer kan?

De heer **Buijs** (CDA): U weet dat de minister in de notitie Zorg verzekerd als het ware de indruk gaf dat partijen meer verantwoordelijkheid kregen en dat zorgverzekeraars de regie gingen voeren, maar dat vervolgens toch moest worden geconstateerd dat zij iedere keer waar de verantwoordelijkheid overgeheveld zou moeten worden naar zorgverzekeraars met aanwijzingen kwam over hoeveelheden, geld, enz.

De **voorzitter**: De laatste keer mevrouw Van Vliet!

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Als dat volledig wordt losgelaten en de wet-

en regelgeving ruimer wordt, wat wij natuurlijk allemaal willen, bent u ervan overtuigd dat het tekort aan personeel wordt opgelost en er geen vacatures meer zullen zijn, want dat is natuurlijk het probleem!

De heer **Buijs** (CDA): Natuurlijk, maar straks zal ik in mijn bijdrage schetsen hoe wij dat voor ogen hebben, maar in mijn optiek staat bij vraaggestuurde zorg voorop dat verantwoordelijkheid meer bij partijen wordt gelegd. Wij moeten toch erkennen dat het stelsel van de budgettaire beperking die nu door de overheid gesteld wordt aan zorgverzekeraars, en die vervolgens weer aan ziekenhuizen, al eeuwenlang is vastgelopen, zeker in mijn optiek!

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat was geen antwoord op mijn vraag!

De **voorzitter**: Ik had "de laatste keer" gezegd, mevrouw Van Vliet, en daar houd ik mij altijd aan!

Ik wil vandaag graag een prijs uitreiken voor de beste korte interruptie, want dat schijnt toch heel moeilijk te zijn. Deze begroting lijkt mij bij uitstek geschikt voor zo'n prijsvraag. De griffier en ik vormen de jury, u hebt tot het eind van dit debat de tijd en de gelegenheid om die prijs te winnen. Probeert u het eens, mijnheer Rouvoet!

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Mijn vraag aan de heer Buijs is: hoezo?

De **voorzitter**: Dat wordt een heel moeilijke wedstrijd!

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik wil daar graag op antwoorden met: daarom!

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Als de heer Buijs en ik de prijs samen mogen delen, komt nu mijn tweede vraag.

De **voorzitter**: Het wordt pas aan het eind van de avond bekend gemaakt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat had u er meteen bij moeten zeggen, maar dan toch maar mijn tweede vraag.

Moet het pleidooi van de heer Buijs uiteindelijk niet uitmonden in een regelrechte erkenning van de

## Buijs

zorg als een principiële openeinde-regeling?

De heer **Buijs** (CDA): In wezen wel, daar hebt u volkomen gelijk in. De zorgvraag en de mens centraal, de bureaucratie eromheen weg, meer verantwoordelijkheid aan partijen, enz. Ik kom aan het eind van mijn betoog met een plaatje dat ook leidt naar het nieuwe stelsel.

Voorzitter. Ik zei dat ik mij overigens kan voorstellen dat de minister van Financiën geen moeite heeft extra geld voor de zorg beschikbaar te stellen, omdat hij toch wel in de gaten heeft dat het geld niet weggezet kan worden. Pas als er acties komen en pas als een grote meerderheid in de Tweede Kamer aandringt op maatregelen – ik spreek dan over radiotherapie, over ambulancezorg, over intensive care – begint er eindelijk mondjesmaat aanpassing van het beleid plaats te vinden. Mijn conclusie is dan ook dat het geen wonder is dat het gezag van de minister van Volksgezondheid sterk is geërodeerd in deze afgelopen kabinetsperiode.

Na deze algemene inleiding wil de CDA-fractie wat meer specifiek ingaan op de diverse beleids-terreinen, allereerst op de gezondheidsbevordering en -bescherming. Zowel in de Zorgnota als in de begroting wordt een aantal operationele doelstellingen op het gebied van roken, alcohol, bewegen, voeding en veilig vrijen genoemd. Bij de behandeling van de nota Alcohol en tabak heeft de CDA-fractie haar zorgen kenbaar gemaakt waar het gaat om de haalbaarheid en de meetbaarheid van bepaalde doelstellingen, bijvoorbeeld op het gebied van probleemdrinkers van 9% naar 8% in 2004 voor de categorie 16 jaar en ouder, zeker als dit wordt afgezet tegen de daarvoor beschikbare middelen. Enerzijds het formuleren van doelstellingen, maar hoe monitor je dat, anderzijds de vraag of er wel voldoende geld is om die te realiseren. De campagne van het NIGZ (Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Preventie) krijgt 1,4 mln euro voor campagneactiviteiten uit het preventiebudget van Zorgonderzoek Nederland. Dat is prachtig, maar het terrein van het NIGZ is veel breder. Het heeft daartoe ook een strategisch werkplan gepresenteerd voor de jaren 2001 tot en met 2004 en wil hiervoor – ik vind het de moeite

waard om dat hier eens te herhalen – een soort subsidiecontract met resultaatsverplichting aangaan. Daarvoor moet er wel 10 mln gulden aan subsidie bij, te beginnen met 5 mln gulden in 2002. Gelet op het programma, de doelstellingen van het NIGZ en op de waarde die aan preventie moet worden toegekend, zou mijn fractie zo'n subsidieverzoek willen ondersteunen. Dus 5 mln gulden in 2002, oplopend tot 10 mln gulden in 2004. Wij verzoeken de minister hiervoor ruimte vrij te maken.

Mijn fractie heeft de afgelopen jaren herhaaldelijk aandacht gevraagd voor de toename van chronische ziekten. De minister heeft meerdere keren toegezegd met een notitie te zullen komen op grond waarvan actief geanticipeerd kan worden op deze ontwikkeling. Tot op heden is die echter uitgebleven. Gelet op het feit dat het bevorderen van de volksgezondheid een grondwettelijke taak is, lijkt het mij zinnig dat de minister naast primaire preventie toch ook een visie ontwikkelt op het gebied van secundaire preventie. Secundaire preventie beoogt ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Het brancherapport Preventie evenals de Zorgnota gaan hier enigszins op in door een programma te presenteren voor de opsporing van familiale hypercholesterolacmie. Diezelfde gezondheidswinst is echter op meerdere terreinen te behalen. Ik denk bijvoorbeeld aan COPD, reumatische ziekten en diabetes. Naar onze mening moet het toch mogelijk zijn om bijvoorbeeld ook voor diabetes een systeem van vroegopsporing op te zetten. Gelet op de enorme invaliderende complicaties die deze ziekte met zich kan meebrengen, is vroegopsporing hier dringend gewenst. Graag de mening van de minister.

Ik wil het nog eens herhalen. Ik heb een aantal ziektebeelden genoemd en vraag de minister wanneer een samenhangende nota chronische ziekten kan worden verwacht. Daarin moet worden verwoord welke inhoud de komende jaren kan en moet worden gegeven aan "disease management". Per slot van rekening betreft het hier 1,5 miljoen mensen met één of meer chronische ziekten. Ik hoor dan ook graag de visie van de minister.

Ik kom nu op de arbeidsmarkt en het capaciteitsprobleem. Het

personeelstekort is nijpend, zeer nijpend. Dit wordt vaak als excuus gebruikt, alsof het kabinet daaraan niets kan doen. Zo is het niet. Door het beleid is het werken in deze sector onaantrekkelijk gemaakt, door het afknippen van de opleidingscapaciteit en door de overmatige regelgeving en bureaucratie, waardoor de werkdruk ook nog eens te groot is. Ik betreur het nog steeds dat de motie die wij eerder hebben ingediend om te bereiken dat numerus fixus wordt afgeschaft, door de coalitie werd afgestemd. Nu lijkt het erop dat de Kamer in brede zin het ermee eens is dat de numerus fixus op termijn moet worden uitgebreid. Ik dring erop aan dat nu snel actie wordt ondernomen en dat er snel een besluit wordt genomen.

Ik heb voor de zomer de minister om een actieplan gevraagd voor de uitbreiding van de capaciteit zorgverleners. Op 12 november jl. heeft de Kamer dit omvangrijke actieplan ontvangen. Dit is zeker niet te vroeg als wij weten dat het aantal artsen in ons land de helft is van het Europese gemiddelde en éénderde van het aantal Belgische artsen. Ik zou dit arbeidsmarktbeleid dan ook willen bestempelen als een van de grootste eches van Paars in de afgelopen acht jaar.

Bij bestudering van het actieplan van 12 november valt op dat er nog te weinig concrete doelen worden geformuleerd en dat er nog te veel projectgroepen onderzoek moeten doen zonder dat duidelijk wordt wanneer dit in concreet beleid vertaald zou kunnen worden. Dit gaat over de differentiatie binnen de opleidingen en de taakherschikking tussen beroepen. Dit actieplan vereist een voortvarende aanpak. De CDA-fractie is dan ook van mening dat dit in een apart overleg over het arbeidsmarktbeleid snel aan de orde moet komen.

Naar verwachting zal de kloof tussen de zorgvraag en het aanbod, mede gelet op de vereiste opleidingsduur, de komende tijd helaas nog toenemen. Berekeningen wijzen uit dat in 2005 drie miljoen mensen zonder huisarts zitten. Hoe denkt de minister dit probleem voor de komende jaren op te lossen?

De minister schrijft dat in 2002 de instroom van de artsstudie zal worden verhoogd naar 2400 en daarboven nog eens 400 à 500 indien dit haalbaar is. Wat bedoelt de

## Buijs

minister met de opmerking indien dit haalbaar is. Ik vind dat wij ervoor moeten zorgen dat dit aantal gehaald wordt.

De uitbreiding van de beroepsopleiding zal ook in Twente en Brabant kunnen plaatsvinden. Met welke universiteiten zal daartoe worden samengewerkt? De Universiteit Twente heeft al een uitgebreid plan gepresenteerd. Nu staat ook de Brabant Medical School in de startblokken om uitvoering te geven aan het actieplan van 12 november, juist ook op basis van de speerpunten. Dit plan ziet er goed uit en vergt een onderzoek van drie á vier maanden en het kost 2 mln gulden. Is de minister bereid dit bedrag uit haar begrotingsoverschot 2001 te financieren?

Het Capaciteitsorgaan heeft aangegeven dat er een groot tekort aan artsen is. Dat geldt echter ook voor de verpleging en verzorging. Ook daar lopen de tekorten nog steeds op.

De CDA-fractie constateert dat het succes van de door de overheid gevoerde imagocampagne om het vak verpleging en verzorging aan te prijzen tot op heden gering is. Daarom doe ik het volgende voorstel. De algemene vergadering van verplegenden en verzorgenden is in haar nota Profs met een hart gekomen met een plan om enthousiaste verpleegkundigen zelf scholen te laten bezoeken om aldus personeel te werven. De kosten hiervan bedragen 2,5 mln euro per jaar. De CDA-fractie ondersteunt dit voorstel en verzoekt de minister, dit plan uit haar begroting te financieren.

In het afgelopen weekend werd door een groot aantal maatschappelijke organisaties wederom aan de bel getrokken over het vullen van het Stimuleringsfonds opleidingen. Daarbij gaat het om een bedrag van 160 mln gulden van de ziekenhuizen en 240 mln gulden van de minister. Ik heb verschillende mensen, onder wie de heer Oudkerk, hierop commentaar horen leveren. Ik moet echter constateren dat mevrouw Arib en ik al in het debat over de intensive care hierover moties hebben ingediend. Ik weet niet hoe kort van memorie de heer Oudkerk is, maar ook hij zou zich toch moeten herinneren dat hierover al een debat met de minister heeft plaatsgevonden. Ik vond dat hij op de televisie wel heel verbaasd in de camera keek

en ten onrechte deed of het nu opeens uit de lucht kwam vallen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben natuurlijk op de hoogte van deze moties. Ik weet echter ook dat de minister deze moties ziet als ondersteuning van haar beleid. Ik wou haar alleen maar een duwtje in de goede richting geven.

De heer **Buijs** (CDA): Dat is prettig om te horen. Ik ben namelijk heel benieuwd om van de minister te horen wat de laatste ontwikkelingen zijn. Ik ontving namelijk vandaag nog een brief van de NVZ, waarin staat dat het nog helemaal niet is geregeld. De NVZ stelt in deze brief verder dat de toezegging van de minister om te komen tot een stimuleringsfonds zodanig wordt opgeschoven dat er pas in 2003 diagnose-behandelcombinaties kunnen worden gevormd. Met het oog hierop wil ik dat de minister ons duidelijkheid verschaft. Het is nu echt hom of kuit: de minister kent de motie en het is aan haar om boter bij de vis te geven. Ik hoor graag wat de stand van zaken is.

Voorzitter. Op 6 december is een convenant gesloten met de ziekenhuissector voor het jaar 2001. Dat convenant is niet van toepassing op de revalidatiecentra. Dit jaar is er evenwel een budgettekort van 15 mln gulden ontstaan, waardoor de zorg in de knel komt. De CDA-fractie verzoekt de minister, deze 15 mln gulden nog dit jaar ter beschikking te stellen. Naar mijn mening is het mogelijk om hiervoor de onderuitputting van de Zorgnota te gebruiken.

Er is een directe relatie tussen de personeelsschaarste en de wachtlijsten en wachttijden. In de beantwoording van de vragen over de Zorgnota wordt een actueel overzicht per sector gegeven van dit grote probleem. Het is verheugend dat het bij de thuiszorg en de verstandelijk en lichamelijk gehandicapten veel beter gaat. Minder tevreden is mijn fractie echter over de wachtlijsten bij de verpleeghuiszorg. De wachtlijsten voor de somatische verpleeghuiszorg zijn namelijk toegenomen. Verder is de winst voor de psychogeriatrische patiënten minimaal. Nu is juist het verpleeghuis een essentiële schakel tussen het ziekenhuis en de zorg thuis. Het is dus een heel cruciale schakel. Een knelpunt in deze sector levert grote problemen op, zowel

voor de ziekenhuiszorg als de thuiszorg.

Er zijn aanjaagteams van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op pad gestuurd om diverse projecten te versnellen. Zijn er echter inmiddels genoeg concrete projecten opgestart om met grotere zekerheid aan te kunnen geven in welk jaar dit probleem de wereld uit zal zijn geholpen? Ik hoor graag van beide bewindspersonen een reactie, omdat dit problemen hen beiden aangaat.

De ontwikkeling van de gemiddelde wachttijden in de curatieve zorg laat een wisselend beeld zien. De meeste specialismen bleven in maart 2000 gelijk ten opzichte van het voorgaande jaar. Andere wachttijden zijn echter fors gestegen. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de wachtlijsten voor longziekten, kindergeneeskunde en gynaecologie. Hoe kan dit worden verklaard?

Bij de oogheelkunde bedraagt de gemiddelde wachttijd elf weken. Het Nederlands oogheelkundig genootschap heeft KPMG hiernaar onderzoek laten verrichten. De verbluffende conclusie van dit onderzoek is dat het voor ziekenhuizen financieel minder interessant is om een oogarts aan te trekken dan een maag-darmspecialist. Een ziekenhuis krijgt nu namelijk minder vergoed dan in 1998 als het een nieuwe oogarts aanstelt. Is de minister hiervan op de hoogte en kan zij hieraan iets doen?

Voorzitter. Het ziekteverzuim in de zorgsector heeft zich in 2000 gestabiliseerd ten opzichte van voorgaande jaren, maar is met 7,8% nog steeds veel te hoog. Volgens informatie zijn er in de zorgsector breed nog steeds geen arboconvenanten afgesloten. Mijn fractie heeft hier eerder, in navolging van de PvdA, aandacht voor gevraagd. Waarom is dit nog steeds niet geregeld? Gaat het om het bekende "niemand is verantwoordelijk-systeem"?

Voorzitter. Mijn fractie heeft grote zorgen over de toenemende slechte bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg, alsmede over de voorgenomen afbouw van klinische functies, bijvoorbeeld in het Slotervaart. Er is over dit ziekenhuis veel commotie geweest. De motie die wat dit betreft is aangenomen, is bijzonder duidelijk en richtinggevend. Echter, wij moeten concluderen dat de minister de inhoudelijke beweegredenen van

## Buijs

de Kamer voor een belangrijk gedeelte weglaat bij haar reacties op de laatste ontwikkelingen. Het gaat daarin voornamelijk om een financieel probleem, het verschil tussen 70 mln en 160 mln gulden, en veel minder om datgene wat de Kamer ertoe heeft bewogen om deze motie, gericht op het behoud van klinische functies, aan te nemen. Ik vind het teleurstellend dat de minister nu niet klip en klaar duidelijk is, maar in haar laatste brief weer stelt dat het de raad van bestuur is die moet beslissen. Intussen wordt er wel een mening geventileerd. Eigenlijk krijg je het idee dat er wordt bedoeld: ik ben het er eigenlijk helemaal niet mee eens en het zijn daar een stel vervelende lieden; de raad van bestuur is weliswaar verantwoordelijk maar ze moeten wel doen wat ik zeg. Voorzitter, nu klip en klaar: wat gaan wij met het Slotervaart doen? De minister kent de aangenomen motie. Wij willen bij deze begrotingsbehandeling de zekerheid verkrijgen dat deze motie wordt uitgevoerd.

Vervolgens richt ik mij op de ambulancezorg, typisch zo'n onderwerp dat de minister nu al jarenlang als een hete aardappel voor zich uitschuift. Ook hier is haar gezag niet optimaal geweest. Ik heb het indertijd "gekruidenier" genoemd. Vanaf 1994, na het verschijnen van het rapport van de inspectie De keten rammelt, is het pappen en nathouden geweest. En nu zitten wij met 20.000 ritten die de grens van 15 minuten aanrijtijd overschrijden. Eindelijk is er dan nu wat extra geld gekomen maar nog steeds zijn er grote problemen. De minister heeft ook eerder aangegeven dat er financiële oplossingen voor die problemen zouden komen. Ik doel hierbij op de harmonisatie van de arbeidsvoorwaarden. Er zijn op het moment nogal wat ambulancediensten, met name in Amsterdam, waar onder het personeel grote onrust heerst en waar acties niet uitgesloten worden geacht. Waarom is er nog steeds geen beweging in de richting van deze gewenste harmonisatie?

Voorzitter. Al meer dan een jaar praten wij over de problemen van de vrije beroepen in relatie met de honorering. Het vorige jaar hebben wij aangedrongen op een herijking. Er is inmiddels onderzoek geweest en onze conclusie is dat deze kwestie nu wel érg lang blijft liggen bij het

CTG. Graag had ik gezien dat die herijking per 1 januari 2002 een feit zou zijn geweest. Wanneer gaat dit nu gebeuren en waarom is een en ander nog niet in gang gezet?

Voorzitter. Wij hebben een brief gekregen over de uitvoering van de herstructurering van de huisartsen-honorering. Ik doel nu op het voorstel van de commissie-Tabaksblat. De huisartsen hebben overigens ook zo hun eigen ideeën gehad over deze herstructurering en herijking. Ik denk hierbij aan het rapport-Hay. Voorzitter. Ik vind dat er sprake is van een nogal vage brief. Ik vrees dat wij met betrekking tot de huisartsen weer een ongewisse periode tegemoet gaan. Er is nog veel onduidelijk en er moet nog veel worden uitgewerkt. Als klap op de vuurpijl werd ik gebeld door een aantal huisartsen die mij meldden dat zij ermee stopten, niet vanwege de honorering, niet vanwege de dienstestructuur – daar zat enige beweging in – maar omdat de NMa op oorlogspad zou zijn.

Wat betekent dit nu? Er zijn bij huisartsen schrikbeelden ontstaan. Ik heb getracht, ze gerust te stellen maar dat is mij niet gelukt. Er zouden een plan van aanpak en een praktijkplan moeten worden opgesteld; een huisarts zou met 15 verschillende verzekeraars contracten moeten uitonderhandelen. Men zou geen uniform standaardcontract mogen nemen, maar ieder zou dit voor zich moeten gaan doen. Welnu, dan zeggen mensen: bekijk het maar; ik hou ermee op.

Voorzitter. Ik wil niet treden in de bevoegdheden van de NMa, maar ik wil dit probleem wél onder de aandacht van de minister brengen. Wellicht moet samen met de LHV worden geprobeerd om deze problematiek, hetzij in de voorlichtende sfeer, hetzij qua facilitering, op een goede manier aan de orde te stellen.

Mevrouw **Kant** (SP): Deze problemen zijn mij bekend. Ik ben altijd tegen de NMa in de gezondheidszorg geweest en al helemaal bij huisartsenzorg. Vindt de heer Buijs dit ook en moeten wij er dus gewoon mee kappen?

De heer **Buijs** (CDA): Het liefst wil ik er mee kappen, maar ik wil ook alle pro's en contra's zien. Ik erken dat er ergens een mededingingsautoriteit moet zijn, maar ik vroeg de minister

ervoor te zorgen dat NMa en LHV eerst de problemen inventariseerden. Daarna zou ik later bezien welke ingreep nodig is. Nu is dat "later" aan de orde en wat mij betreft moeten wij de huisarts ook huisarts laten zijn. Dokters moeten mensen helpen. Zij moeten niet bezig zijn met onderhandelingen en het invullen van contracten. Ook de districtshuisartsenvereniging mag niet meer onderhandelen namens de huisartsen. Ik vind het een onwerkbaar situatie en vandaar mijn noodkreet aan het adres van de minister: kan het niet een onsje minder voor wat betreft de NMa?

Mevrouw **Kant** (SP): Kan het niet een onsje minder? Je wilt controleren of niet. Dan moet je zeggen dat de NMa niets te zoeken heeft bij die huisartsentarieven.

De heer **Buijs** (CDA): In principe kan ik de gedachtelij van mevrouw Kant volgen. Het klinkt zo gemakkelijk wat ze zegt, maar ik wil niet de Mededingingswet overboord zetten. Ik wil alleen faciliteren en bijvoorbeeld de vraag stellen of het om competitie gaat tussen huisartsen en zorg in huisartsengroepen ten opzichte van ziekenhuiszorg. Het gekke is dat wij ziekenhuizen afbreken – competitie is dus al bijna onmogelijk – en huisartsen opzadelen met individuele competitie. Dat is een waanzinnige situatie en ik ben dat helemaal met mevrouw Kant eens.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Wat de heer Buijs nu opmerkt, komt niet overeen met wat in het CDA-verkiezingsprogramma staat. Daarin staat dat de invulling van de taken van de beroepsbeoefenaren aan meer ruimte en mededinging moet worden blootgesteld. De heer Buijs kan toch niet van twee walletjes eten? Aan de ene kant wil hij het collectief regelen en aan de andere kant wil hij dit misschien ooit weer loslaten. Dat klopt niet helemaal.

De heer **Buijs** (CDA): U hebt het niet goed gelezen. Natuurlijk, de partijen moeten veel meer vrijheid krijgen. Onderlinge concurrentie moet mogelijk zijn op basis van kwaliteit en aanbod. Het gaat echter nu om de standaardcontracten die de infrastructuur voor artsen zijn. Ik ben voor competitie maar het is de vraag

## Buijs

of de mededingingsregels in het netwerk van huisartsen zo'n heilzame werking kunnen hebben. Ik denk van niet.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik heb het verkiezingsprogramma op dit punt goed gelezen en het komt voor een belangrijk deel overeen met dat van ons. U moet het zelf maar eens nalezen maar er staat echt iets anders in dan u nu zegt.

De heer **Buijs** (CDA): Nee hoor, het staat er precies zo in als ik zeg. Ik heb namelijk aan die tekst meegewerkt. Ik concludeer wel dat mevrouw Van Blerck het ingrijpen van de NMa, zoals dat nu gebeurt, een uitstekend idee vindt. Ik vind dat verrassend.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik zal hierop in mijn eigen bijdrage ingaan.

De heer **Buijs** (CDA): Dit staat toch ook in uw verkiezingsprogramma? De programma's komen op dit punt toch overeen? Ik ben benieuwd van u te horen of u vindt dat de NMa de zaken goed aanpakt. Ik vind het een slechte zaak.

Ik wil nog een opmerking maken over de goodwillproblematiek betreffende de specialisten. Wanneer wordt er afgebouwd? Al bijna vier jaar zitten de gesprekken muurvast. Nog steeds is er, ondanks het regeerakkoord en de Zorgnota, geen bijdrage opgenomen voor het goodwillfonds. Het uurtarief van specialisten is een ander hot item. Toch wordt verwacht dat de specialisten meewerken aan het vormgeven van een DBC, een diagnose behandeling combinatie. De geruchten gaan overigens dat het niet meer op 1 januari 2003 zal zijn, maar dat het weer opgeschoven is naar één of twee jaar later; graag verkrijg ik ook een antwoord daarop. De medewerking van de specialisten is er nu echter sterk afhankelijk van of de kwestie van de goodwill wordt opgelost, zo heb ik gelezen. Mijn vraag in dit verband is waarom de minister nu al vier jaar lang zo traag is en blijft treuzelen, terwijl de problematiek al vanaf het begin van deze periode duidelijk was.

Op de orgaandonatie wil ik op dit moment niet al te veel ingaan. Ik heb de eerste reactie van de minister gezien en vervolgens haar brief die zij zojuist aan de Kamer gezonden

heeft; daarin wordt een nadere analyse aangekondigd. Het betekent dat alles toch weer een beetje naar 2003 wordt geschoven. Moeten wij niet de oorzaak van dit fiasco voor een belangrijk gedeelte bij de minister zelf zoeken? Het was destijds collega Oudkerk die een motie indiende om, evenals in Spanje, in alle ziekenhuizen donorcoördinatoren aan te stellen. Waarom is dat niet gebeurd? Immers, het experiment heeft laten zien dat het wel degelijk een succes is.

Waarom maakt de minister zelf niet in de media reclame voor orgaandonatie? Waarom laat zij bijvoorbeeld niet op de bus zien dat orgaandonatie een goede zaak is, of met welke woorden zij dit ook zou willen doen. Ik zou dit op prijs stellen. Het betekent ook een betrokkenheid en een afwisseling ten opzichte van die andere campagne, die veel vrees oproept. Laat de minister zelf proberen de belangstelling op te wekken, hetzij bij een Franse villa met een mooie entourage of anderszins. Kortom, ik denk dat de minister hier te veel de zaak op zijn beloop heeft gelaten. Ik zou er een voorstander van zijn om ziekenhuizen en specialisten beter te belonen, als zij zich daadwerkelijk en actief inzetten voor orgaanuitnames.

Ik kom vervolgens bij een onderwerp waarop mevrouw Van Blerck wellicht nog terug zal komen in haar betoog: wij hebben vandaag enkele tienduizenden handtekeningen in ontvangst genomen van patiënten die zich grote zorgen maken over de homeopathie. Ik wil mij geen enkel oordeel aanmatigen over het al dan niet werkzaam zijn van middelen. Ik weet dat er een juridische procedure is geweest en dat er nog een loopt. Zou de minister echter, tegenover al die verontruste patiënten, bijvoorbeeld niet een iets soepeler houding kunnen aannemen? Datgene wat mevrouw Van Blerck straks gaat voorstellen, heeft ook mijn instemming. Strikt genomen, volgens de letter, heeft de minister misschien gelijk, maar richting patiënten merken wij ook als Kamerleden dat het een ongelooflijk grote onrust geeft, ondanks de woorden van de minister dat het allemaal wel goed komt.

Een laatste vraag betreft de Stichting Korrelatie. Zou de minister willen bevorderen dat er ook een financiering ten behoeve van het

e-mailverkeer aan de orde kan komen? Wij zouden dat zeer op prijs stellen.

Al die knelpunten in de zorg zijn voor een groot deel te wijten aan een overgereguleerde, aanbodgestuurde en bureaucratisch gestructureerde en gefinancierde zorg. Een andere sturing en een herstructurering van onze zorgverzekering is dringend noodzakelijk. Mede vanwege het feit dat PvdA en VVD de confrontatie met elkaar in deze afgelopen kabinetsperiode niet aandurfden, is daar geen verandering in gekomen. Er ligt nu een bouwstenennotitie voor; wij zullen daar binnenkort over van gedachten wisselen, maar daarop vooruitlopend wil ik het volgende zeggen. De CDA-fractie kiest voor herstel van het verzekeringskarakter, met voldoende solidariteit en een overheid op meer afstand, vraaggestuurd en met meer keuzevrijheid voor de verzekerde. Dat zijn voor de CDA-fractie de uitgangspunten. Wij voelen ons daarbij gelukkig gesteunde door een meerderheid in deze Kamer, alsmede ook door de sociale partners.

De CDA-fractie is van mening dat deze minister heeft gefaald; dat deze minister ondanks het extra geld de zorg niet heeft kunnen sturen, respectievelijk besturen. Er was voortdurend crisismanagement nodig, zonder dat er daadkrachtig beleid werd ingezet. Naar onze mening is het gezag van deze minister daardoor geërodeerd; naar onze mening heeft deze minister dan ook schipbreuk geleden.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik neem aan, mijnheer Buijs, dat u de opmerking dat deze minister heeft gefaald, in tweede termijn zult verzilveren. U weet wel wat ik bedoel.

De heer **Buijs** (CDA): Ik weet wat u bedoelt. Ik zal er in tweede termijn op ingaan.

De **voorzitter**: Maar vóór die tijd gaat de minister eerst nog antwoorden.

De heer **Buijs** (CDA): Precies, en zo houden wij er een beetje de spanning in!

□

De heer **Mosterd** (CDA): Voorzitter. De zorgvragende mens als uitgangs-

## Mosterd

punt voor de discussies over de zorg; dat uitgangspunt heeft de CDA-fractie in het verleden bij monde van mevrouw Dankers steeds centraal gezet. Wanneer de zorgverlenende mens centraal staat, dan past daarbij geen budgettering en aanbod-financiering. Nee, de gerechtvaardigde vraag van de patiënt staat centraal. Voor de CDA-fractie gaat het om de vraag: krijgt de patiënt op tijd de zorg die hij of zij nodig heeft?

De CDA-fractie vraagt zich bezorgd af of de problemen in de care daadwerkelijk op tijd en kwalitatief juist kunnen worden opgelost. Maar er is ook waardering voor de aanpak van de staatssecretaris op dit punt. Het heeft een tijd geduurd voor het zover was, maar thans wordt naar onze mening door de staatssecretaris krachtig ingezet op het wegwerken van de wachtlijsten en op vraagsturing via PGB's en PVB's.

Het is wel van belang om goed voor ogen te houden om welke spelers het gaat in de zorg: de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Ik noem deze partijen expliciet, omdat de zorgkantoren een prominente rol zullen vervullen en lijken te blijven vervullen. De CDA-fractie vraagt zich af of dat moet gebeuren. Wij zijn er niet voor en vinden dat die rol tijdelijk moet zijn. Kan de regering bevestigen dat het een tijdelijke rol zal zijn?

Zorgaanbieders moeten in staat zijn onderling vergelijkbare aanbiedingen te doen aan zorgvragers en mogen daarbij niet worden gehinderd door historisch bepaalde kostprijzen. Dat is de reden waarom mijn fractie zoveel waarde hecht aan de motie-Dankers betreffende de bruteringsoperatie. Kan de regering toezeggen dat er in deze kabinetsperiode nog een discussie kan plaatsvinden over de bruteringsoperatie?

Onafhankelijke integrale indicatie via de RIO's is nodig om te verzekeren dat zorgvragers de juiste zorg krijgen en om te voorkomen dat er onnodige uitgaven worden gedaan. Wij hebben daarbij altijd zorg over de bureaucratie en ook zorg dat, als wij niet uitkijken, anderen de indicatiestelling door de RIO's overdoen. Wij horen geluiden dat dit gevaar erin zit. Wanneer dat gebeurt, neemt de bureaucratie alleen maar toe. Deelt de regering deze mening? Of kan zij ons geruststellen dat dit zeker niet zal gebeuren? Soms is het voor familie

en ondersteuners van zwaar gehandicapten erg moeilijk om een patiënt onder te brengen in een bepaalde inrichting. Het gaat dan met name om mensen die erg moeilijk zijn, die veel zorg vragen. De CDA-fractie vindt dat er een regionaal steunpunt moet zijn voor mensen met zulke problemen. Graag horen wij de mening van de regering over het idee om nadrukkelijk te kijken naar extra steun voor deze mensen.

Wachtlijsten voor de wachtkamer; zo zou je de wachtlijsten bij de RIO's kunnen noemen. Dat kan niet. Het is goed te kunnen constateren dat dit probleem duidelijk minder wordt. Wij vinden het onbegrijpelijk dat de kortdurende zorg toch weer via de RIO's moet lopen, terwijl er een motie is aangenomen om dat zo eenvoudig mogelijk en zonder bureaucratie te doen. Graag krijgen wij hier een duidelijk antwoord op.

Bij de aanpak van de wachtlijsten wordt nadrukkelijk gesteld "boter bij de vis". Dat is een prima idee, dat wij volledig ondersteunen. Tegelijkertijd horen wij dat er daardoor ook problemen ontstaan. Instellingen zeggen: om boter bij de vis te kunnen leveren moet ik eerst een voorinvestering doen, bijvoorbeeld in een deel van een gebouw. Hoe lost de regering deze problematiek op, zodat goede initiatieven tot ontwikkeling komen? Om de wachtlijsten effectief aan te pakken is het van groot belang dat de budgetten voldoende zijn. Kan de regering klip en klaar zeggen dat de budgetten in dit verband nergens meer de beperkende factor zijn?

Mijn collega Dankers heeft een motie ingediend om de groeps-grootte voor ernstig gehandicapten te verkleinen. Nu is in 50% van de gevallen de groeps-grootte nog tien of meer, terwijl wij naar zes toe moeten. Dat wordt inderdaad ook gevraagd. Er zijn echter onvoldoende gelden om de exploitatie rond te krijgen. De ontwikkeling zou zo juist nog extra stagneren. Is dat probleem inderdaad aanwezig?

De wachtlijsten in de zorg worden in belangrijke mate ook beïnvloed door de situatie op de arbeidsmarkt. De minister heeft ons in dat verband zeer recent een plan van aanpak voorgelegd. Daar staan veel mooie dingen in, hoewel het nog onduidelijk is of het zal lukken. Er is echter vooral gekeken vanuit het ministerie van VWS. Waarom is er geen

aandacht voor het vmbo en mbo en wordt er dus niet meer samengewerkt met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen? In de regio's moeten onderwijs- en zorginstellingen en overheden samen proberen het personeelstekort aan te pakken. Op die scholen zitten de toekomstige zorgverleners en verpleegkundigen. Men moet samen kijken hoe de problemen kunnen worden aangepakt. Dit kan bijvoorbeeld bij de invulling van de stageplaatsen en het kijken wat daarvoor nodig is.

In de agenda Ethiek en gezondheid geeft de regering aan dat in 2002 wordt gestart met een Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG). De CDA-fractie is van oordeel dat zo'n centrum een belangrijke rol kan spelen bij diverse ethische onderwerpen. Bij de behandeling van het wetsvoorstel inzake euthanasie heeft mevrouw Ross namens de CDA-fractie al nadrukkelijk de relatie tussen palliatieve zorg en euthanasieverzoeken aan de orde gesteld. Kan de regering toezeggen dat het CEG deze relatie op korte termijn eens nader gaat verkennen?

Het CDA heeft in haar verkiezingsprogramma uit 1998, Samenleven doe je niet alleen, al nadrukkelijk aandacht geschonken aan het belang van goede palliatieve zorg. Meer en meer wordt duidelijk hoe belangrijk dat is voor mensen. Hospices, maar ook andere instellingen leveren die palliatieve zorg. Deze zorg is echter duur en verschillende hospices hebben dan ook moeite om het hoofd boven water te houden. De CDA-fractie vindt dat financiering geen belemmering mag zijn voor het aanbieden van goede palliatieve zorg. Daarom zijn wij voor een PGB dat voldoende in de zorgvraag van de desbetreffende mensen kan voorzien. Denkt de regering dat dit mogelijk is voor mensen die daarom vragen?

De CDA-fractie zou ook graag zien dat de regering zelf het initiatief neemt voor de verdere bevordering van het vergaren van kennis op het gebied van de palliatieve zorg. De CDA-fractie acht zorgvuldige monitoring van de Euthanasiewet en de Wet afbreking zwangerschap door bijvoorbeeld het CEG zeer gewenst. Nieuwe mogelijkheden voor diagnostisch onderzoek, zoals prenatale screening, kunnen nieuwe dilemma's met zich brengen. De CDA-fractie acht het zeer essentieel

## Mosterd

dat mensen zelf kunnen kiezen hoe zij daarmee wensen om te gaan. Hun keuze mag voorts geen enkel gevolg hebben voor de zorg die zij daarna nodig hebben.

De thuiszorg heeft het probleem van de uitvoerige registratie van de handelingen op uitvoerend niveau. De inspectie geeft dit ook aan. De CDA-fractie vindt dat deze bureaucratie zo snel mogelijk moet verdwijnen. Er moet ruimte worden gegeven aan organisatie, met verantwoording achteraf op hoofdlijnen. Kan de regering garanderen dat de rijksvoorschriften het oplossen van dit probleem niet in de weg zullen staan?

Als ouderen langer zelfstandig blijven wonen en wij als samenleving dat sterk waarderen, moeten zij er ook op kunnen rekenen dat zij de voorzieningen krijgen die nodig zijn voor dat zelfstandig blijven wonen. Dat is voor een belangrijk deel geregeld via de thuiszorg en ook met bepaalde vervoersvoorzieningen op het gebied van de WVG. Bij de maaltijdvoorziening is er echter eigenlijk geen verplichting, hoewel deze overal redelijk goed is geregeld. Is het niet nodig dat er ook voor die zekerheid een maaltijdvoorzieningsverplichting komt, zoals wij die in het kader van de WVG kennen? De regering schrijft dat 75% van de zorg in Nederland wordt verleend door een miljoen mantelzorgers. De CDA-fractie vindt het juist dat er extra geld wordt uitgetrokken voor deze omvangrijke groep. Minstens zo belangrijk is dat de overheid en de maatschappij waar mogelijk rekening houden met de problematiek waarmee deze mensen geconfronteerd worden. De een gaat het om het combineren van zorg en arbeid, de ander heeft af en toe extra ondersteuning bij de zorg nodig.

De CDA-fractie heeft altijd op de bres gestaan voor het vrijwilligerswerk, ook in de zorg, en zij vindt het heel mooi dat de overheid nu ook hierbij het belang van de vrijwilligers nadrukkelijk inziet. Het valt haar echter tegen dat de overheid niet erg goed aansluit bij het bestaande vrijwilligerswerk. Ik kom daarop, omdat ik enerzijds de patiëntennota zie waar het vrijwilligerswerk ook nadrukkelijk bij betrokken is en ik anderzijds het vrijwilligersveld hoor klagen dat zij niet betrokken is bij die nota. Dat had best gekund, bijvoorbeeld via de CG-raad of via de

bestaande ouderenorganisaties. Waarom is het niet gebeurd?

De toegankelijkheid van de crisisopvang is in gevaar door opnameproblemen bij de GGZ, zo schrijft de inspectie in juni 2001. Als oorzaak daarvoor wordt de afbouw van de klinische capaciteit ten gunste van de extramuralisering genoemd. Wat is de reactie van de regering op die klacht? De maatschappelijke opvang kent op dit moment enorme problemen. Het eerste wat men in die sector tegen mij zegt, is dat er sprake is van steeds zwaardere en ziekere patiënten. Er is onvoldoende gekwalificeerd personeel, onvoldoende geld om de cao te betalen en een gebrekkige afstemming met de GGZ. Iedereen heeft wel uitgerekend hoe groot het tekort eigenlijk is. Bij de gemeente Den Haag is het al 4 mln gulden en bij de Federatie Maatschappelijke opvang 100 mln gulden. Bij de algemene politieke beschouwingen is het ook hier aan de orde geweest. Volgens mensen uit het veld is er 165 mln gulden nodig om het totale probleem op een verantwoorde manier op te lossen. Kortom, er moet wel wat gebeuren om een goede basis in de maatschappelijke opvang te kunnen hebben. Dat zal de minister toch ook willen? Hoe kan zij in de komende tijd een goede maatschappelijke opvang garanderen? Heeft zij daar voldoende middelen voor? Is het niet nodig om eens verder te bekijken of delen van die maatschappelijke opvang meer richting de AWBZ kunnen schuiven? Is het niet beter om zieke mensen die om allerlei redenen uit de AWBZ rollen, met dat probleem te helpen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. De afgelopen regeerperiode heeft de PvdA zich ingezet om de capaciteits- en kwaliteitsproblemen in de gezondheidszorg aan te pakken. Er is gekozen voor een aanpak waarbij extra investeringen niet meer van hetzelfde moesten opleveren, maar aantoonbare kwaliteitsverbeteringen. Het extra geld moest terechtkomen op de plek waar het aantoonbaar nodig was. Er werd geïnvesteerd in de arbeidsmarktproblematiek, de wachtlijsten, de jeugdgezondheidszorg, de genees- en hulpmiddelen en de mantelzorg. Vandaag willen wij de balans opmaken van wat er is bereikt en wat er in deze kabinetsperiode

nog moet gebeuren. Wat staat het optimaal realiseren van onze doelstellingen in de weg? In welke sectoren zijn er nog grote problemen?

Ik begin met de wachtlijsten. Over de aanpak van de wachtlijsten in de thuis- en gehandicaptenzorg is de PvdA tevreden en wil bij dezen haar voorzichtige complimenten aan de minister en de staatssecretaris overbrengen. De aanpak van de wachtlijsten in deze sectoren begint gelukkig vruchten af te werpen. De totale omvang van de wachtlijsten is met circa 35% gedaald ten opzichte van mei 2000. De PvdA heeft ook waardering voor het ingezette overheidsbeleid van meer keuzevrijheid, met name de beleidsinstrumenten van persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten.

Wij zijn voorzichtig met complimenten, omdat wij er nog lang niet zijn. Als wij de balans opmaken, zien wij dat er meer moet gebeuren. In maart 2001 staan er nog steeds 21.000 mensen zonder enige vorm van professionele hulp op de wachtlijst voor de thuiszorg. De wachtlijsten in de verzorgings- en verpleeghuizen zijn nauwelijks gedaald na de vorige peiling. Er is nog steeds sprake van regionale verschillen. In sommige regio's zijn de wachtlijsten nagenoeg weg, maar in andere regio's zijn zij nog veel te lang. De oplossing is op dit moment niet zozeer om geld beschikbaar te stellen voor de aanpak van wachtlijsten. Er is gekozen voor het boter-bij-de-visprincipe, waardoor er genoeg geld beschikbaar is. Dit komt erop neer dat alle zorg die wordt gerealiseerd, ook wordt betaald.

De belangrijkste oorzaak van de wachtlijsten is het personeelstekort. Vorig jaar diende ik een motie in om geld dat voor de wachtlijsten was bedoeld, voor werving en extra begeleiding van personeel in te kunnen zetten, of voor andere dingen waardoor de wachtlijsten worden bekort. Met daarbij nog steeds als regel: boter bij de vis, dus aantoonbare resultaten. Nu wordt er gezegd dat de motie is uitgevoerd, omdat er Van Rijngelden voor de arbeidsmarktproblematiek zijn uitgetrokken.

Ik heb begrepen dat dit geld met toestemming van het departement van VWS is opgegaan aan secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals de broodnodige kinderopvang. Het gevolg is dat het geld voor de thuiszorg op de plank blijft liggen,



## Arib

omdat er te weinig geld is voor scholing en begeleiding van personeel. Instellingen moeten plannen kunnen indienen voor het oplossen van hun personeelsproblemen en andere zaken die de kwaliteit van de zorg verbeteren. Hiervoor moeten de wachtlijstmiddelen worden ingezet die nu onbenut blijven vanwege de strakke verdeling ervan.

De heer **Buijs** (CDA): Is mevrouw Arib met mij van mening dat haar motie niet is uitgevoerd? Zij probeerde convergerende vaten te maken voor meer evenwicht tussen de verschillende potten, maar wij hebben geconstateerd dat de minister dit niet heeft uitgevoerd. Wat is haar mening daarover?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb hiernaar gevraagd bij het korte debat over de thuiszorg. Ik vond het argumenten van de staatssecretaris over het extra geld voor het personeelstekort via de Van Rijnmiddelen niet echt overtuigend. Bij dezen vraag ik waarom die motie niet is uitgevoerd. Behalve de VVD was de hele Kamer ervoor, dus ik ben ontzettend benieuwd waarom zij niet is uitgevoerd.

In de GGZ is het tegenovergestelde aan de hand. Er zijn wachtlijstplannen ingediend, maar een gegarandeerde financiering ontbreekt. De GGZ is de enige sector waarbij geen geclausuleerde openeinderegeling geldt. De argumenten van de minister dat er geen protocol is voor indicatiestelling en geen transparante wachtlijstregistratie, vindt de PvdA-fractie niet langer acceptabel. De sector is hiermee ver gevorderd en verdient de zekerheid dat hij financiering krijgt om de plannen in 2001 uit te voeren. Wij hebben begrepen dat er een akkoord is tussen het ministerie, de GGZ-sector en de verzekeraars. Kan de minister bevestigen dat er nu een openeinderegeling is voor deze sector?

Het principe "boter bij de vis" geldt vooral bij de productie van meer zorguren, dus voor de kwantiteit, zonder aandacht te besteden aan de kwaliteit van de geboden zorg. Na vier jaar breekt ons dat op. De fractie van de PvdA is erg geschrokken van het rapport Een keten van lege zondagen waaruit blijkt dat mensen in de GGZ die langdurig afhankelijk zijn van zorg

het moeten doen met face to face contacten van 35 minuten per dag. Standaard is 80 minuten. Gemiddeld is er 35 minuten tijd voor dagactiviteiten per week. De standaard is 5 tot 10 uur. Dat komt neer op 56% minder zorg.

Ook op het terrein van materiële voorzieningen en diensten zijn er tekorten van 30% tot 70%. Te denken valt aan huisvesting en recreatiemogelijkheden. De kwaliteit van de afdeling voldoet niet aan de standaard voor passende zorg. De mogelijkheid om de dag elders door te brengen wordt gedwarsboemd door een ontoereikende financiële compensatie voor de maaltijden en onvoldoende vervoersmogelijkheden. Dat kan niet meer in deze tijd. Wij komen er niet van af door te stellen dat er sprake is van slecht management, wat overigens ook niet uit het onderzoek blijkt. Er is een standaard voor passende zorg en die moet worden nageleefd. Daarvoor moeten extra middelen komen. Deze mensen hebben recht op activiteiten, directe begeleiding en een goede behandeling.

De fractie van de PvdA gaat ervan uit dat de wachtlijstmiddelen ook kunnen worden ingezet om deze zorgverschraling het hoofd te bieden, bijvoorbeeld bij wachtlijsten voor de dagbesteding. Ik hoor graag de reactie van de minister hierop.

In de gehandicaptensector komt de zorg op maat steeds dichterbij. De fractie van de PvdA is ingenomen met de manier waarop de staatssecretaris de financiering van de gehandicaptenzorg moderniseert en daarbij rekening houdt met de zorgzwaarte van de cliënten. Het geeft gehandicapten en hun belangenbehartigers volop de ruimte om de zorg meer op maat in te richten en eenieder datgene te geven wat nodig is.

De staatssecretaris heeft eerder in overleg met de Kamer aangegeven dat voor de eerste stappen van dit noodzakelijke proces extra financiering beschikbaar is. Daar zijn wij blij mee. Wij weten echter tegelijkertijd dat dit nog niet genoeg is. In de zorg, ook in de gehandicaptenzorg, is sprake van vergrijzing en een nog onvervulde behoefte aan zinvolle dagbesteding. Kan de staatssecretaris aangeven hoe de financiering op lange termijn kan worden gewaarborgd?

Gehandicapten hoeven gelukkig niet alleen aangewezen te zijn op

zorginstellingen, ver weg van de gewone samenleving. Integratie in allerlei vormen wordt actief door de staatssecretaris gestimuleerd. Het uit zich in de concentratie van zorgvoorzieningen, kleinschalige woonvormen en in het bieden van veel ondersteuning thuis. Vooral voor ouders met jonge kinderen is met het persoonsgebonden budget en begeleiding via sociaal-pedagogische diensten en integratie in het onderwijs het beleid succesvol. Het roept wel spanning op, want als gehandicapten meer in de gewone samenleving blijven, moeten zij ook meer gebruik kunnen maken van de gewone voorzieningen, bijvoorbeeld van kinderopvang. Als een gehandicapt kind naar de gewone school gaat, moet het kind ook gebruik kunnen maken van de naschoolse opvang. Het beleid van instellingen voor kinderopvang wordt lokaal bepaald. Veranderingen zijn daarmee te veel afhankelijk van het toevallige initiatief van gemeenten. Van de coördinerend bewindspersoon voor gehandicaptenbeleid verwacht de fractie van de PvdA een actieve, stimulerende inbreng. Is de staatssecretaris bereid, komend voorjaar een aparte notitie naar de Kamer te sturen met een overzicht van concrete beleidsinspanningen op dit terrein?

Ik vraag ook aandacht voor de kwaliteit in de ouderenzorg. Bij de behandeling van de Zorgnota 2001 heb ik gevraagd, minimumkwaliteits-eisen te formuleren voor de ouderenzorg. Een motie daarover heb ik aangehouden, omdat de staatssecretaris heeft toegezegd, daaraan te werken. Wat is de stand van zaken?

De verschraling in de zorg is het meest zichtbaar in de zomermaanden. Afgelopen zomer heb ik moeten meemaken hoe verschrikkelijk dit kan zijn. Tijdens een stageperiode in Amsterdam en Vinkeveen heb ik samen met drie verzorgenden een afdeling met ongeveer 30 zwaar-behoefte demente ouderen moeten verzorgen. Dat zijn ongeveer 10 patiënten per dag per verzorgende. Ik vind dat onacceptabel. Verzorgenden en verpleegkundigen hebben ook recht op vakantie. Het personeelsgebrek is in te plannen. Ik doe een beroep op de bewindslieden, alvast op de komende zomermaanden te anticiperen en een plan voor de zorg in de zomermaanden op te stellen.

## Arib

Een probleem dat hiermee samenhangt, is bijvoorbeeld het inhuren van uitzendkrachten. Vooral in de zomermaanden is dat dringend nodig, maar de instellingen worden met gigantische kosten geconfronteerd, omdat zij btw-plichtig zijn. Zij moeten 19% btw afdragen. Dat is zo'n f 10.000 à f 15.000 per maand per verzorgende. Een reguliere kracht kost daarentegen f 50.000 per jaar. Waarom geldt deze regeling voor de verpleeghuizen? Ik weet namelijk dat in de thuiszorg deze btw-plicht is afgeschaft.

Mevrouw **Kant** (SP): Over die btw ben ik het met u eens. Ik ben in de afgelopen zomer in hetzelfde verpleeghuis geweest als u. Als je daar geweest bent, kun je toch slechts tot één conclusie komen, namelijk dat er permanent veel meer handen nodig zijn? Er moet inderdaad een noodplan voor de zomer komen, maar er moeten ook permanent veel meer handen aan het bed, bijvoorbeeld één op de twintig of één op de tien verpleegkundigen. Is dat geen structurele oplossing?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het volledig met u eens dat dat keihard nodig is in de zorg, vooral in de verzorgende beroepen. Wij hebben in andere debatten telkens naar voren gebracht dat er meer handen nodig zijn; daarvoor hebben wij ook allerlei voorstellen aangedragen, bijvoorbeeld om actief te werven onder herintreedsters en allochtone vrouwen. Dat is een structurele oplossing, maar in de zomermaanden is de situatie veel schrijnender. Dat wil niet zeggen dat het in andere maanden goed verloopt; ook dan is de situatie erg. Op de afdeling waar ook u bent geweest, draait men soms met vier of vijf verpleegkundigen; dat is onvoldoende, maar in de zomermaanden zijn er drie verpleegkundigen. Het staat als een paal boven water dat er een structurele oplossing moet komen, maar wij kunnen ook echt op tijd anticiperen op de situatie in de zomermaanden, die wij nu al zien aankomen. Met name de uitzendkrachten zijn keihard nodig.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik neem aan dat ook u gesprekken hebt gevoerd in dat verpleeghuis. Het probleem is dat men geen geld heeft om mensen aan te stellen. Er is geld beschikbaar

om de wachtlijsten aan te pakken; als men daarvoor meer personeel kan aannemen, kan dat, maar voor het verlagen van de werkdruk is er een potje werkdrukmiddelen, waarvan in zo'n verpleeghuis hooguit één formatieplaats kan worden betaald. Bent u ervoor dat verpleeghuizen – voor de gehandicaptenzorg geldt overigens hetzelfde – meer werkdrukmiddelen krijgen, zodat zij meer personeel kunnen aanstellen, niet alleen ter bestrijding van de wachtlijsten, maar ook om de huidige werkdruk te verlagen? Als die mensen er zijn, moet men dat gewoon kunnen doen. Bent u dat met mij eens?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben bang dat u het eerste deel van mijn inbreng hebt gemist, want daarin heb ik erop gewezen dat er regio's zijn waar wachtlijstgelden op de plank blijven liggen, terwijl er een tekort is aan personeel. De motie die ik indertijd heb ingediend en waar ook u voor hebt gestemd, was bedoeld om dat wachtlijstgeld in te zetten voor personeel. Het gebrek aan personeel is inderdaad een van de belangrijkste oorzaken van dit probleem; dat moet je inderdaad met structurele maatregelen proberen op te lossen. Er zijn wel Van Rijn-middelen, maar die blijken niet voldoende te zijn. Vandaar dat wij toen die motie hebben ingediend.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn vraag gaat nog veel verder. mag een verpleeghuis dat nu werkt met tien verpleegkundigen of verzorgenden en dat morgen een elfde kan aannemen, dat van u doen en wordt dat dan hier gedekt? Dat zou een wezenlijke oplossing van het probleem zijn. U valt nu weer helemaal terug op het wachtlijstgeldpotje, maar ik bedoel het principiëler: als er personeel is om de werkdruk te verlagen, mag een instelling dat personeel dan gewoon aannemen en de rekening hierheen sturen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): U wekt de indruk dat het personeel zomaar beschikbaar is. Wij weten dat dat overall, ook in het onderwijs en de politie, een probleem is, want iedereen vist in dezelfde vijver. Ook als je meteen geld beschikbaar zou stellen, heb je dus niet meteen honderd mensen extra. Ik vind wel dat je moet investeren in de arbeidsvoorwaarden en dat de

arbeidsomstandigheden aantrekkelijker moeten worden gemaakt. Wij bekijken ook welke mogelijkheden wij als Kamer daarvoor kunnen benutten; vandaar die motie om de op de plank liggende wachtlijstgelden in te zetten voor personeelswerving. Daarmee ben je echter niet van vandaag op morgen van het probleem af. Het ligt veel gecompliceerder. Als men morgen met geld aan de slag zou kunnen, heeft men niet direct iemand. Het is dus gecompliceerd en het duurt lang, maar ik ben het ermee eens dat er naar structurele maatregelen moet worden gezocht. Wat dat betreft, verschillen wij niet van mening.

Ouderenzorg is breder dan alleen de aanpak van de wachtlijsten. Een aantal thema's die hiermee samenhangen, blijven in de Zorgnota en de begroting helaas onderbelicht. Ik noem de positie van allochtone ouderen, de palliatieve zorg en de inkomenspositie van mensen die langdurig in AWBZ-instellingen wonen.

Allochtone ouderen vormen nog steeds een groep die niet of nauwelijks voor zichzelf opkomt en die steeds in een marginale positie verkeert. Het is helaas een vergeten groep, ook in de Zorgnota en de begroting. Het lijkt wel of deze groep geen premies heeft betaald. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze groep in een sociaal en economisch isolement verkeert. In de maatregelen die de minister en de staatssecretaris voorstellen, wordt nauwelijks met deze groep rekening gehouden. De staatssecretaris heeft eerder aangekondigd met een notitie te komen over de positie van allochtone ouderen. Hoe staat het met die notitie? Onlangs heeft de Stichting bevordering maatschappelijke participatie in een rapport een aantal aanbevelingen gedaan over de positie van allochtone ouderen. De projectgroep heeft twee rapporten opgesteld en houdt nu op met bestaan. Wie bepaalt wat er met die aanbevelingen wordt gedaan? Volgens mij werden de rapporten opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS. Welke concrete stappen heeft de staatssecretaris genomen om het sociaal isolement van allochtone ouderen te doorbreken? Ook wil ik in dit verband het rapport Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen en het rapport over de gezondheidszorg in de grote steden aanhalen. Hoewel

## Arib

ik veel respect heb voor de commissie, kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat deze commissie kleurenblind is geweest. In de aangeboden rapporten wordt niet ingegaan op het aspect etniciteit hoewel dit, naast de sociaal-economische gezondheidsorzaken, een belangrijke factor is. Dit is een gemiste kans. Ik hoor graag van de minister wat hiervoor de verklaring is, te meer omdat dit punt in eerdere rapporten steeds werd genoemd.

In lijn met het streven van het kabinet om de palliatieve zorg te integreren in het huidige aanbod van zorg, is de PvdA-fractie van mening dat bijzondere aandacht dient uit te gaan naar de laatste levensfase. Extra aandacht en middelen voor ontwikkelingen binnen dit terrein zijn gerechtvaardigd. Nog steeds ontbreekt het aan een adequate financiering van de palliatieve zorg. Verpleeghuizen voelen zich soms gedwongen om patiënten met een hoge zorgwaarde te weigeren. Gewerkt wordt aan een financiering naar zorgwaarde, maar dit geldt vooral voor de lange termijn. De PvdA-fractie is van mening dat er een adequate financiering moet komen voor de palliatieve zorg. Tegelijkertijd moeten projecten gericht op het ontwikkelen van kennis en expertise op het terrein van de palliatieve zorg, de ruimte en de nodige tijd krijgen om te kunnen worden voortgezet. Wat is de mening van de minister hierover?

Er is meer geld nodig voor de maatschappelijke opvang. De huidige capaciteit van plaatsen, gebouwen en personeel is onvoldoende. Mijn fractie gaat ervan uit dat de motie-Vendrik/Marijnissen volgend jaar wordt uitgevoerd, maar zij is van mening dat een extra bedrag moet worden toegevoegd. Mijn fractie heeft een amendement voorbereid waarin een bedrag van ongeveer 10 mln gulden wordt genoemd. Daarnaast ligt er een amendement voor 10 mln gulden ten behoeve van de zwerfjongeren. Er liggen bij instellingen als De Terp in Leeuwarden en Mijnzicht in Heerlen prachtige plannen klaar. Daarvoor is een convenant nodig tussen de VNG, de Federatie opvang en het ministerie van VWS om de doeluitkering veilig te stellen.

De oudere dak- en thuislozen vormen een fors probleem. Ik heb hierover eerder met collega Van der Hoek schriftelijke vragen gesteld. Een

groot deel van deze mensen heeft AWBZ-zorg nodig, maar krijgt deze niet. Waarom worden mensen in een instelling voor maatschappelijke opvang niet gezien door de RIO's, zodat zij na indicatiestelling thuiszorg of zorg in een verpleeghuis kunnen krijgen? Kan de staatssecretaris ervoor zorgen dat deze mensen zo snel mogelijk geïndiceerd worden en AWBZ-zorg ontvangen? Kan dit door middel van een PGB, zodat personeel in de instelling voor maatschappelijke opvang desnoods de nodige zorg kan verlenen? Kunnen de instellingen voor maatschappelijke opvang het PGB-geld beheren wanneer de cliënt daartoe zelf niet in staat is?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Heeft mevrouw Arib de brief van vandaag in antwoord op mijn vraag bij de regeling van werkzaamheden niet gelezen? Daarin wordt haar vraag al beantwoord.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Doelt mevrouw Hermann op de motie?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik doel op de vraag die ik bij de regeling heb gesteld of mensen die gebruik maken van de maatschappelijke opvang een PGB kunnen krijgen voor begeleiding in de geestelijke gezondheidszorg. Daar gaan beide bewindslieden duidelijk op in.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat heb ik helaas niet gezien.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dat antwoord komt straks wel, maar er zijn heel duidelijk mogelijkheden om daarvan gebruik te maken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er is wel een verschil tussen wat formeel kan en wat in de praktijk gebeurt. Het probleem dat wij bijvoorbeeld bij ouderen zien, is dat zij formeel een beroep kunnen doen op een PGB en zich kunnen laten indiceren. In de praktijk blijkt toch dat mensen daarbij begeleiding en ondersteuning nodig hebben. Het blijkt vooral voor oudere zwerfers toch een probleem te zijn om naar het RIO te stappen en een PGB aan te vragen. Datzelfde geldt voor psychiatrische patiënten. Mijn vraag is om er meer bekendheid aan te geven en om instellingen die onder de AWBZ vallen, zoals verpleeghuizen, en de RIO's samen met de maatschappelijke opvang om

de tafel te laten gaan zitten om te bezien hoe de groep die niet uit zichzelf een beroep doet op AWBZ-zorg, hoewel dat formeel natuurlijk wel kan, kan worden gesteund en gestimuleerd om dat toch te doen. Ik weet niet of de brief daarop voldoende antwoord geeft, maar die ga ik straks heel kritisch lezen.

Voorzitter. De problemen in de jeugdzorg zal ik niet bij deze begroting aan de orde stellen, want daar komt nog een apart debat over, wel wil ik mijn ongenoegen uiten over het uitblijven van de wet op de jeugdzorg. Kamerbreed is verleden jaar gepleit voor snelle invoering van die wet waarin het recht op jeugdzorg zou worden vastgelegd en waardoor bureaus jeugdzorg tot een verbeterde toegang zouden leiden. Nu bereiken ons signalen dat er vertraging is opgetreden. Aan alle voornemens van de staatssecretaris om de wet per 2003 in te voeren, moet nu worden getwijfeld. Dat is zeer frustrerend, niet alleen voor de Kamer, maar vooral voor de jeugdigen zelf. Het uitstellen van de wet heeft veel nadelige gevolgen voor de hulp aan kinderen in problemen, zoals onlangs nog bleek bij het geval in Westerpark. Wie de NRC van afgelopen zaterdag heeft gelezen over het meisje dat in Amsterdam Westerpark door een groep jongens werd aangerand en verkracht zal zich ernstig afvragen hoe het mogelijk is dat in een land als Nederland met zoveel voorzieningen geen adequate hulp aan dit slachtoffer van geweld kan worden geboden. Het slachtoffer werd van het kastje naar de muur gestuurd, niemand voelde zich verantwoordelijk. Ook heeft het te lang geduurd voordat het hulp kreeg, maar nog steeds heeft het niet die specialistische hulp die het nodig heeft.

Voorzitter. Seksueel misbruik en mishandeling van kinderen is een ernstige schending van de rechten van het kind. De overheid dient de kinderen die daar slachtoffer van zijn te beschermen en de hulp die zij nodig hebben ook beschikbaar te stellen. Ik moet helaas constateren dat het geval van dat meisje blootlegt hoe slecht de hulp aan seksueel misbruikte kinderen en kinderen die slachtoffer zijn van geweld is geregeld en hoe de overheid het ook hier laat afweten!

## Arib

Er bestaat geen specialistische hulp voor deze groep kinderen. Er is slechts één diagnostisch centrum in Groningen dat elk jaar geld bij elkaar moet scharrelen om overeind te blijven. Bovendien, ook dit centrum heeft wachtlijsten. Anderhalf jaar geleden heb ik een motie ingediend over een structurele financiering van dit centrum en gevraagd om meer centra in het land. Deze motie wacht nog steeds op uitvoering. Sterker nog, in een debat met Justitie wist men niet welke motie ik bedoelde. De PvdA is van mening dat er voldoende aanbod moet komen voor diagnostiek en behandeling van kinderen die slachtoffer zijn van geweld en seksueel misbruik. Er zijn op dit moment initiatieven in vier regio's in het land. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid deze initiatieven financieel te steunen. Graag een reactie van de staatssecretaris. Ook op dit punt heb ik een amendement voorbereid. In dit verband wil ik nog graag de aandacht vragen voor een preventief project in Amsterdam waarin wordt samengewerkt tussen de consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en andere instellingen voor jeugdzorg om de aanpak van kindermishandeling actief te stimuleren.

Voorzitter. Ik kom op een punt waarover collega Ross al bij de regeling sprak, maar ik wil het op dit moment toch graag onder de aandacht van de staatssecretaris brengen en dat betreft het bericht dat vandaag in de Volkskrant is verschenen naar aanleiding van het vermiste meisje dat in Nulde is gevonden. Daaruit bleek dat tientallen leerlingen, misschien zelfs honderden, zoekraken bij scholen. Ik vraag mij af, hoe dat toch mogelijk is. Ik realiseer mij dat dit onderwerp nauw raakt aan het onderwijsbeleid, maar deze staatssecretaris heeft toch de coördinerende taak op het gebied van de jeugd. Er moet toch een sluitend systeem zijn dat voorkomt dat kinderen op die wijze zoekraken en niet meer getraceerd kunnen worden? Is de staatssecretaris voor het jeugdbeleid bereid hierover in contact te treden met haar collega van Onderwijs en om tot een sluitende aanpak te komen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Mevrouw Arib verwijst uitsluitend naar Onderwijs en vraagt deze staatssecretaris met haar collega van Onderwijs contact op te

nemen, maar dit onderwerp raakt natuurlijk zeer aan het overigens heel gevoelige onderwerp van vermissingen dat in het kader van Justitie behandeld is en waarover wij onlangs nog een wetsvoorstel hebben behandeld. Zou het niet goed zijn om dat onderwerp met name te leggen op de plaats waar het hoort, namelijk bij het ministerie van Justitie? Ik zou u dat in ieder geval willen aanraden!

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het hiermee eens. Ik realiseer mij dat dit onderwerp aan verschillende ministeries raakt, maar juist daarom vind ik het belangrijk dat de staatssecretaris gebruik maakt van haar coördinerende functie. Als je dit puur als onderwijsprobleem ziet, kun je wijzen op de rol van de leerplichtambtenaar. Daarmee is niet alles gedekt. Daarom dring ik aan op een sluitende aanpak waarbij de ministeries van Justitie, van VWS en van OCW zijn betrokken. Een sluitend systeem moet voorkomen dat kinderen uit het oog worden verloren.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Juist omdat mevrouw Arib mij iets te gemakkelijk spreekt over de coördinerende taak van de staatssecretaris, vraag ik op welke taak zij doelt als het gaat om kinderen die worden vermist. Dit is een ernstige problematiek, maar de cruciale vraag is dan of er sprake is van een misdrijf. Ik vind dat enige voorzichtigheid op zijn plaats is om dit nu bij uitstek onder de coördinerende taak van de staatssecretaris voor het jeugdbeleid te brengen. Daarmee heeft dit volgens mij niet zoveel te maken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wijs op de vragen die ik eerder heb gesteld aan met name de minister van Justitie over de problematiek van kinderen van Marokkaanse afkomst die naar het land van herkomst worden gebracht en daar worden achter gelaten. Niemand weet waar het kind blijft. Die wetenschap heb ik in mijn achterhoofd als ik erop aandring dat er uit verschillende invalshoeken moet worden voorkomen dat kinderen verdwijnen. Dit hoeft niet altijd op een misdrijf te berusten; er kan ook sprake zijn van een ontoereikende uitwisseling van informatie.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De staatssecretaris mag van mij van alles en nog wat coördineren, maar dit hoort mijns inziens thuis bij de leerplichtambtenaar. Er is niet gemeld dat het kind niet op school aanwezig was. Als er sprake is van vermissing, wordt het ministerie van Justitie ingeschakeld. Ik vind dat wij dit moeten weghouden van het ministerie van VWS en met name van het jeugdbeleid.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het daarmee niet eens. Ik vind dat wij niet teveel bij dit voorbeeld moeten stilstaan. De meeste kinderen nemen deel aan het onderwijs en dit is dan ook de belangrijkste ingang, maar andere kinderen verblijven in bijvoorbeeld een kinderdagverblijf of een instelling voor jeugd-GGZ. Ik vind het daarom belangrijk dat een sluitende aanpak wordt gevonden waarin de samenhang en de samenwerking tussen die instellingen wordt geregeld. Het voorbeeld dat ik heb genoemd, illustreert dat er kennelijk iets niet goed is geregeld met de leerplichtambtenaar. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt natuurlijk primair bij het ministerie van OCW, maar ik vind toch dat de staatssecretaris haar verantwoordelijkheid moet nemen voor de andere voorzieningen voor jeugdzorg.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het klinkt mij nu in de oren dat het ministerie van OCW op dit terrein faalt, omdat de leerplichtambtenaren geen meldingen ontvangen van de scholen en dat wij daarom nu proberen dit te regelen bij de staatssecretaris voor het jeugdbeleid. Ik vind dat wij dit punt bij de behandeling van de begroting van het ministerie OCW aan de orde moeten stellen en niet erop moeten aandringen dat een ander ministerie de coördinatie op zich neemt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb niet bedoeld dat de staatssecretaris een taak op zich neemt in plaats van het verantwoordelijke ministerie. Ik heb gezegd dat de verantwoordelijkheid in dit geval ligt bij het onderwijs. Wij hebben er al meermalen op gehamerd dat er een leerlingvolgsysteem moet komen en dat de leerplichtambtenaar in actie moet komen als kinderen drie dagen achtereenvolgens niet op school verschijnen. Dit is een verantwoordelijkheid van het ministerie van OCW. Ik zeg niet

## Arib

dat het gefaald heeft, maar het kan beter en dit moet dan ook gebeuren. Dit ontslaat de staatssecretaris voor het jeugdbeleid echter niet van de taak om daaraan een bijdrage te leveren. Jeugdzorg gaat verder dan alleen onderwijs.

Wij zijn blij dat de kinderopvang aanzienlijk groeit in deze kabinetsperiode, naar verwachting met bijna 80.000 plaatsen. Dit is een mooi resultaat. Het is ook positief dat de Wet basisvoorzieningen kinderopvang nu voorligt. Wij betreuren het echter dat de invoering met een jaar wordt uitgesteld. Mijn fractie vindt het noodzakelijk dat ook in dit overgangsjaar sprake zal zijn van capaciteitsuitbreiding.

Bij de behandeling van de begroting van het ministerie van OCW heeft de fractie van de PvdA een amendement ingediend dat ertoe strekt de tussenschoolse opvang te vergroten en hiervoor een regeling te treffen. Ik wil eenzelfde amendement ook bij deze begrotingsbehandeling indienen, zodat het een substantieel bedrag wordt, waarvoor de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, Volksgezondheid, Welzijn en Sport en eventueel Sociale Zaken en Werkgelegenheid gezamenlijk verantwoordelijk zullen zijn.

Er is een notitie voor eind november toegezegd over de peuterspeelzalen. Kan de Kamer deze notitie nog dit jaar tegemoet zien?

Er is minder armoede in Nederland. Dat geldt echter niet voor mensen die langdurig in een AWBZ-instelling wonen. Deze mensen betalen een eigen bijdrage en houden in het ergste geval alleen zak- en kleedgeld over. Hiervan worden zij geacht, zich te kleden, hun kamer in te richten, zich te ontspannen, zich te vervoeren, alles te kopen wat niet tot de basisvoeding behoort en bezoek te ontvangen. Het zak- en kleedgeld is afgeleid van de bijstandsnorm. Het zak- en kleedgeld van instellingsbewoners zou dan ook gelijk moeten zijn aan het bedrag dat mensen in de bijstand aan bovengenoemde posten uitgeven.

Ondanks een verhoging van het zak- en kleedgeld – ik verwijs naar de motie van de heer Melkert terzake – bereiken ons veel berichten dat dit geenszins het geval is. Alleenstaanden zouden hier nog 22% onder zitten en echtparen 28%. Dit blijkt ook uit verschillende recente

onderzoeken. Wij vragen de staatssecretaris, uiterlijk april 2002 een notitie hierover aan de Kamer te zenden, waarin op basis van deze onderzoeken wordt aangegeven hoe de verhoging van het zak- en kleedgeld kan worden gerealiseerd.

Voorzitter. Gisteren heb ik namens de PvdA een plan van aanpak voor de kraamzorg, Kraamzorg verlost genaamd, naar buiten gebracht. Wij hebben te weinig tijd om de belangrijkste punten uit dit plan nu aan de orde te kunnen stellen. Ik verzoek u daarom om dit plan van aanpak aan de Handelingen toe te voegen.

De **voorzitter**: Ik neem aan dat tegen het opnemen van een noot in de Handelingen geen bezwaren bestaan.

(De noot is opgenomen aan het eind van deze editie.)<sup>1</sup>

□

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Mijn collega Khadija Arib merkte al op dat wij vandaag een balans moeten opmaken. Er is veel gedaan, maar er is nog veel te doen. Veel kan beter en veel moet wat ons betreft ook anders. Wij spreken vandaag echter ook gewoon over de begroting voor 2002. Zo moeten wij de vraag beantwoorden of het mogelijk is om waar nodig een tandje bij te zetten.

Collega Arib heeft al voorbeelden gegeven van wat er allemaal gedaan is. Ik wil echter nog enkele gegevens opsommen. Er zijn 25% minder wachtenden in de gehandicaptenzorg en de wachttijd in de thuiszorg is met 35% afgenomen. Verder werken er 140.000 mensen meer in de zorg; is er veel meer geld beschikbaar dan in 1998 was afgesproken en zijn er 30.000 persoonsgebonden budgetten. Ik wil er ook op wijzen dat er tijdens Paars I en II 1,2 miljoen banen bijgekomen zijn, waarvan 500.000 in de laatste vier jaar. Soms wordt wel eens vergeten hoe belangrijk dat is. Mensen die werken en goed wonen, hebben een betere gezondheid en zijn minder vaak ziek. Het is echter niet genoeg, want er is nog een hoop te doen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik putte hoop uit de woorden van de heer Oudkerk dat het niet genoeg is. Waarom komt hij eigenlijk met deze opsomming?

Hij kan ook de andere kant laten zien. Zo zijn er nog steeds veel te weinig dokters en liggen de wachttijden ver boven het Europese gemiddelde. Hij is zo positief, dat ik niet anders kan dan concluderen dat hij zeer tevreden is over het afgelopen jaar.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U zou mij intussen beter moeten kennen. Het is inderdaad rechtvaardiger om beide kanten te laten zien. Ik heb nu één kant laten zien, maar maakt u zich niet ongerust: ik kom zo toe aan de andere kant. Ik ben overigens nog maar net begonnen.

De heer **Buijs** (CDA): Misschien is dit een aansporing om die andere kant even duidelijk te belichten.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat zal ik zeker doen.

Er is nog veel te doen en dat wil ik illustreren met de volgende metafoor. Ik vraag de minister hiervoor alvast om vergiffenis. De minister ligt op een ziekbed. In onze ogen krijgt de patiënt te veel behandelaars aan haar bed, zelfs zoveel dat niemand meer precies weet wie waarvoor verantwoordelijk is. Dat werkt niet genezend op de ziektes waar de minister onder lijdt.

Het zal u echter duidelijk zijn dat het mij niet gaat om de minister, maar om de gezondheidszorg. De gezondheidszorg lijdt aan ziektes die ernstig en onbehandelbaar lijken. Niets is echter richterlijk waar. De patiënt, de minister, heeft ook een eigen verantwoordelijkheid. Zij moet zorgen voor duidelijk beleid.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb u dit al letterlijk op televisie horen zeggen. Toen ging u echter verder met: en de minister ligt aan een infuus. U vergeet dat stukje vandaag toch zeker niet?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Daar gaat-ie dan, al weet ik niet of ik het woordelijk kan; ik zal het proberen. De minister ligt aan het infuus en dan komt er, als de bezoektijd al voorbij is, een meneer en die zet het infuus uit. Wat ik daarmee bedoelde, voorzitter, is het volgende. Ik heb veel waardering voor het feit dat de minister van Financiën het vorige jaar toestemming heeft gegeven voor de geclausuleerde openeinde-regeling: boter bij de vis. Als mensen kunnen aangeven dat ze meer kunnen opereren, wordt dat ook

## Oudkerk

betaald. Echter, ik heb er geen waardering voor wanneer dit te sterk afhankelijk wordt gemaakt van mijns inziens te rigide regels. Het moet echt gaan om wachtlijstmiddelen. Dat moet worden aangetoond, terwijl iedereen weet dat, als je in plaats van 100 200 operaties wil uitvoeren, je meer OK-assistenten nodig hebt. Als je die niet hebt, kun je die 100 extra operaties nooit uitvoeren. Ik zou dus willen dat er in het kader van dat geclausuleerde openeinde-regeling wat beter met dat "inhuus-beleid" zou worden omgegaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Op televisie zei u dat het de heer Zalm was die het kraantje dicht draaide. Mijn vraag is nu: zijn er niet méér partijen in deze Kamer geweest die óók aan dat kraantje zaten?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik heb gezegd dat wij daar mede verantwoordelijk voor zijn. Die verantwoordelijkheid neem ik volledig voor het paarse beleid van de afgelopen acht jaar. Daar loop ik niet voor weg. Er zijn dingen niet goed gegaan, maar nu gaat het om het volgende. Sinds april 2000 is er met de nota Zorg verzekerd een mogelijkheid gekomen voor alle instellingen, met name de cure-instellingen, die neerkomt op: oké als u meer wil doen, gaan wij niet budgetteren maar geven wij u de kans om dat geld daadwerkelijk te incasseren. Wat er bij mij niet in kan, niet in wil en ook niet in mag, is dat er sprake is van een zó rigide systeem dat je door een tekort aan personeel nooit aan die productie toekomt. Je kunt personeel nu eenmaal niet uit de lucht plukken. Als de minister van Financiën dit heeft verzonnen, is dat toch een heelmeester die de behandeling niet goed heeft ingezet.

Mevrouw **Kant** (SP): Waar het gaat om de gelden voor het Stimuleringsfonds in relatie met de wachtlijstmiddelen, zijn wij het eens. Volgens mij hebben wij het vorige jaar daarover ook al afspraken gemaakt. Alleen, vervolgens heeft de minister die niet uitgevoerd. Waar het mij nu om gaat, is dat de fractie van de PvdA, net als de heer Zalm, aan dat kraantje heeft gestaan. Nu vraagt u aan de heer Zalm om dat kraantje weer open te zetten, óók voor het personeel, maar vervolgens moeten er ook wachtlijsten worden weggewerkt. Met andere woorden: kan de

fractie van de PvdA mij zeggen: vanaf nú gaat het kraantje open?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat kraantje is al open. Als u er straks voor zorgt dat wij een Kamermeerderheid krijgen die afdwingt dat men beter en minder rigide met die regels omgaat, is het wat ons betreft noodzakelijk dat die kraan opengaat voor het wegwerken van de wachtlijsten. Maar dan moet het wél boter bij de vis zijn. Het moet aantoonbaar zijn. Ik wil dat geld niet zien wegvloeien in een bodemloze put. Het moet transparant en duidelijk zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik vind de vergelijking waarmee de heer Oudkerk komt, volslagen onzinnig. Ten eerste is dat kraantje helemaal niet dichtgedraaid. Het is zelfs zó ver opengedraaid dat wij geld overhielden. De minister gaf aan dat ze genoeg geld had en dat ze alle problemen kon oplossen.

De **voorzitter**: Vindt u dit zelf nu een interruptie?

De heer **Buijs** (CDA): Ik kom uit bij een vraag. De heer Oudkerk probeert nu...

De **voorzitter**: Stel hem dan lastige vragen, zou ik zeggen. Als u een betoog gaat houden, komen wij vandaag niet klaar met de eerste termijn van deze behandeling.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Het gaat hier om de essentie, de verantwoordelijkheid voor het beleid dat in de afgelopen periode is gevoerd. Ik heb sterk de indruk dat de heer Oudkerk nu "duikt" met allerlei oubollige vergelijkingen, maar hij kan niet ontkennen dat het juist de sturing is geweest, naast het feit dat wij de numerus fixus niet hebben afgeschaft en het feit dat wij al die middelen uit verschillende potjes niet met elkaar in verbinding hebben gebracht. Ik heb al verwezen naar de motie-Arib. Is de heer Oudkerk niet met mij van oordeel dat geld niet het grootste probleem is geweest, maar sturing?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Als u de rest van mijn betoog kunt afwachten, krijgt u op die vraag een klip en klaar antwoord. Bent u met dat antwoord niet tevreden, dan zie ik u graag terug.

Als wij praten over ziektes in de gezondheidszorg zou ik ziekte nummer één de ziekte van het zwerende vingertje willen noemen, de vinger die maar wijst en wijst en altijd naar een ander. Dat het maar niet wil deugen in de gezondheidszorg was de schuld van te weinig geld en is nu de schuld van de overheid, van de minister en vooral van de Haagse regeltjes. Het is waar dat de zorg te lange wachttijden kent. Het is waar dat lang niet alles in de zorg transparant genoeg is. Maar is het waar dat dit alles aan Den Haag ligt? Dat is het niet. Ik geef drie voorbeelden.

Het management zelf in de zorgsector – niet de zusters, niet de broeders, niet de dokters en niet de paramedici – heeft boter op het hoofd. In één ziekenhuis, waarvan ik de naam niet zal noemen, is het ziekteverzuim gedaald van 9% naar 4,5%, zonder financiële injectie en zonder regels die vanuit Den Haag veranderd werden. In een ander ziekenhuis kan een vrouw met een knobbeltje in de borst nu binnen een dag horen of het goedaardig of kwaadaardig is. Dat duurde eerst zes weken. Dat is bereikt zonder extra geld en zonder de regels aan te passen. In weer een ander ziekenhuis zijn de wachtlijsten drastisch verkort tot een à twee weken – voor de meeste operaties is zelfs geen wachttijd meer – zonder extra geld en zonder wijziging van de regels. En zo zijn er nog veel meer voorbeelden. Die verbeteringen kunnen blijkbaar gerealiseerd worden ondanks die schandalige Haagse politiek, ondanks die Haagse regeltjes en ondanks te weinig geld. Niemand kan dus overeind houden – en zeker niemand in dit huis – dat Den Haag de schuld is van alle sores.

Daarnaast hebben wij nog ziekte nummer twee, het syndroom van de vermoorde onschuld. Die laatste ziekte is behandelbaar. Die vergt nieuw leiderschap bij ondernemers en raden van bestuur in de zorg, die sense of urgency en concrete doelstellingen hebben en de uitvoering van nieuw beleid daadwerkelijk coachen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Hoe komt het dat in de drie voorbeelden die de heer Oudkerk noemt, degene die landelijk de verantwoordelijkheid draagt voor de toegankelijkheid, de minister, dit niet

## Oudkerk

bindend kan verklaren voor alle andere instellingen?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat komt doordat de minister daar niet voldoende over gaat. De minister kan het stimuleren, zij kan het aanjagen en zij kan het ook faciliteren. Terecht wordt gevraagd wat de minister op dat gebied heeft gedaan. Mijn conclusie is dat zij te veel heeft gerekend op maatschappelijk ondernemerschap, dat zij te veel heeft gerekend op derden en – nog belangrijker – dat zij onduidelijkheid heeft laten bestaan over de vraag wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit alles met de wet- en regelgeving in de kast en ook met betrekking tot de sturing in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dan is toch het concept van meerjarenaafspraken, waarop dit kabinet zo sterk heeft ingezet, mislukt?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat is nu juist het verbijsterende. Het is niet mislukt als je kijkt naar sommige ziekenhuizen, sommige instellingen en sommige sectoren. Als het op sommige plaatsen wel lukt, wil het er bij mij niet in dat het op andere plaatsen niet kan. Ik kan dat niet verklaren en wellicht mevrouw Hermann ook niet. Dat betekent dus niet dat de meerjarenaafspraken zijn mislukt. Die meerjarenaafspraken zijn gemaakt met koepelorganisaties. En als één ding de laatste jaren wel duidelijk is geworden, is het dat het beter is om bottom-upzaken op te bouwen waarin mensen geloven dan top-down.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Zou de heer Oudkerk deze situatie niet kunnen vergelijken met Arafat en de Palestijnse Autoriteit? Een zeer gezaghebbend persoon kan het niet voor elkaar krijgen om dat wat wij gezamenlijk willen, landelijk te realiseren. Het lukt wel op onderdelen, maar niet overal.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik laat deze vergelijking aan mevrouw Hermann. Ik heb daar grote moeite mee, gezien de huidige situatie in het Midden-Oosten en de mogelijke consequenties daarvan. Ik begrijp wat zij bedoelt, maar ik vind het bijna een ongepaste vergelijking.

De heer **Van der Vlies** (SGP): In de

gevallen waarin het wel lukt, zou het een kwestie kunnen zijn van moed, doortastendheid en durf; zelfs de durf om over de schaduw van allerlei regels en stelsels heen te stappen. Zou het niet kunnen zitten in de wet- en regelgeving en de dichtheid daarvan, iets wat wij al decennialang niet echt kunnen doorbreken?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben het met u eens dat wij een enorme regelzucht hebben en daarmee te veel regeltjes. Daarover verschillen u en ik niet van mening. Leg mij echter maar eens uit waarom in het ene ziekenhuis, met al diezelfde regeltjes uit Den Haag, dingen wel lukken en in het andere ziekenhuis niet... Ik maak van mijn hart geen moordkuil: ik snap dit werkelijk niet.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik ook niet en daarom moeten wij daarnaar kijken. Ik veronderstel evenwel dat de creativiteit op de ene plek wat verder reikt dan die op de andere. Het leidt mij tot de analyse dat wij eens goed moeten kijken hoe dit nu komt en dat wij de barrières voor al de ziekenhuizen en instellingen die dat niet aandurven, moeten opheffen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik heb ooit gesuggereerd om dat met behulp van "benchmarking" te doen. Dat is door het kabinet overigens al ingezet. Vervolgens zul je iets meer moeten aanjagen met behulp van financiële stimulansen zoals bonusregelingen – misschien ook malusregelingen, maar ik ben meer voor het belonen – voor instellingen en beroepsbeoefenaren die het wel goed doen. Of dat genoeg is, vraag ik mij af, want soms is het met onwilligen kwaad kersen eten.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik vind het interessant wat de heer Oudkerk aan argumentatie naar voren brengt ter onderbouwing van zijn standpunt. Ik zou hem in dit verband de volgende vraag willen stellen. Er zijn inderdaad ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorgaanbieders die goed presteren, terwijl anderen minder presteren. De heer Oudkerk haalt er dan onder meer het management bij. Als er echter ziekenhuizen zijn die niet goed presteren, wat vindt hij dan dat er moet gebeuren? Ik denk hier met name aan, omdat hij ook over het

Slotervaartziekenhuis zo zijn opvattingen heeft.

De heer **Oudkerk** (PvdA): In het geval dat ziekenhuizen beslist niet functioneren en dit duidelijk niet komt door externe omstandigheden maar door interne omstandigheden, door slecht besturen, dan vind ik dat de raden van toezicht hun verantwoordelijkheid zouden moeten nemen en een raad van bestuur naar huis zouden moeten sturen. Het ziekenhuis sluiten kan niet, want daar hebben wij er al te weinig van; dat zou een slechte oplossing zijn. Het is net als in het "gewone bedrijfsleven": je moet het management dat, los van externe omstandigheden, aantoonbaar slecht presteert, naar huis kunnen sturen. Een goede raad van toezicht gaat niet samen met de raad van bestuur op één bordje zitten klaverjassen, maar houdt goed toezicht op die raad van bestuur. Dat loopt echter wel eens niet helemaal zoals het moet.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Daarmee maakt u bijna een een-op-eenvergelijking van de ziekenhuizen met het bedrijfsleven. Doet u dat ook bij andere dingen die ziekenhuizen betreffen?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik zie de valkuil die u aan het graven bent en daar leg ik gauw een plank over! Nee, het geldt niet voor alle zaken. Wel is het zo dat ziekenhuizen grote bedrijven zijn die qua bedrijfsvoering veel zouden kunnen leren van het bedrijfsleven; ik heb er een interessant college van professor Klapwijk over mogen volgen. Maar dat betekent niet dat zij gelijkgesteld kunnen worden aan private ondernemingen, met alle bijkomende vragen die u daarover aan mij misschien zou kunnen stellen. Het antwoord daarop is: neen.

Mevrouw **Kant** (SP): Heeft de heer Oudkerk voor morgenavond al boodschappen gedaan?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat wilde straks in de pauze gaan doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Morgen is het 5 december en ik weet dat u kinderen heeft. Misschien kent u het spelletje zwartepieten?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ja, maar

## Oudkerk

dat doe ik nooit op Sinterklaasavond; die komen langs!

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn vraag heeft ermee te maken. U heeft natuurlijk een punt dat sommige ziekenhuizen het beter doen dan andere, dat die andere daarvan moeten leren en dat er managers in de zorg zijn die ook ik liever zie vertrekken. Maar wat wilt u er nu verder mee zeggen? Loopt u niet een beetje weg voor de realiteit door te doen alsof dáár de oorzaak ligt van alle problemen die wij nu in de zorg kennen? Is niet de belangrijkste oorzaak dat zeven jaar geleden het kraantje is dichtgegaan, iets waar ook uw fractie verantwoordelijk voor was?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik wil beslist niet aan zwartepieten doen. Ik wil alleen mijn verbazing erover uitspreken dat met alle dingen die wij hier horen, namelijk dat wij te veel regels hebben of dat er te weinig geld is, u en ik soms in instellingen komen waarvan wij denken: hoe kan het nu dat zij dat hier voor elkaar krijgen? Ik wil daarvan eerlijk zeggen dat ik dat niet weet. Dat betekent niet dat ik de schuld geef aan al die instellingen waar het niet lukt, want daarbij spelen vaak ook externe omstandigheden een rol die wel degelijk te maken hebben met de regels die wij hier opgesteld hebben. En in onze ijver om te dereguleren hebben wij misschien nog méér regels gemaakt. In sommige gevallen – dat gold met name tijdens het eerste paarse kabinet – heeft het ook te maken met te weinig geld. Daar heeft u gelijk in.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Oudkerk zegt dat hij niet aan zwartepieten wil doen, maar hij geeft wel degelijk een aantal andere sectoren en ook de minister van Financiën een veeg uit de pan. Ik vraag mij af waar hij mee bezig is. Het komt mij heel bekend voor. De minister zegt: ik erken met u dat de situatie in de radiotherapie buitengewoon ernstig is en wij moeten er onmiddellijk wat aan doen. De heer Oudkerk zegt ongeveer hetzelfde. Is hij niet bezig zichzelf vrij te pleiten? Het is toch gewoon gebrek aan leiding, aan sturing geweest in de afgelopen vier jaar en ook in de vorige vier jaar, dus zeg maar in de afgelopen acht jaar? Hij heeft eraan meegewerkt.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik heb al aangegeven dat ik in de loop van mijn betoog probeer een antwoord te geven. Ik kom er steeds niet aan toe, maar ik blijf het volhouden.

Als er onduidelijkheid over is wie waarvoor verantwoordelijk is, dan kan, nee moet de minister meer doen aan de derde meest ernstige ziekte die wij kennen in de gezondheidszorg: de ziekte van de verstopping van de wachtlijsten. Ik lees in het Financieel Dagblad van 26 november jl. dat voor de reductie van de wachtlijsten 2001 een verloren jaar is. Dat zegt Martin Bontje, de directeur van Zorgverzekeraars Nederland. De vraag is of dit onze ideale nieuwe regisseurs in de zorg zijn. Zij kregen immers twee keer per jaar de gelegenheid om een claim in te dienen om te proberen die wachtlijsten weg te werken. Tot mijn verbazing stuurde de heer Wiegel vorige maand een brief dat zij geen tweede claim voor geld zullen indienen. Dan zou je denken dat de wachtlijsten zijn opgelost, maar dat is natuurlijk niet zo. Zij kunnen de aanvragen van de ziekenhuizen niet beoordelen. Ook ten tijde van de derde claim in februari 2002 zullen zij daar misschien niet toe in staat zijn. Het extra geld van de geclausuleerde opneemdregeling mag namelijk alleen voor de wachtlijsten worden gebruikt en niet voor de opleiding van personeel, niet voor extra operatieassistenten, niet voor meer transmurale zorg die de ziekenhuizen ontlast, niet voor een opleidingsfonds, etc.

Collega Arib heeft vorig jaar in dit jaargetijde een motie ingediend om dat tij te keren en het geld dat voor de wachtlijsten was bedoeld flexibeler in te zetten. Ik vraag de minister deze motie uit te voeren, zodat de plannen die instellingen indienen flexibeler kunnen worden beoordeeld. Ik geef er niet een soort kader voor. Ik denk bijvoorbeeld dat het niet goed zou zijn om dat geld te gebruiken om cao's te betalen. Ik denk eerder aan opleidingsfondsen en andere dingen, maar ik vind dat wij dat niet vanuit de Kamer moeten dicteren. Wel vind ik dat het opleidingsfonds moet worden gevuld. Ik heb van de sector begrepen dat dit geleidelijk kan en dat die 240 mln gulden niet in één keer hoeft te worden opgehoest. Maar het is aan het kabinet om te bekijken hoe dat wordt betaald. Dat

kan uit die geclausuleerde opneemdregeling. Het kan uit een volgende tranche van de Van Rijnmiddelen. Het kan door componenten in de tarieven voor de opleidingskosten of voor werving opnieuw te bekijken en te verhogen. Dat is prima. De techniek is aan het landsbestuur, maar het moet wel klip en klaar zijn, zo zeg ik tegen de sector. Iedere gulden die er extra ingaat, moet uiteindelijk het "boter bij de visprincipe" in zich hebben. Je moet kunnen zien wat het oplevert. Dat is bij instellingen en verzekeraars nog niet altijd het geval. Wij claimen dat geld dus voor zorg en personeel.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Met dat laatste ben ik het helemaal eens. Maar gesteld dat wij dat regelen, dan is die zorgverzekeraar nog steeds de regisseur. Daar had u aarzelingen bij.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ja.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Bij wie zou u de regie dan wel willen neerleggen? Ik ben het ermee eens dat die brief van de heer Bontje schandalig was, omdat men geen gegevens kon aanleveren. Maar als het moet worden geregeld zoals u dat zegt, moet de regie dan ineens weer bij de overheid komen of mag de zorgverzekeraar het dan toch nog blijven proberen?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik zal maar even voorlezen wat wij in ons verkiezingsprogramma hebben gezet. Dat is niet onbelangrijk, omdat ook daaruit die twijfel spreekt. Verzekeraars krijgen geleidelijk meer verantwoordelijkheid bij het inkopen en regisseren van zorg en op basis van de ervaringen kunnen verdere stappen worden gezet. Dat betekent: the proof of the pudding is in the eating. Laten wij het positief beschouwen in die zin dat de verzekeraars nog niet waarmaken wat wij van hen willen. Natuurlijk komt er een moment dat de politiek haar verantwoordelijkheid moet nemen en moet zeggen dat dit niet de goede weg is. Dat moment is er nog niet, want zij zijn nog maar net bezig, maar het is allemaal niet hoopgevend. U noemt de heer Bontje, maar volgens mij was de brief van de heer Wiegel. Vandaag hebben wij de eerste rapportage over het geneesmiddeldossier ontvangen. Het stemt allemaal niet hoopvol. De vraag is dan of de



## Oudkerk

overheid het weer moet gaan doen. Ik vind dat de overheid dat jarenlang goed heeft geprobeerd, maar ik denk niet dat het goed is gelukt. Wij moeten dan niet het beleid waarin wij niet goed zijn, overbrengen naar verzekeraars, zonder allerlei waarborgen in bouwen. Als het daar ook niet lukt, wordt het probleem slechts verplaatst.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat vind ik twee keer niks. Je kiest voor de overheid of voor de zorgverzekeraars; allebei hebben zij hun goede en slechte kanten. U kunt niet nog eens vier jaar via uw verkiezingsprogramma zeggen dat wij nog wel eens zullen kijken. Er wordt namelijk al een tijd gewerkt met dit systeem. Ik kies voor de zorgverzekeraars, ondanks alle kritiek die ik heb. De PvdA moet ook een keuze maken.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Zolang de waarborgen ten aanzien van zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op risicoselectie, risicodragende uitvoering, doorzichtige uitvoering en toezicht niet zijn geregeld, denk ik dat je die taak niet aan de verzekeraars moet overdragen. Dat lijkt mij een duidelijke keuze.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben bijna ontdaan.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat zag ik.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik vraag mij af of ik mijn interruptie nog moet plegen, maar ik doe dat toch maar. De heer Oudkerk heeft namelijk in ieder geval een probleem. Hij zei eerder dat hij niet doet aan zwartepieten. De heer Bontje is daarmee in ieder geval wel begonnen. In het interview in het Financieele Dagblad waarnaar werd verwezen – ik heb het hier bij me – geeft hij aan waarom de verzekeraars zelf vinden dat 2001 een verloren jaar is. Daar begint het grote zwartepietenspel. De minister belijdt volgens hem met de mond vraagsturing, een grotere rol voor de zorgverzekeraars en regie. In de praktijk bepaalt zij echter de budgetruimte, het macrokader en de arbeidsvoorwaarden. Daarbinnen moeten de verzekeraars dan hun marges vinden. Wat vindt de heer Oudkerk van die redenering van de zorgverzekeraars?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik twijfel eraan of dat een juiste redenering is, omdat er een geclausuleerde openeinderegeling is – ik weet dat het een vreselijk term is – en de verzekeraars de vrijheid hebben om die claim in te dienen, dit najaar en opnieuw in februari 2002. Als ik de heer Bontje was, zou ik van die vrijheid gebruikmaken. De vraag is of zij op de juiste manier hun verantwoordelijkheid nemen in de onderhandelingen met ziekenhuizen en andere instellingen om wat mij betreft met heel onorthodoxe maatregelen toch te proberen zoveel mogelijk mensen van de wachtlijsten af te helpen. Ik vond het een "makkelijk" interview.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik was er niet bij, dus ik weet niet of het een makkelijk interview is, maar u vond het kennelijk makkelijk om te lezen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik vond het makkelijk gezegd door de heer Bontje.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De heer Oudkerk vindt "geclausuleerde openeinderegeling" een vreselijke term, maar het is de vraag of het niet meer is. Is het niet eigenlijk een onmogelijkheid? Politiek is het misschien wel uit te leggen, maar kan dat ook aan de partijen in het veld, inclusief verzekeraars? Wat is een geclausuleerde openeinderegeling?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik zal het niet aan verzekeraars proberen uit te leggen, want die spreken dezelfde afschuwelijke taal. Bij mijn weten is het heel simpel. Als een verzekeraar met een instelling, met meerdere instellingen heeft weten te bewerkstelligen dat zij meer productie kunnen draaien dus meer patiënten kunnen helpen, dan kunnen zij die rekening bij het kabinet indienen. Als zij die rekening niet indienen, dan stopt het.

De heer **Buijs** (CDA): Heb ik het goed begrepen dat de heer Oudkerk zegt dat de overheid voorlopig gewoon de sturing moet blijven bepalen en de verantwoordelijkheid niet moet overhevelen naar de verzekeraars?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ongeclausuleerd de verantwoordelijkheid voor door de overheid aanbodgestuurde

zorg overbrengen naar door de verzekeraars aanbodgestuurde zorg, lijkt mij een slechte zaak. Vandaar dat ik de voorwaarden nog maar eens herhaal: zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op risicoselectie, risicodragende uitvoering, doorzichtige uitvoering en toezicht. Buiten de zorgsector hebben wij helaas slechte ervaringen met verzelfstandigen en privatiseren, met het uit handen geven en delegeren van zaken. Laten wij daarvan leren. Met de heer Buijs ben ik van mening dat verzekeraars het moeten gaan doen. Ik moet er niet aan denken dat het systeem zo blijft zoals het is. In de afgelopen jaren hebben wij gezien dat het gewoon niet goed gaat. Stel nu eens dat wij de zorgverzekeraars de vrije hand geven en niet de geleidelijkheid inbouwen, die de PvdA in haar verkiezingsprogramma heeft genoemd. Ik ben bang dat wij dan in 2008 of 2009 constateren dat wij het te snel en zonder clausules in te bouwen hebben gedaan, waarvan wij dan de wrange vruchten plukken. Met u hoop ik dat dat niet het geval zal zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Dat is nu juist de kunst van het loslaten. Een kind dat leert zwemmen, moet je op een zeker moment aan het water toevertrouwen. Dat betekent niet dat u eindeloos regeltjes moet blijven formuleren. Maak een heldere keus! Het is een verantwoordelijkheid naar de zorgverzekeraar, maar wij dienen tegelijkertijd de patiëntenorganisatie een countervailing partner te geven. U moet niet dat halfslachtige vasthouden, waarin u toch bepaalt welk potje naar links en welk naar rechts moet worden geschoven. De kritiek van de zorgverzekeraars is dat de overheid hun niet los durft te laten. Daar raakt u mee in de knoop.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik heb zelf kinderen die nog net niet kunnen zwemmen en die moet ik inderdaad aan het water toevertrouwen. Ik heb echter een probleem: mijn kinderen Olivier en Annabel lijken op geen enkele wijze op de heren Wiegels en Bontjes en vormen als kinderen ook geen onderdeel van een groot concern, een multinational, een op de beurs genoteerde onderneming die misschien de aandeelhouders iets meer tevreden wil houden dan de patiënten. Volgens mij is de vergelijking dus niet helemaal terecht.

## Oudkerk

De heer **Buijs** (CDA): Maar wel een beetje dus!

De heer **Oudkerk** (PvdA): Nou, dat wil ik mijn kinderen niet aandoen, kan ik u vertellen.

Voorzitter. Net als de heer Buijs zie ik graag dat de zorgverzekeraars het besef van het einde van de tunnel tot zich nemen. Wij hebben vandaag echter een eerste evaluatie gekregen van hun beleid inzake het geneesmiddelen dossier. Die stelt mij gewoon teleur, omdat ik denk dat verzekeraars op dit moment met dit dossier zouden kunnen en moeten doen wat zij zouden willen en dat doen zij nog niet.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wij hebben vandaag een interessant boekje gekregen van de heer Post uit Groningen, u niet onbekend. Zijn stelling is dat je het doel van de verandering van het stelsel ook kunt bereiken als je gedurende tien jaren de loongrens voor het ziekenfonds jaarlijks een eindje optrekt. Dat is een convergentie naar één systeem, maar dan stapsgewijs, zodat wij er met zijn allen aan kunnen werken. In het licht van wat u net zei, zou ik daar graag uw reactie op krijgen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben niet in de gelegenheid geweest om het boekje van de heer Post te lezen. Het is dus heel gevaarlijk om er al een reactie op te geven. Volgens mij is de heer Post lid van het CDA, dus moet u ook aan de heer Buijs maar eens vragen wat hij ervan vindt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U weet toch dat de heer Post gezegd heeft dat hij zijn lidmaatschap opzegt als het CDA zo doorgaat?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Driewerf hoera voor de heer Post, zou ik haast zeggen. Ik durf overigens niet namens de heer Buijs te reageren. U weet zelf dat het steeds verhogen van de ziekenfondsgrens een oud idee is, dat de PvdA wel zag zitten. De heer Post kan altijd lid worden van de PvdA; dat kan tegenwoordig ook heel eenvoudig via onze site.

Voorzitter. Ziekte nummer vijf, het grote capaciteitsprobleem, is eigenlijk de belangrijkste oorzaak van alle wachtlijsten. Er zijn te weinig dokters, zusters en broeders. De minister schrijft iets heel interessants in het plan van aanpak over de capaciteit in de zorgsector, namelijk

dat met hetzelfde personeel tot 50% meer patiënten kunnen worden geholpen als de hulp in de ziekenhuizen beter wordt georganiseerd. Ik weet niet of het getal klopt, maar ik onderschrijf het wel. Het is zeer ineffectief als ik als huisarts anderhalf uur moet bellen om een patiënt opgenomen te krijgen. Ik zou het op het internet zo moeten kunnen aflezen. Voor ons is het van essentieel belang te weten, hoe geld en mensen worden ingezet. Met het op dit moment beschikbare personeel, dat nu absoluut te weinig is, en het geld kan er dus meer. Niet door harder te werken, want men werkt al keihard, maar door slimmer te werken. Het personeel moet minder telefoneren, indiceren en vergaderen en meer zorg verlenen. Volgens ons zijn er in dit geval grote mogelijkheden voor ICT. Ik betreur het zeer dat de voortgangsrapportage inzake ICT in de zorg, waar wij om gevraagd hadden, er nog niet is, waardoor wij nu niet kunnen zeggen of voor 2002 aanvullende voorzieningen moeten worden getroffen. Dat is jammer. Ik ben er overigens gelukkig mee dat er met de instelling van het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) een platform is. Blijft het concrete gebruik van ICT nu beperkt tot het elektronisch patiëntendossier, de AWBZ-registratie en de DBC's, of worden er nieuwe initiatieven ontplooid? Het dient heel wat ambitieuzer aangepakt te worden en dat kan ook. ICT is geen toverwoord, maar een hulpmiddel. Het is echter wel belangrijk om dat wat er is, veel en veel harder in te zetten. Kan het platform, dat wel een topzware organisatie lijkt, hieraan bijdragen? Kan de ontwikkeling van ICT-toepassingen bij werkprocessen hiermee verder komen? Is de minister van mening dat hieraan een belangrijke bijdrage kan worden geleverd in 2002?

Bij de capaciteit gaat het niet alleen om ICT, maar ook om het perspectief voor dokters, zusters en broeders. De minister heeft een aantal belangrijke zaken op papier gezet over huisdokters. Dat is best een goede lijn, maar daarmee wordt de schaarste niet opgelost. Ook hier moet er boter bij de vis komen. Ik bewonder de heer Buijs, omdat hij zegt dat er op grond van de inhoud van de zorg geredeneerd moet worden. Dat wil ik dan ook proberen.

Als het niet uit de lengte komt, moet het maar uit de breedte komen.

Mijn voorstel is om de beroemde poortwachtersfunctie van de huisarts te spreiden. Zeker 12% van de patiënten die ik zie, heeft klachten aan het bewegingsapparaat. Ik denk dat zij beter eerst door een fysiotherapeut gezien kunnen worden. Ik denk dat geneesmiddelengebruik, suiker, bloeddruk, ogen en oren van chronische patiënten, zowel kwalitatief als kwantitatief, beter kunnen worden gezien door de in de meeste praktijken al aanwezige praktijkverpleegkundige. Ik denk dat mensen met psychische problemen veel beter eerst naar een maatschappelijk werker of eerstelijnspsycholoog kunnen gaan. Als huisartsen samenwerken met specialisten in de huisartsenpraktijk, zoals in Maastricht en bij andere experimenten, denk ik dat wij het probleem kunnen versmallen door de poortwachter te verbreden.

Dat vergt iets van de huisartsen als beroepsgroep, maar ook iets van de minister. Hoe denkt zij faciliteiten te bieden aan dat soort initiatieven in het land? Het is waar dat dit het beste kan in gezondheidscentra, zoals zij in een nota zegt, maar het is stap twee om dit in het beleid tot uitvoering te brengen. Daarom wil ik een garantie van de minister dat beginnende gezondheidscentra waar geïntegreerde zorg wordt aangeboden, niet het loodje leggen, omdat de kredietverlening door de banken op de tocht staat. De recente toezeggingen van de minister hierover zijn onvoldoende.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben het helemaal eens met de analyse van de heer Oudkerk over taak- en functiedifferentiatie, waarover de minister voorstellen heeft gedaan in de brief van 12 november. Ik heb erbij gezegd dat ik het leuk vind dat er nieuwe studies komen om dit verder te onderzoeken. Wordt daarbij een tijdslimiet gesteld? Wanneer moet dit grote probleem opgelost zijn?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Het is in lijn met mijn betoog over de ziekenhuizen die het zo goed doen bij de wachttijden bij borstkanker. Er zijn overal in het land initiatieven. De verzekeraars en de minister kunnen naar methoden kijken om faciliteiten te bieden aan niet-solistische praktijken. Bij beginnende gezondheidscentra in Vinex-locaties ziet het ernaar uit dat banken geen volledig

## Oudkerk

krediet geven, omdat zij het eng vinden en niet weten wat er gebeurt. Dan krijg je weer de versnippering van de zorg die ik heel onwenselijk vind. Dit is een methode om het snel te doen. Verder onderzoek lijkt mij niet noodzakelijk.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Is de heer Oudkerk niet te optimistisch? In antwoord op schriftelijke vragen zegt de minister dat de dekkingsgraad van 38% bij praktijkverpleegkundigen eind 2002 niet te verhogen is. Het is nog lang niet zo dat er in de meeste praktijken een is. Eind volgend jaar is het hooguit 38%.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben het met u eens dat dit zorgelijk is. Wij kennen het tekort aan verplegers, maar dat is er niet bij fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen. Bij de praktijkverpleegkundigen moet je roeien met de riemen die je hebt. Je kunt ze over meerdere praktijken verdelen of de taken op een andere manier delegeren. Daar moeten wij het niet in de Kamer over hebben, maar dat moeten die mensen zelf verzinnen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Het is toch heel zorgelijk dat de huisartsen op de recente GGZ-conferentie de maatschappelijk werkenden niet eens hebben genoemd?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat is zelfs een schande.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Ik heb met belangstelling geluisterd naar de manier waarop de heer Oudkerk de huisartsgeneeskunde ziet in de toekomst. Ik vraag mij af of het aan de Kamer en aan de minister is, dat soort dingen allemaal te regelen. Bij betuttelen denken wij aan wet- en regelgeving, maar hebben zijn ideeën daar ook niet mee te maken? Ik kan mij voorstellen dat je als huisarts daar bepaalde ideeën over hebt, maar kan het niet met wat minder geregeld?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ja, maar met name de heer Buijs heeft mij de afgelopen jaren uitgedaagd door te zeggen dat wij te weinig uitgaan van de inhoud van de zorg. In de Kamer praten wij over budgetten, getallen en becijferen, maar hoe het in de werkelijkheid toegaat, laten wij op

zijn beloop. Je moet dan nagaan hoe faciliterend je kunt zijn om dergelijke ideeën te verwezenlijken, want anders hou je de komende vijf, zes, zeven jaar een groot probleem. Misschien wordt het probleem alleen maar groter. Het is maar een idee van mij dat ik graag inruil voor betere.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Is het dan niet op de eerste plaats aan de beroepsorganisatie van de huisartsen zelf om met ideeën te komen? Wij kunnen dan zeggen wat wij daarvan vinden. Meestal blijkt er veel ervaring uit. Mij lijkt dat beter dan wanneer wij hier bedenken hoe het allemaal zou moeten.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Het was mijn bedoeling meer vanuit de inhoud van de zorg te redeneren. Soms zou je het bijna vergeten, maar het gaat uiteindelijk om de zorg voor de patiënt. Zorgland percipieer ik wel eens als domeinland, waar iedereen het eigen domein heel goed weet te beschermen. Maar over elkaars schutting kijken, laat staan met elkaar samenwerken gaat lang niet altijd even goed. Ik druk mij dan genuanceerd uit ...

Ik was gebleven bij het tekort aan verplegers. Ik mis de beroepsinhoudelijke inbreng in de sectorfondsen die hard nodig is. Extra onderzoek naar instroomproblematiek is onnodig. Dat geld kan beter aan de directe zorg worden besteed. Ik zou heel graag mensen in het wit de scholen willen laten bestormen om potentiële instromers te werven. Dat levert namelijk wel wat op, zoals de mensen in het blauw de laatste tijd hebben bewezen.

Een centraal orgaan capaciteitsplanning zowel voor de verplegers als voor de verzorgers als voor paramedische en medische capaciteit achten wij noodzakelijk. Wil de minister hierop reageren?

Ziekte nr. 6 is de ziekte pakken wat je pakken kan. Ik heb bij mijn eerste begrotingsbehandeling in 1994 heel lang gepraat over de kortingen en bonussen die apothekers in hun zak staken. Het heeft tot 1999 geduurd voordat 425 mln gulden per jaar door de apothekers aan marges werden terugbetaald zodat wij dat geld aan zorg konden uitgeven. Die 425 mln gulden is altijd een bedrag geweest waarvan ik mij heb afgevraagd of dat wel klopt. Ik denk

inmiddels dat het niet klopt. Ik weet het zelfs wel zeker. De minister schrijft in haar brief van 8 november dat de opbrengsten van deze actie structureel waarschijnlijk zullen worden overtroffen. Het blijft vreemd dat zij het alleen maar vermoedt. Blijft er dus nog geld hangen in de sector?

Op basis van gesprekken die ik daarover gevoerd heb de laatste tijd met allerlei organisaties blijft er meer dan een donkerbruin vermoeden bestaan dat er nog veel geld in die sector zit, of beter gezegd in de zak van de apothekers dat aan de zorg besteed had kunnen en moeten worden. Wij willen absoluut transparantie. Wij willen die extra middelen ingezet hebben voor de zorg. Ik ken het convenant dat de minister heeft gesloten met de apothekersorganisatie dat loopt tot 31 december 2002. Ik ken dus ook de afspraken: het is 425 mln gulden en geen cent meer. In de Kamer moeten wij dan maar naar een mogelijkheid zoeken, daaraan wat te doen. Het geld dat bij de apothekers blijft hangen, moet absoluut naar de zorg. Ik weet niet of het 100 mln of 200 mln gulden is, maar het zal wel in die orde van grootte zijn. Wij claimen dat geld voor extra investeringen in zorg en maatschappelijke opvang.

Een andere ziekte is dat de gezondheidszorg eigenlijk geen gezondheidszorg is. Het is de ziekte van de verkeerde naam. Gezondheidszorg is eigenlijk ziekenzorg, terwijl het juist gezondheidszorg zou moeten zijn. Er moet meer aandacht zijn voor preventie en voor de neiging om maatschappelijke problemen te vertalen naar individuen en individuen ziek te noemen, wanneer de ziekte zich eigenlijk alleen op het terrein van werk, wonen of maatschappelijke omstandigheden manifesteert.

In dat kader wil ik vandaag nog twee zaken afkaarten. Ik zal in tweede termijn opnieuw de aangehouden motie-Oudkerk indienen die na twee maanden was verlopen. Die motie betreft het introduceren van een leeftijdsidentificatiekaart zodat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol en tabak meer mogen, maar ook niet kunnen kopen. Een dergelijke kaart kan de verkoper helpen aan die wetgeving te voldoen. De minister heeft inmiddels laten weten dat indien de Kamer dat wil de motie kan worden uitgevoerd. De minister

## Oudkerk

sprak over een foto. Ik heb met banken daarover gepraat. Het blijkt dat je zo'n foto heel eenvoudig op de chipkaart kunt inbrengen. Je hoeft dus niet met die chipkaart te betalen. Die kaart kan eenvoudig door de gleuf gehaald worden of in de automaat worden gestoken. Vervolgens kun je straks gewoon met euro's en nu nog met guldens betalen.

Mijn andere motie heeft de minister niet uitgevoerd. Die motie vroeg om een vergoeding ter ondersteuning bij het stoppen van verslaving, roken dus. Ik vraag de minister, die motie uit te voeren. Er wordt gedraald. Dat is onterecht, want juist de economisch zwakkeren zijn hiervan de dupe. Men ondersteunt bij het stoppen met roken is belangrijk, want dat verhoogt hun levensverwachting.

Tot slot: als je ziek bent, kom je soms in een ziekenhuis, voor de gewone zorg liefst in een gewoon ziekenhuis, gewoon om de hoek. Veel daarvan dreigt te verdwijnen. Dat is niet goed. Wij debatteren daar volgende week over, maar ik wil hier alvast gezegd hebben dat de minister met haar recente opstelling, bijvoorbeeld in Velp of ten aanzien van het Slotervaartziekenhuis, haar eigen beleid niet meer serieus neemt. Dat beleid heeft zij in de Kamer drie, vier of vijf keer uitgesproken: de basiszorg moet beschikbaar, bereikbaar en laagdrempelig blijven. Neem een standpunt in, minister; toon verantwoordelijkheid.

Over de orgaandonatie zal ik vandaag niet praten, omdat ik dat onderwerp belangrijk genoeg vind om daar een apart debat aan te wijden, waarin de PvdA-fractie iedere mogelijkheid wil openhouden om te bewerkstelligen dat er meer organen ter beschikking komen.

Er zijn ziektes in het zorgsysteem, maar die zijn te genezen zonder stelselwijziging. Achteroverleunen helpt niet: ambitie om wat in gang is gezet breder te maken en wat in gang gezet moet worden in gang te zetten, is hard nodig, want dan kan het extra geld op de plekken terecht komen waar het hard nodig is.

De vergadering wordt van 19.05 uur tot 20.35 uur geschorst.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. De vraag van vandaag is

of het tweede paarse kabinet de ambities voor de gezondheidszorg heeft kunnen waarmaken. Het regeerakkoord kwam met een forse investering van zo'n 5,6 mld gulden. Wachelijsten en werkdruk moesten verdwijnen, de arbeidsmarkt moest worden gestimuleerd en de zorg voor ouderen en gehandicapten kreeg prioriteit. Er waren allerlei goede voornemens: meer preventie, ondersteuning van huisartsen, het regelen van goodwillproblemen voor specialisten, het creëren van bestuurlijke rust in de sector door meerjarenafspraken, wég met belemmerende regels en vrij baan voor zorgvernieuwing en praktijk-ondersteuning. Zijn deze voornemens gelukt? "Neen" is het antwoord van de burger, de zorgverlener, de wetenschapper en de politicus.

87% van de burgers is ontevreden over de gezondheidszorg. Bijna wekelijks horen wij dat er tekorten zijn, dat chronische psychiatrische patiënten worden verwaarloosd, dat de intensive care niet toegankelijk is, dat de kwaliteit van de kraamzorg onder de maat is, dat mensen geen huisarts of tandarts kunnen vinden, dat bijna de helft van alle verpleeghuispatiënten nog steeds met drie of meer op een kamer ligt, dat de nood in de jeugdzorg stijgt en dat de wachelijsten nauwelijks korter worden.

De zorgverleners halen hun schouders op over het zogenaamde herstellen van het imago van de sector. Ondanks de stijging van het aantal werknemers met meer dan 100.000, horen wij nog steeds geluiden van overbelasting, teleurstelling, hoog ziekteverzuim en een hoge WAO-instroom. Er melden zich te weinig studenten voor de verpleegkundeopleidingen, jonge huisartsen willen zich niet meer vestigen, ervaren huisartsen haken af en de grote steden hebben steeds meer moeite om hun vacatures te vervullen.

Ook de wetenschappers zijn kritisch. De levensverwachting van de Nederlander is van koploper tot middenmoter afgezak, de daling van de zuigelingensterfte hapert, ongezonde leefgewoonten nemen toe en er is veel te weinig geld voor onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek.

De politicus constateert dat de besturing van de gezondheidszorg onder Paars II de grote afwezigheid is.

Weet de minister wel waarom de wachelijsten niet korter worden? Weet zij waarom sommige ziekenhuizen met hetzelfde geld veel meer doen dan andere? De heer Oudkerk noemde dat punt zojuist al. Weet zij wat het effect is van extra risicodragen door verzekeraars? Hebben de bewindslieden er zicht op of de zorgbemiddeling door verzekeraars ook iets oplevert voor de chronisch zieke bejaarden of de psychisch zieken?

De fractie van GroenLinks is van mening dat deze regering, ondanks haar goede bedoelingen, vier jaar lang achter de feiten heeft aangelopen. Zij heeft voortdurend brandjes geblust maar geen wezenlijke vernieuwing tot stand gebracht, geen duidelijke lijnen uitgezet en steeds de vlucht naar voren gekozen. Iedere afgeschafte regel is door twee nieuwe vervangen. De poging om de sector tot eensgezind en daadkrachtig optreden te brengen, is niet gelukt. Losse financiële maatregelen voor deelgroepen hebben het haasje-overspringen van financiële eisen aangewakkerd. Oplossingen uit de praktijk, die soms haaks staan op de regelgeving, leveren vaak sneller en beter resultaat dan de afstandelijke en bureaucratische aanpak van het ministerie. Meer dan de helft van de extra financiële ruimte bleek nodig te zijn om de lonen en prijzen in de pas te houden. Geen snipper méér zorg kon daardoor worden geleverd. Dat toont pijnlijk aan hoezeer de leiband van het ministerie van Financiën de knellende besturing uitoefenden. De ideeën over marktwerking en dereguleren voor de kapitaalcrachtige consumenten missen de solide verankering van de solidariteit en toegankelijkheid voor de zwakkeren. Dat was de situatie in de afgelopen drie jaar.

Wat vindt de fractie van GroenLinks van het beleid voor 2002? De begroting heeft door het VBTB-proces aanzienlijk aan toegankelijkheid gewonnen. Dat waarderen wij. De Zorgnota is een overzichtsdokument geworden. Enerzijds is de situatie daardoor duidelijker geworden, anderzijds is de beoordeling van voortschrijdend beleid daardoor moeilijk. Wij hebben eerst het Jaarbeeld zorg 2000 gekregen. Nu krijgen wij een pizzadoos – zoals de minister het noemde – vol brancherapporten die nog een onduidelijke status hebben. Het gaat

## Hermann

hier om achtergrondinformatie, maar hoe komt de aansluiting tussen de begroting, de Zorgnota en al die rapporten tot stand? Wat staat er feitelijk te gebeuren, wat wordt er in de financiële paragrafen toegelicht? Dat is eigenlijk helemaal geen nieuw beleid, het zijn allemaal intensiveringingen uit de categorie brandjesblussen, het zijn eerdere afspraken. De commissie-Van Rijn is gekomen met een gedeeltelijke oplossing voor de arbeidsmarktproblemen, er is meer geld voor wachtlijsten, er is iets voor de dienstestructuur voor huisartsen, ietsje meer voor opleidingen en werkdrukbestrijding, een pleistertje van enkele miljoenen. Eigenlijk komen de verpleging, verzorging en ouderenzorg met de inhaalslag van de wachtlijsten, de regionale volumemiddelen en de stroomlijning van het patiëntgebonden budget nog het beste voor de dag. Daarom nu enkele voorstellen over wat volgens ons in 2002 nog beter zou kunnen en hoe wij dat zouden willen.

Een onduidelijke rol van adviescommissies en hoeveel kosten al die externe adviseurs? Ik heb daar schriftelijk om gevraagd en vijf pagina's antwoorden gekregen, maar volgens mij nog lang niet volledig. Ik mis het College toezicht uitvoering-organisatie, ik mis een task force als Aanpak wachtlijsten, stuurgroepen van allerlei aard. De minister schrijft dat de activiteiten terug te vinden zijn in de Zorgnota en de begroting. Als het woord "adviescommissie" niet het goede woord is, vraag ik om al die externe commissies of commissies met externen waar het ministerie zich van bedient om zicht op de materie te krijgen. Daarvan zou ik graag de instellingsbeslissingen, de opdrachtformulering, de evaluatie en de daarmee gepaard gaande kosten krijgen om te beoordelen hoe wij de ministeriële verantwoordelijkheid daarvan zien. Ik vraag de minister daar een compleet inzicht in.

Een ander punt betreft de zorg voor de allerzwaksten, een ereplicht. In de geestelijke gezondheidszorg – het is vanavond al eerder gezegd – blijven zo'n 12.000 mensen aangewezen op de asiel functie van de psychiatrie. De leefomstandigheden van die mensen blijven steeds meer achter bij onze minimumnormen. Wil de minister toezeggen dat de ongeveer 23 mln euro die hiervoor als eerste stap in 2002 nodig zijn

kunnen worden, bijvoorbeeld in de onderbesteding wachtlijstgelden?

Ook de dak- en thuislozen, de mishandelde, de mishandelde vrouwen, de zwerfjongeren reddend het vaak niet op eigen kracht. De maatschappelijke opvang en de andere voorzieningen schieten al jaren tekort. Recent nog is de motie-Vendrik/Marijnissen aangomen. Is de regering in staat om dit als eerste prioriteit aan te merken als er sprake van onderuitputting is in de financiële middelen voor 2001 of ziet zij andere mogelijkheden? Er moet nu toch echt iets gebeuren!

Wat betreft de verpleegkundigen en verzorgenden is eerder vanavond al gesproken over het stimuleringsfonds van de sector dat toch een welkome aanvulling zou kunnen geven op de arbeidsmarktmiddelen die de regering al gevoteerd heeft. Is de regering bereid om de motie-Buijs c.s. over dat stimuleringsfonds uit te voeren?

Waarom komt de minister haar toezeggingen inzake de artsenopleidingen niet of niet volledig na? Op 4 juli hebben wij daarover gesproken. Met name gezien de wens van de jongere generatie om arbeid en zorg beter te kunnen combineren, zegde de minister toe om de variant met 2,5% arbeidstijdverkortung te zullen hanteren. Als wij de cijfers zien uit het plan van aanpak dat ons onlangs werd toegezonden, dan zijn dat lagere aantallen en met name bij de specialistenopleidingen over een langer tijdsverloop. In het plan ontbreken de sociaal geneeskundigen en de verpleeghuisartsen al helemaal.

De goodwillproblematiek was al een toezegging uit het regeerakkoord, maar nog steeds niet geregeld. De afgesproken arbeidsvoorwaarden medisch specialist liggen nog op de plank. Tal van psychiaters, revalidatieartsen en specialisten in dienstverband wachten daarop.

Een ander voorbeeld. Troebel zicht zorgt voor veel narigheid. De wachttijd voor de specialist is het langst bij de oogarts. Dat is niet alleen vervelend voor de patiënt, maar het vergroot ook de kans op ongevallen en op verlies van zelfredzaamheid met alle consequenties van dien. Nederland heeft per aantal inwoners maar half zoveel oogartsen als andere Europese landen en, zoals de heer Buijs zojuist

al zei, is het aantrekken van een oogarts voor een ziekenhuis financieel gezien niet interessant. Het advies van het Capaciteitsorgaan is om viermaal zoveel oogartsen op te leiden als nu. Gaat de minister dat uitvoeren?

Het dragen van contactlenzen brengt risico's met zich. Een goed passende lens en goed gebruik zijn essentieel, maar de minister legt de aanbeveling van de Gezondheidsraad om het aanpassen en afleveren alleen door oogartsen en optometristen te doen uitvoeren, hetgeen zij zou kunnen regelen bij AMvB volgens art. 4.b van de Wet medische hulpmiddelen, naast zich neer. Waarom eigenlijk? Dan blijven er toch risico's bestaan.

Ik heb een passage over huisartsen, de spil van de gezondheidszorg die dol dreigen te draaien. Wij hebben echter zeer recent een brief van de minister ontvangen over het rapport-Tabaksblad en haar aanbevelingen terzake. Deze passage sla ik daarom grotelijks over. Gezien de geruime tijd die met de uitvoering van zo'n plan gemoeid zal zijn, is er toch een punt waarvoor ik aandacht vraag, want het is daarin onvoldoende besproken. Ik spreek dan over de zorg voor patiënten die geen huisarts meer hebben, omdat hun huisarts de praktijk heeft neergelegd, de praktijk vacant is of niet kan worden ingevuld. Formeel hoort de zorgverzekeraar die regionaal marktleader is hier het voortouw te nemen, omdat de zorgverzekeraar leveringsplicht heeft voor huisartsenzorg, een voorziening conform de Ziekenfondswet. Die zorgverzekeraarervaart dit echter lang niet altijd als een bindende opdracht. Is de minister bereid het er op de kortst mogelijke termijn toe te leiden dat de zorgverzekeraar die opdracht wel als zodanig accepteert, ook al brengt dit kosten met zich mee die normaal niet bij de vergoeding van de huisartsenzorg horen?

Ik wijs vervolgens op het probleem van de professionals die willen werken, maar daartoe niet in de gelegenheid worden gesteld. Dit is een rare zaak. Onder de asielzoekers en nieuwe Nederlanders van buiten de Europese Unie zijn veel mensen met een beroepsopleiding in de sector gezondheidszorg. Zij snakken ernaar hun beroepsvaardigheden te kunnen inzetten. Wij hebben hun bijdrage hard nodig, maar de eisen tot formele gelijkstel-

## Hermann

ling van hun diploma en het ontbreken van een werkvergunning belemmeren dit. Er is een commissie buitenlands gediplomeerden, er is een meldpunt, de universiteiten, de ziekenhuizen en andere hebben allemaal stukken op het schakbord, maar voor zo'n pion van ver weg, die de hele weg over het moeilijke schakbord moet afleggen voordat hij de koninginstatus bereikt als hij aan de overkant komt, duurt dit allemaal veel te lang. Deze minister weet uit de portefeuille oorlogs-slachtoffers alles over bureaucratie en ongeïnteresseerdheid waarmee wij vroeger te maken hebben gehad. Wil zij in het hier en nu, in dit laatste ambtsjaar zich van haar kant sterk maken om deze hordes voor deze mensen te slechten, voor hun bestwil en voor het onze?

Dan heb ik een stukje over de bureaucratie: niet klantvriendelijk, wel kostbaar. Dit betreft de tuchtrechtspraak in de gezondheidszorg. Die rechtspraak is er om klachten van patiënten over tekortschieten in de zorg voor te leggen aan juridische colleges met beroepsbeoefenaren. Ruim 80% van alle klachten in eerste aanleg wordt als ongegrond of niet ontvankelijk beoordeeld. Veel van de klagers gaan dan in beroep om het nog eens te proberen, doorgaans weer met een negatief resultaat. Dit is heel onprettig voor hen en arbeidsintensief voor de colleges. Het zou beter en eenvoudiger kunnen als niet iedere klacht in behandeling zou moeten worden genomen. Dit geldt in het bijzonder voor klachten die tevergeefs worden ingediend, omdat patiënten vaak geen inzicht hebben in het al of niet klachtwaardig zijn van het handelen. Het kan sneller en effectiever door triage van de klachten in eerste aanleg door de Inspectie voor de gezondheidszorg te laten uitvoeren – zoals de inspecteur ook aanbeveelt in zijn voorwoord bij het laatste jaaroverzicht – en een wijziging van artikel 74 van de Wet BIG te maken, zodat de voorzitter in de beroepsprocedure kan besluiten over een raadkamerbehandeling. De minister heeft al toezeggingen gedaan. Op welke termijn wil zij die realiseren? Wij dringen aan op spoed.

De heer Oudkerk heeft zojuist gesproken over zijn ideeën over de farmacie en de rol van de zorgverzekeraars. Ik heb daarnaar met belangstelling geluisterd, met name

omdat hij weer sprak over kortingen en bonussen. Ik vraag mij alleen af waar die toverballen en het effect zijn gebleven. Wij hadden toch van die ideeën over de gezondheidszorg en geneesmiddelen waarmee het zo aardig zou gaan. Waarschijnlijk zijn die toverballen van de soort waarvan de kleur vervaagt.

Een andere losse vraag betreft de voedselautoriteit. De Kamer heeft gevraagd de voedselautoriteit onafhankelijk en stevig gepositieerd neer te zetten. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport speelt hierbij een rol. Ik hoor graag van haar wat de stand van zaken is.

U zult het niet vreemd vinden dat ik met preventie afsluit. Ik meen dat het bij goede bedoelingen en mooie woorden is gebleven. Tal van instanties hebben namelijk aangegeven dat de financiering volstrekt onvoldoende is. Ik herhaal daarom de vraag van de heer Buijs: is de minister bereid om het subsidieverzoek van het Nederlands instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie te honoreren?

Bij de laatste begroting van een kabinet hoort een politiek oordeel over de bewindspersonen. De GroenLinksfractie ziet deze minister als een knappe leraar die in een grote lastige klas geen orde kan houden. Zij doet erg haar best. Soms is zij heel vriendelijk, soms is ze heel streng, maar of ze haar toezeggingen nakomt, hangt af van bovenmeester Zalm. Toch willen wij haar een bloemetje gegeven bij haar afscheid. De staatssecretaris staat voor de klas van de zorgenkindertjes. Daar luistert ze heel goed naar en die vinden haar zo lief. Als ze gymles geeft, is iedereen blij, want de klas heeft nieuwe ballen gekregen! Wij wensen de staatssecretaris veel succes bij het vervolg van haar carrière.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Ik begin op dezelfde manier als de heer Buijs. Ook ik heb in de afgelopen jaren steeds maar weer gezegd dat het heel vervelend is als het ministerie in het laatste weekend voor de behandeling van de begroting en de Zorgnota nog stukken laat bezorgen. Ik vond ze dit jaar gewoon weer bij mij op tafel. Op het allerlaatste moment zijn er namelijk weer heel veel stukken bezorgd. Ik moet u bekennen dat het

onmogelijk was om ze allemaal te lezen, maar wij komen in een later stadium ongetwijfeld nog over deze stukken te spreken.

Wij willen allemaal een gezondheidszorg die van hoge kwaliteit, betaalbaar en toegankelijk is. Dat is een open deur, maar niet minder waar dan enkele jaren geleden. De Nederlandse gezondheidszorg behoorde lange tijd tot de beste van de wereld. De geleverde zorg is nog steeds goed, maar het beeld heeft wel de nodige krassen en deuken opgelopen. Schaarste en krapte manifesteren zich in wachtlijsten en wachttijden. Er zijn personeelstekorten en te weinig stageplaatsen. Er was een numerus fixus voor de opleiding geneeskunde. De innovatie in de zorg is onvoldoende. Ik kan zo nog wel even doorgaan. Het heeft in ieder geval mijn fractie ertoe gebracht, te constateren dat de zorg aan een grote onderhoudsbeurt toe is.

De omslag in het beleid is pas laat op gang gekomen. Kunnen de bewindslieden eigenlijk eens aangeven waarom er niet eerder adequaat is ingegrepen? Waarom is er bijvoorbeeld zo lang gewacht met het opheffen van de numerus fixus en de uitbreiding van de opleiding tot huisarts? De VVD-fractie heeft in eerdere stadia een aantal moties ingediend en aangedrongen op die uitbreiding. De minister heeft inmiddels besloten tot een uitbreiding. Zij had overigens ook kunnen besluiten tot het opheffen van de numerus fixus. In de praktijk blijkt echter dat de verschillende universiteiten aangegeven dat het niet kan. Vervolgens dienen zich twee nieuwe opleidingen aan in Twente en Brabant en kan het opeens wel. Toch opvallend dat marktwerking en concurrentie in dit geval iets hebben kunnen betekenen! Is de minister bereid om een haalbaarheidsonderzoek naar die twee nieuwe opleidingen te laten uitvoeren? Ik weet dat hiertoe in samenspraak met de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen moet worden besloten, maar ik wil ook op dit moment aandringen op honorering van het verzoek om dit haalbaarheidsonderzoek.

Een belangrijke oorzaak van het late ingrijpen is de kostenbeheersing. Gedurende een aantal decennia heeft de kostenbeheersing een belangrijke rol gespeeld. Die kostenbeheersing was ook nodig en heeft haar werk

## Van Blerck-Woerdman

gedaan. Inmiddels heeft zij wel haar tijd gehad. Zo heeft die kostenbeheersing onder meer geleid tot die strakkere regelgeving, waarvan de WTG een sprekend voorbeeld. Voeg hierbij de krapte op de arbeidsmarkt en een andere arbeidsethos – men wil graag korter en in deeltijd werken – en het wordt er niet eenvoudiger op. Vervolgens was er ook nog eens een grotere dan verwachte vraag naar zorg. Het probleem kwam levensgroot op tafel.

Voorzitter. In de afgelopen twee kabinetsperiodes is een slordige 24 mld gulden extra naar de zorg gegaan. Dat was heel veel geld, maar het was nodig. In mijn tekst had ik staan dat het nu voor het eerst was dat de zorgverzekeraars en andere organisaties geen geld vroegen, maar na het weekend moet ik daaraan het woord "bijna" toevoegen. Immers, inmiddels is het duidelijk dat deze week de begrotingsbehandeling aan de orde is. Wij hebben hierover dus toch nog niets mogen horen.

Men zou kunnen constateren dat het aan het geld niet kan liggen en toch zijn velen in de zorg niet tevreden. Er is veel beloofd, wellicht te veel, en te weinig door de minister nagekomen. Dat is tóch een constatering. In de streek waar ik vandaan kom, wordt wel gezegd: veel beloven en weinig geven, doet de zot in vrede leven. In het veld van de gezondheidszorg is zelden sprake van zotten en vrede kan ik ook al niet zo terugvinden, dus... Voorzitter. Al dat extra geld heeft een effect gehad dat toch anders was dan wij met z'n allen hadden gehoopt. Bovendien heeft in dit kabinet bijna geen minister het zo zwaar te verduren gehad als minister Borst. Naar mijn gevoel is er sprake van een zekere contradictio.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): U stelt enerzijds dat er op een aantal onderdelen laat is begonnen. Anderzijds zegt u: het geld is geen probleem. Hoe oordeelt u nu over de periode 1994-1998 toen het geld toch maar minimaal beschikbaar was, zulks als gevolg van een strikt gehanteerde Zalmnorm?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik meen duidelijk gemaakt te hebben dat het geld in deze jaren geen probleem meer is. Dat was in de periode van het eerste paarse

kabinet anders. Echter, ik voeg hieraan toe dat altijd na afloop van zo'n jaar het budget werd opgeplust. Daardoor werd het altijd méér dan die 1,3%. Er werd dus wel wat aan gedaan. Hoe dan ook, de laatste twee jaar kan men zeggen dat het geld het probleem niet meer is. En toch is iedereen ontevreden. Ik neem aan dat ook ú dat tegenkomt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het lijkt mij toch niet zo gek om te constateren dat die omslag met betrekking tot het geld er pas later is gekomen. Er was in de periode 1994-1998 nauwelijks ruimte. U stelt een vraag en die tracht ik te beantwoorden. Zou het er niet aan kunnen liggen dat wij niet al in 1994 konden beginnen met het uitvoeren van heel wat plannen, maar pas in 1998?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat vraag ik mij af. Ik blijf van mening dat het geld niet dé oplossing voor de problemen in de zorg is. Het kan mede voor oplossingen zorgen, maar lang niet alléén. De stelling dat wij eerder hadden kunnen beginnen als wij dat geld eerder hadden gehad, onderschrijf ik niet.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Maar legt u mij dan eens uit hoe men de numerus fixus kan afschaffen en meer opleidingsplaatsen kan creëren als daarvoor geen middelen beschikbaar zijn?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik had eerder de indruk dat het ging om een misverstand tussen twee departementen, Onderwijs en Volksgezondheid. Minister Borst stelde altijd dat de minister van Onderwijs wist waar het om ging en dan zei de minister van Onderwijs: mij is dat nooit gevraagd. Dat ging zo een aantal malen op en neer; wij hebben een keer of drie hiervoor door middel van een motie aandacht gevraagd. Nogmaals, de capaciteit is het belangrijkste probleem waar we tegenaan lopen. Dat was ook tóen al duidelijk en je weet dat je, wanneer je te laat begint met het oplossen van dat probleem, pas jaren later kunt profiteren van de positieve effecten van maatregelen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik kan dit betoog goed volgen maar leg u toch een gewetensvraag voor. Bent u, nu u weet dat de maatschappelijke

schade als gevolg van de wachttijden 7 mld gulden op jaarbasis bedraagt, niet óók van mening dat men in feite al in 1994 had moeten gaan investeren?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat vind ik een te gemakkelijke constatering. Achteraf is het altijd gemakkelijk om zoiets te zeggen. Wij konden vooraf niet weten waar wij precies in zouden gaan investeren. De organisatie van de zorg is zo knellend geworden dat het extra geld toch niet besteed had kunnen worden, althans niet aan het doel waarvoor wij het bestemd hadden. Wij weten allen dat verantwoordelijkheden in de zorg niet altijd worden genomen op het moment en de wijze die wij graag willen.

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Van Blerck is het toch met mij eens dat investeren in menselijk kapitaal in elk geval een eerste aanzet had kunnen zijn om de knelpunten van het heden weg te werken?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Daarom zei ik dat wij daar jaren geleden al om hebben gevraagd.

De heer **Buijs** (CDA): De VVD-fractie heeft wel tegen de motie gestemd om de numerus fixus af te schaffen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik sprak over de motie over de huisartsenopleiding, die wij een aantal keren hebben ingediend.

De heer **Buijs** (CDA): Ik sprak over de geneeskundestudie, die daaraan voorafgaat.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik constateer ook dat de partijen in de zorgsector zeer wantrouwend staan tegenover elkaar, maar ook en vooral tegenover de politiek. Zoals de zorgverzekeraars en de minister met elkaar omgaan, lijkt het wel op een rituele dans van mevrouw Borst en de heer Wiegel. Zij houden elkaar ontzettend stevig vast, maar gunnen elkaar niet de ruimte om dat te doen waarvoor zij eigenlijk zijn ingehuurd. De heer Wiegel met zijn zorgverzekeraars wil voor 100% zekerheid verzekeren. Ik kan mij voorstellen dat hij dat graag wil, maar dat kan natuurlijk niet. Mevrouw Borst wil de regie bij de

## Van Blerck-Woerdman

zorgverzekeraars leggen, maar tegelijkertijd ook zelf de touwtjes van met name de portemonnee stevig in handen houden. Op die manier kan dat natuurlijk niet met z'n tweeën op die vloer. Als dit niet wordt opgelost, zal het dus een probleem blijven.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Bij stijldansen is het probleem dat één van beiden moet leiden en dat de ander dat moet accepteren. Uit het betoog van mevrouw Van Blerck begrijp ik dat hier het probleem is dat twee mensen eigenlijk niet willen leiden, maar stiekem toch leiden.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Zij leiden elkaar en dat kan niet. Je kunt niet allebei leiden. De minister zegt terecht dat de zorgverzekeraars de regie moeten hebben, maar dan moet je ze ook de ruimte geven. De heer Wiegel wil met zijn zorgverzekeraars natuurlijk zoveel mogelijk ruimte hebben. Dat begrijp ik ook wel. Dan moeten echter in die overgangperiode, waarin wij toch intussen zijn beland, zodanige afspraken worden gemaakt dat iedereen dat kan doen waarvan hij denkt dat hij het goed kan. Op het moment merk ik daar maar heel weinig van.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Om in de beeldspraak te blijven, ik begrijp dat mevrouw Van Blerck dan uiteindelijk kiest voor de klassieke opvatting dat de heer in het gezelschap zal moeten leiden.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Het gaat mij niet om de heer, maar het gaat mij om de zorgverzekeraars. Als het andersom was, had ik het ook goed gevonden.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Afgezien van het feit dat dansen met de heer Wiegel bij mij heel andere associaties oproept, is de heer Wiegel wel in staat om te dansen? Kan hij dat wel aan? Kunnen die verzekeraars dat wel aan?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik kom verderop in mijn betoog nog te spreken over de zorgverzekeraars.

Heeft de minister een verklaring voor de kritiek die zo breed wordt geuit, terwijl haar wil toch goed is? Ik ga daar tenminste zonder meer van uit en ik merk dat ook. Het beeld dat daardoor ontstaat, is toch niet goed

voor de zorg en ik vind dat zeer te betreuren. Hoe denkt de minister daarover? Is het niet mogelijk om een betere inschatting te maken van ontwikkelingen op het gebied van de zorg in de komende jaren? Geen enkele partij in het veld van de zorg en ook geen enkele politieke partij heeft de afgelopen zeven jaar een goede inschatting kunnen maken van de benodigde hoeveelheid extra zorg. Ik kan mij nog de sessies herinneren van Gezondheidszorg in tel over de zorgkloof. Die was altijd groter dan het kabinet raamde en kwam ook altijd net voor de begroting. Achteraf bezien zat ook die raming er steeds naast. Dat geldt ook voor politieke partijen, zelfs in de oppositie. Wij moeten van tevoren dus beter weten wat ons te wachten staat om teleurstellingen te voorkomen.

De heer **Buijs** (CDA): Even los van het feit of de oppositie het al of niet ingecalculereerd heeft, ben ik het er mee eens dat dat hetgeen is wat wij nodig hebben. Wij moeten weten hoe de chronische ziekten zich in de komende tijd ontwikkelen. Ik heb van het begin af aan ook gevraagd aan de minister: probeer nu die zorgvraag in beeld te krijgen, zodanig dat u kunt plannen voor de toekomst. Ik ontdek tot mijn vreugde dat mevrouw Van Blerck dit beaamt. Dat is immers waar wij naartoe moeten: het gaat niet alleen om de crisis van vandaag, maar wij moeten juist voorkomen dat wij eindeloos in zo'n crisissituatie blijven.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik vind wel dat wij de afgelopen jaren te veel zijn blijven steken bij het kortetermijnbeleid, bij de problemen van nu, die overigens ook heel belangrijk zijn om op te lossen, en dat wij niet voldoende hebben gekeken naar wat ons nog te wachten staat.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben er ook voor om beter te plannen. Maar wie gaat dat doen? Immers, u schetst een probleem, maar u geeft niet de oplossing.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Wij hebben natuurlijk een aantal belangrijke planningsbureaus, het CPB en het CBS, die naar mijn idee zeer wel in staat moeten zijn, misschien wel in combinatie met elkaar, om de zorgvraag beter in te

schatten dan wij het nu kunnen. Als je kijkt naar de verkenningen die aangeven hoe de premiehoogte zich zal ontwikkelen, dan kun je je goed voorstellen dat over tien of twintig jaar de premie bijna verdubbelt. Dat zijn allemaal ontwikkelingen die je wel in verband moet brengen met datgene wat er tegenover staat; dat andere beeld heb ik nog niet op het netvlies.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik vraag dit omdat ik mij herinner dat wij, de heer Van Boxtel en ik, iets soortgelijks in 1996 hebben voorgesteld, namelijk een soort planbureau voor de zorg, en dat de VVD er toen een tegenstander van was. Dat kan ik derhalve niet geheel met elkaar rijmen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik ben ook niet zo voor een planbureau voor de zorg. Ik ben niet voor nog meer instituties erbij; daar hebben wij er al genoeg van.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U mag uw eigen invulling kiezen. U noemt het CPB en...

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): En het CBS wellicht. Deze bureaus hebben al heel veel informatie, maar de informatie waar ik nu op zit te wachten, is veel gericht dan die enorme hoeveelheid onderzoeken, adviezen en rapporten die er al is. De stapels stijgen tot grote hoogte op het bureau, maar vervolgens doet niemand er meer iets mee, waardoor er ook geen link wordt gelegd tussen het een en het ander. Ik denk dat dit laatste juist wel goed zou zijn. Op zich denk ik dat ik het met u eens ben, maar ik zit niet te wachten op een nieuwe institutie in de zorg.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ook niet. Wij zijn het dan echter met elkaar eens dat die planbureaus dit zouden kunnen doen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Zij zouden het moeten kunnen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik dacht dat wij dit al hadden. Wij hebben toch onlangs het ramingsmodel zorgsector van het CPB, het RIVM en het SCP gekregen? Dat is hetzelfde model als waar in 1996 de heren Van Boxtel en Oudkerk om



## Van Blerck-Woerdman

gevraagd hebben en waarover begin 1997 de conferentie Met zorg ramen is gehouden. Kortom, u was er toch allemaal bij en u weet toch dat het er is?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat is niet wat ik zoek. Ik wil het veel breder hebben. Ik denk aan de mondige patiënt, aan wat deze allemaal nog méér wil dan hetgeen alleen zijn gezondheidszorg betreft, zaken die er echter wel mee te maken hebben. Dat wil ik ook in beeld hebben: daar waar de patiënt bijvoorbeeld consument is. Dat zal straks in elkaar gaan overlopen. Ik vind dat je dat in beeld moet hebben; het heeft ook te maken met de capaciteit die je daarvoor nodig hebt. De financiering is weer een andere zaak, maar heeft er natuurlijk ook mee te maken.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Verbreedt u dan de grenzen van het ziektebegrip? Ik had altijd het idee dat de VVD die liever wilde versmallen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Je kunt pas versmallen, als je weet hoe breed het is!

Voorzitter. Het brengt mij bovendien tot de constatering dat vaak blijkt dat ruimte moeilijker te verdelen is dan krapte. De overeenstemming bij krapte is eerder te bereiken dan bij ruimte. Ik heb het bij ruimte dan niet zozeer over alleen financiële ruimte, maar ook over beleidsruimte.

Wij vinden overigens dat in de tussenperiode naar een nieuwer systeem de minister wat strakker nog de touwtjes in handen moet houden. Wij denken dat de overgangperiode naar een ander systeem heel belangrijk is, waarbij het erom gaat dat je ook zeker weet dat het allemaal zal lukken – althans, je hoopt zeker te weten dat het zal lukken. Dat betekent dat de uiteindelijk politiek verantwoordelijke, de minister, in die interimperiode een soort stimulator, een aanjager en wellicht ook een interim-regisseur moet zijn, zonder verantwoordelijkheden over te nemen, want dat lijkt ons geen goede zaak.

Ik kom bij de voorkeuren van de VVD. Voor ons geldt dat een nieuw stelsel geen doel op zichzelf moet zijn, maar een middel om de zorg toekomstbestendig te maken. Wij

staan voor kwaliteit, keuzevrijheid en doelmatigheid. Wij hechten veel waarde aan toegankelijkheid en transparantie. Wij vinden dat de basisverzekering in het tweede compartiment moet worden uitgevoerd door particuliere zorgverzekeraars. De voor iedereen wettelijk verplichte standaardpolis dekt alle noodzakelijke vormen van zorg. De consument krijgt de vrijheid om zelf de hoogte van een eigen risico te kiezen. Wij hechten aan dat eigen risico en willen dat graag voor een meer kostenbewuste consument en een verantwoorde ontwikkeling van de zorguitgaven. Wij staan voor een nominale premie. Wat de nota Zorg aan bod ons biedt, beschouwen wij als bouwsteen, als uitgangspunt voor een nieuwe toekomst voor de zorg.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U spreekt over een nominale premie. U heeft toch ook gelezen dat het Centraal planbureau zegt dat de concurrentie daarmee op geen enkele wijze wordt gestimuleerd. Waarom wilt u die nominale premie dan nog?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik heb een wedervraag aan u. Heeft u het rapport daarover van het Centraal planbureau gelezen, behalve de kop?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wij hebben het rapport geheel en al gelezen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dan moet u constateren dat de kop dus niet klopt. Er stond echt iets anders in het stuk. Daarin worden de voordelen en de nadelen van beide systemen precies beschreven. In de kop is het nadeel van een van de twee systemen tot leidend thema verheven. Het klopt helemaal niet met de inhoud. Ik kan het precies voorlezen, maar het staat gewoon niet in het rapport.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wij komen erop terug.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat is heel goed.

Wij menen dat de verzekeraar de regie moet krijgen. Om dat zo goed mogelijk te laten gebeuren – op dit moment kan het nog niet 100% – zul je ervoor moeten zorgen dat er in een overgangperiode voldoende

regie blijft op momenten dat de verzekeraars die regierol nog niet geheel kunnen waarmaken. Je moet er wel voor zorgen dat verzekeraars voldoende instrumenten in handen hebben om dat te kunnen doen. Bij een aantal dossiers is dat aanstaande. Bij het geneesmiddelen-dossier begint het nu te komen. Ik had het veel liever eerder gehad; ik vind dat het allemaal heel langzaam gaat. Maar goed, het geneesmiddelen-dossier is buitengewoon gecompliceerd, dus ik heb er uiteindelijk wel begrip voor.

Ik heb ook mijn kritiekpunten. Ik word niet vrolijk van wat er tot op dit moment bij de hulpmiddelen wordt gedaan door de verzekeraars. Zij laten dat in feite gewoon liggen. Zij laten verzekerden direct met de leverancier bellen wat men wil hebben en zonder enige indicatie wordt geleverd wat de patiënt vraagt. Ik ben erg voor het personeelsgebonden budget, maar daaraan moet dan wel een indicatie voorafgaan. Ook in het zittend ziektevervoer is sprake van eenzelfde situatie. Ik vind dat verzekeraars er meer mee moeten doen. Ik heb er op zichzelf geen bezwaar tegen, maar je moet dat gewoon kunnen zeggen. Je moet de verzekeraars ook de gelegenheid geven om daarin verbetering aan te brengen. Maar het doel is wat ons betreft de regisseursrol voor de verzekeraar.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U wordt niet vrolijk van het geneesmiddelen-dossier, waarin de verzekeraars zo'n beetje de regie hebben.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Van de traagheid.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U wordt niet vrolijk van het hulpmiddelen-dossier, u wordt niet vrolijk van het zittend vervoer. Dat zijn precies de drie dossiers waarin zij de regie claimen. U zegt dat het toch het doel is, niet het middel, om de verzekeraars de regie te geven. Ik kan dat niet met elkaar rijmen. Waarom is dat het doel? Zit daar iets achter? Hebt u er wel vertrouwen in dat het doel, althans in uw ogen, op een goede manier wordt bereikt?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Als ik dat heb gezegd, heb ik mij niet goed uitgedrukt. Het is het middel om tot een ander doel te komen. Het is wel zo dat de

## Van Blerck-Woerdman

verzekeraars bij de hulpmiddelen over de desbetreffende periode de regie niet hadden en dus ook niet konden nemen. In die zin denk ik dat er nog wel wat te verbeteren valt, als zij die wel krijgen. Ik heb daarin wel vertrouwen. Tot op heden kan het gedeelte waarvoor zij verantwoordelijk zijn inderdaad beter. Als het op een andere manier wordt geregeld, zou het zeer goed kunnen dat zij er goede resultaten bij bereiken. Bij de geneesmiddelen begint het heel langzaam op gang te komen. Ik vind niet dat zij het niet goed doen, maar het duurt erg lang. Zij geven echter aan dat zij van de overheid onvoldoende ruimte krijgen. De heer Wiegel en mevrouw Borst houden het weer klemvast.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Vertrouwen moet je natuurlijk verdienen. De verantwoordelijkheid voor de regie gaat dus naar de verzekeraars. Wil de VVD-fractie dat dit geclausuleerd gebeurt en wat zijn in dat geval de clausules? Wil zij verder dat het geleidelijk gebeurt of in één tranche?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Wij willen dat er een overgangperiode komt, die nu eigenlijk al is begonnen. Het moet niet voor 100% zonder clausules gebeuren. Dat leidt waarschijnlijk tot zaken die ongewenst zijn en niet tot het door mij verwachte succes. Je moet een aantal jaar uittrekken om het zo goed mogelijk over te dragen. Daarbij moeten dan van beide kanten de criteria worden gelegd.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw Van Blerck wil er criteria bij leggen, maar de VVD-fractie heeft die dus nog niet opgesteld?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Wij hebben een rapport laten verschijnen van zo'n 45 bladzijden. Volgens mij is uw rapport iets korter. Wij geven daarin duidelijk aan dat er afspraken moeten worden gemaakt over wat er wordt gepresteerd, over de kwaliteit, en over de verantwoording. De verzekeraar krijgt dan de zorgplicht; de verzekerde moet waar voor zijn geld krijgen. Voor de hulpmiddelen zou dat dan een geldbedrag moeten zijn. De cliënt kan dan zelf naar de winkel gaan en krijgt geen hulpmiddel opgedrongen waarom hij niet heeft gevraagd. Je kunt dus redelijk eenvoudig

vastleggen waaraan men zich dient te houden.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het is mij niet helder wat de VVD-fractie dan nog meer zou willen. In principe is er afgesproken dat vanaf 2005 de zorgverzekeraars volkomen risicodragend zijn en alles gaan contracteren; dat staat ook in de beleidsagenda 2002. Daar werken wij nu naartoe door langzaam maar zeker de wetgeving af te bouwen. Dat is die overgangperiode. Wat mist mevrouw Van Blerck nog dat zij het enerzijds te langzaam vindt gaan en anderzijds het tijdpad te onduidelijk vindt?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik ben bevreesd dat, als nu in één keer de hele verantwoordelijkheid voor alle dossiers wordt overgedragen, het te veel wordt en er fouten worden gemaakt. Daardoor zal men hier in Den Haag zeggen: zie je wel, ze kunnen het niet. Dat wil ik vermijden. Je kunt het proces beter nog een tijdje in een verstandig tempo begeleiden, zonder verantwoordelijkheden over te nemen. Daar ben ik helemaal niet op uit. De overdracht moet zo verantwoord mogelijk geschieden.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Bedoelt u daar nu mee dat die termijn tot 2005 te kort is?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat denk ik niet. Ik denk dat het binnen die termijn kan. In die periode moet je er wel voor zorgen dat je fricties voorkomt, die nu steeds aan de orde zijn. Dat is niet goed voor het beeld.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Is dat te voorkomen als je in een overgang zit naar een andere situatie en de wetten en regelgeving nog niet helemaal aangepast is?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat is het probleem. Dan zul je er beter voor moeten zorgen dat iedereen weet waar hij aan toe is. Ik wil nog iets zeggen over twee voor ons belangrijke wetten: de WTG en de WEZ. Dankzij het goede sociaal-economische beleid van dit kabinet is het mogelijk geworden om dit jaar een groei van 3,5% voor het volksgezondheidsbeleid te realiseren. Wij wijzen daar graag nog een keer op. Tegelijkertijd moet de overheid

op dit terrein terugtreden. Zij moet niet langer zo strak vasthouden aan gedetailleerde regulering van het aanbod. Het is ons een doorn in het oog dat er bij de WEZ zelfs nog meer mogelijkheden zijn dan in de WZV om in te grijpen tot op exploitatieniveau. Wij vinden dat jammer. Dat bespreken wij overigens nog een keer apart. Bovendien gaat het bij de WTG om een iets andere insteek. De minister van VWS heeft volgens ons meer mogelijkheden om het beleid te wijzigen, dan zij nu gebruikt in de WTG. Ik vraag mij dus echt af waarom de minister geen aanwijzingen aan het CTG geeft om een aantal beleidswijzigingen door te zetten. Het is toch zo dat de minister van VWS regeert en niet de heer Scherer? Soms lijkt het omgekeerde het geval en dat kan niet. Als bovendien bijvoorbeeld het "boter bij de visprincipe" kan worden toegepast op de extra middelen, waarom kan het dan elders niet? Als je een experimenteerartikel nodig hebt, waarom wordt dat in de huidige wet dan niet nog even opgenomen om de periode in ieder geval zo goed mogelijk te begeleiden?

Het zou goed zijn om de nominale premies niet langer tot de collectievelastendruk te rekenen. Partijen moeten zo meer ruimte krijgen en de overheid moet een flinke stap terug doen. De zorgsector die al geheel geprivatiseerd is en altijd geweest is, dient wel hoognodig geliberaliseerd te worden.

Mijn volgende vraag is waarom er voor de rijksbijdrage geen doelen en prestatiegegevens beschikbaar zijn. Het gaat om een substantieel bedrag van ruim 6 mld gulden dat in de zorg wordt gestoken zonder dat van tevoren wordt gevraagd wat daarvoor gedaan wordt, laat staan dat achteraf bekeken wordt of ook gedaan wordt wat gedacht was. Dat heeft natuurlijk ook veel te maken met de 24 mld gulden waarvan ik verantwoording heb gevraagd als het gaat om de output, maar die ik eigenlijk niet heb gekregen.

De heer **Buijs** (CDA): Kunt u het voorgaande verduidelijken? De rijksbijdrage is toch ook bedoeld om te zorgen dat de premie op ongeveer hetzelfde niveau kan blijven als voorgaande jaren? Begrijp ik uit de woorden van mevrouw Van Blerck dat zij de rijksbijdrage een andere invulling wil geven, of wat moet ik er anders onder verstaan? Er werden

## Van Blerck-Woerdman

meestal geen doelgerichte zaken in benoemd.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Er staat natuurlijk niet met zoveel woorden in of dat inderdaad de bestemming van het hele bedrag is, of dat er ook nog iets anders mee gedaan wordt. Dat bedrag wordt nooit gespecificeerd in de begroting. Die specificatie zou ik wel eens willen krijgen.

De heer **Buijs** (CDA): Wilt u de rijksbijdrage handhaven of wilt u ervan af?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ervan uitgaande dat wij op enig moment toch een ander stelsel krijgen, lijkt het mij niet nuttig om nog bestaande zaken te veranderen. Dat kun je dan beter in een andere context doen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik deel die mening, maar het wordt nu toch als een soort buffer gebruikt.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ja, dat is mij bekend.

Voorzitter. Ik deel de opmerkingen over de verwachtingen van de DBC's zeer. Zal het DBC-traject ook echt goed worden afgelopen? Mij is ter ore gekomen dat het niet op de juiste wijze afwikkelen van de goodwill van de medisch specialisten nog wel eens vertraging met zich kan brengen in het DBC-traject. Mij staat bij dat in het regeerakkoord is afgesproken dat de goodwill-problematiek wel geregeld wordt en dat er ook geld voor beschikbaar is gesteld. Kennelijk is dat op enig moment echter weer verdwenen uit de begroting. Hoe zit het nu? Vreest de minister de combinatie van die zaken met elkaar ook?

Er is een rapport van de commissie-De Beer over de administratieve lasten verschenen. Daarin staan zeer behartigenswaardige dingen, bijvoorbeeld dat er in het AMC twintig personeelsleden permanent bezig zijn met het administreren van de eigen wachtlijsten. Dat is natuurlijk van den gekke. Met dat rapport is echter niets gebeurd. Komt het nog eens terug, of wordt het onderin de la gelegd, wat ik toch niet mag hopen? De DBC's worden geplaatst in de oude FD-systematiek of de PGB-structuur, waardoor de patiënt enerzijds een zak geld krijgt en anderzijds een

eigen bijdrage moet betalen. Nieuwe instrumenten in een oude omgeving, dat kan elkaar bijten. Wat zijn de kosten van de DBC's, de invoering van de nieuwe PGB's en de persoonsvolgende budgetten?

Wij vinden de voorgestelde maatregel van de minister voor de tandartstarieven heel goed. Op deze manier wordt eindelijk een probleem opgelost, waarvoor hulde.

Ik ga ervan uit dat de verhoging van de honorering voor avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen wordt geregeld. De verzekeraars hebben daarvoor geld klaarliggen, dus de vraag is wat daaraan ontbreekt.

Ik neem alvast een voorschot op het debat over het rapport van Tabaksblatt over de toekomst van de huisartsen. Ik neem aan dat huisartsen straks niet alleen nog maar in een grotere structuur werken. Wij moeten niet op basis van het conjuncturele gegeven dat wij nu te weinig huisartsen krijgen, alles in grotere verbanden doen, omdat dat prettig zou zijn voor iedereen. Over tien jaar zijn er wellicht meer huisartsen, die dan maar moeten hopen dat zij in een centrum van andere huisartsen en andere beroepsbeoefenaren worden opgenomen. Ik hoop dat er ook ruimte blijft voor de huisarts als solist.

Het is goed dat de minister een maatregel heeft genomen voor het vrijlaten van het GVS voor de hardlopers. Het heeft lang geduurd, maar net als bij de tandartsen is het toch gekomen, zodat er prijsconcurrentie kan plaatsvinden. Wat er overblijft, kan ten goede komen aan patiëntenzorg en premie.

De registratie van homeopathische middelen moet per 1 januari 2002 een feit zijn. De minister heeft juridisch volkomen gelijk, maar toch wil ik vragen om een iets langere overgangperiode, zodat alle mensen die zoveel plezier hebben van die middelen, er iets langer gebruik van kunnen maken. Ik geef geen ander waardeoordeel dan dit.

Deze week kom ik met een aantal collega's met een initiatiefwet over de apotheekhoudende huisarts.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik wil nog een vraag stellen over de opmerking van mevrouw Van Blerck over homeopathische geneesmiddelen. Het is toch niet haar bedoeling om dit eindeloos uit te stellen, zodat de

industrie weer achterover kan hangen? Voor de kwaliteit is het belangrijk dat dit snel wordt geregeld.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): In tweede termijn dien ik een motie in, waarin een datum op redelijk korte termijn is vermeld.

□

De heer **Blok** (VVD): Voorzitter. De laatste begroting van een kabinetsperiode roept een oudejaarsavondgevoel op. De begroting is vervuld van goede voornemens, maar er is ook gelegenheid om terug te kijken op het voorbije jaar en de voorbije kabinetsperiode.

Ik zal ingaan op een aantal thema's, om te beginnen de AWBZ. De VVD heeft een positief gevoel over de maatregelen die de staatssecretaris heeft genomen bij de AWBZ. De staatssecretaris verdient een compliment voor de ontwikkeling van de wachtlijsten die duidelijk zijn afgenomen in de verschillende sectoren. Wij zien met vreugde dat thema's als keuzevrijheid voor consumenten, toetreding van nieuwe aanbieders en het persoonsgebonden budget, vanouds klassieke VVD-thema's, nu breed worden gedragen ook door de staatssecretaris. Zij heeft ook op onderdelen de grootheid gehad, over oude politieke bezwaren heen te stappen om deze nieuwe route op te gaan.

Daarnaast moet ik constateren dat over een aantal vervolgstappen nog onduidelijkheid bestaat en dat de bureaucratie in de AWBZ op een aantal terreinen zorgelijk is toegenomen. Collega Mosterd sprak daar ook al over. Ik begin met de vervolgstappen. De begroting en de Zorgnota spreken in het kader van de AWBZ tegelijkertijd over vraagsturing en regionale planning. Daar zit een grote tegenstelling in. Vraagsturing betekent dat de consument, de burger, de patiënt iets te kiezen heeft. Er moet dan sprake zijn van wat overcapaciteit en van ontschotting en dat verhoudt zich slecht tot planning.

Ik werd nog wat bezorgder toen ik het rapport van de Algemene Rekenkamer over de zorgkantoren las en de antwoorden op de vragen daarover. Ook daarbij was de vraag aan de orde hoe een zorgkantoor de regionale vraag kan inschatten. Wij kregen als antwoord dat het

## Blok

zorgkantoor kijkt naar de indicaties die gesteld zijn door het indicatie-organen en dat dan de vraag bekend is. De gedachte achter vraagsturing is juist dat de vraag van een patiënt/consument gecompliceerder is dan alleen maar een optelsom van functionele indicaties. Die vraag kan ook gaan over het soort zorg, het soort instelling of de plaats waar die zorg verleend wordt. Dat haal je echt niet uit een technisch lijstje met functionele indicaties. Er is echt behoefte aan helderheid over de vraagsturing. Als het kabinet, de staatssecretaris, kiest voor vraagsturing, kan er dus geen regionale planning zijn. Of wordt toch gekozen voor regionale planning?

De laatste tijd wordt ook in publicaties een andere, wat meer technische vraag gesteld. In een vraaggestuurd model zullen er verschillende concurrerende aanbieders zijn die echt risico's lopen. Als zij diensten leveren die de burger niet wil, kan dat voor de continuïteit van de instelling consequenties hebben. De financiële wereld heeft gevraagd of de instellingen straks wel voldoende financiële buffer krijgt om gefinancierd te kunnen worden. De financiële wereld vraagt dat natuurlijk vanuit eigenbelang, maar wij moeten die vraag wel kritisch bekijken. Wij moeten natuurlijk geen groots model ontwerpen met verschillende aanbieders als de banken, verzekeraars en pensioenfondsen dat vervolgens te griezelig vinden en het daarom maar niet financieren.

Ik heb een hekel aan nog meer nota's op die grote stapel nota's waarnaar alle collega's al hebben verwezen, maar met de staatssecretaris is afgesproken dat wij geïnformeerd zouden worden over de voortgang van de bruteringsoperatie. Het lijkt mij cruciaal dat het aspect van de financierbaarheid van een vraaggestuurd model onderdeel wordt van de rapporten.

Tussen de discussiestukken die het ministerie zelf heeft opgesteld over de toekomst van het stelsel zat ook een heel interessant rapport getiteld Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief. Het Centraal Planbureau heeft op grond van een drietal scenario's de AWBZ-premie doorgerekend bij ongewijzigd beleid.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben benieuwd naar de zienswijze van de

heer Blok naar de planning van de zorg. De zorg is vooral regionaal georganiseerd. Het gaat niet alleen om de zorg sec, maar ook om vervoer, wonen en welzijn. Deze sectoren zijn ook regionaal georganiseerd. Welk alternatief heeft de VVD daarvoor?

De heer **Blok** (VVD): Uit uw vraag blijkt het aanbodgericht denken. U zegt: het aanbod van zorg is regionaal georganiseerd. De burger is echter niet altijd regionaal georganiseerd. Hij kan bijvoorbeeld wel zorg zoeken in de buurt van de woonplaats van de kinderen. Dan gaat dat wringen met zo'n regionale planning. Het rapport van de commissie-Etty zegt hele ware dingen over de rol die planning nog kan spelen; die rol is namelijk zeer beperkt. Wij hebben in deze Kamer breed onderschreven dat wij die kant op willen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Waaruit maakt u op dat dat niet mogelijk is op basis van de huidige AWBZ-voorstellen? De AWBZ is immers een individuele verzekering. Als mensen in de omgeving van hun kinderen willen worden opgevangen, is dat dus mogelijk. Waarop baseert u dan uw conclusie dat dat nu niet kan?

De heer **Blok** (VVD): Dat heb ik aangegeven. Onder meer de Zorgnota gaat tegelijkertijd in op regionale planning en vraagsturing. Dat wringt. Als je exact gaat bepalen hoeveel vraag naar een bepaald type zorg er in een regio is, bijvoorbeeld aan de hand van de indicaties, zou daaruit kunnen blijken dat het aanbod technisch gesproken even groot is, maar de mensen in Nederland hebben inhoudelijk misschien een heel andere wens dan die technische optelsom van indicaties. Daar gaat het wringen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb altijd begrepen dat de VVD-fractie ook beheersbaarheid belangrijk vindt. Als je alleen de vraagsturing haar eigen weg laat vinden, is het nog maar de vraag of de daaraan verbonden kosten beheersbaar zullen blijken te zijn. Hoe kijkt u daartegen aan?

De heer **Blok** (VVD): Dat ben ik erg met u eens. Daar gaat het volgende deel van mijn betoog over. Ik zal dat

daarom eerst voordragen; wellicht vinden wij elkaar dan.

Ik verwees al naar de toekomstverkenningen die het ministerie in het kader van het nieuwe stelsel heeft laten opstellen en naar de raming door het CPB van de AWBZ-premie. Het CPB schetst dat bij ongewijzigd beleid de AWBZ-premie tot 2040 grosso modo zal verdubbelen. Dat betekent natuurlijk dat iedere burger in Nederland stukje bij beetje zijn koopkracht stevig uitgehold zal zien worden. De gemiddelde burger zal dat niet leuk vinden, want het gaat daarbij om vrij forse bedragen. In het kader van het stelseldebat is het heel zinvol om dat effect exacter in beeld te krijgen, want de huidige statistieken bestaan uit lijntjes als onderdeel van het BNP. Het lijkt mij vrij simpel om dat om te rekenen naar een paar inkomenscategorieën: wat zal bij ongewijzigd beleid het koopkrachteffect van die premieontwikkeling zijn op minimumniveau, voor modaal en voor twee keer modaal? Kan de regering ons die informatie leveren, zodat die onderdeel kan worden van de verdere discussie over de invulling van de AWBZ?

Ook op het punt van scheiden van wonen en zorg bestaan onduidelijkheden en knelpunten. Als er een onderwerp is waarover de hele Kamer het eens is, is het dat die scheiding moet plaatsvinden en dat dat soepel moet kunnen gebeuren. Er komen echter voortdurend geluiden naar boven – onder meer in het recente rapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, ook al valt daar wel iets op af te dingen – dat de productie van woningen die geschikt zijn voor de scheiding van wonen en zorg, in de praktijk achterblijft. Het college schat dat in de komende jaren 3000 tot 7000 woningen nodig zullen zijn en dat dat niet lukt; daarvoor geeft het een enorme hoeveelheid redenen. Wij kunnen al die redenen los bediscussiëren, maar het lijkt mij veel simpeler om een rapportage bij te houden van het tempo. Dat hoeft geen aparte rapportage te zijn, want dat kan gewoon in de jaarverslagen in mei. Uit die rapportage moet ook blijken in welke gemeenten of provincies het goed gaat en in welke slecht, zodat zij bij elkaar kunnen bekijken waar dat aan ligt. Vaak blijkt het immers te liggen aan lokale planningsprocedures.

## Blok

Dan het thema bureaucratie. Ik heb al aangegeven dat op het punt van de wachtlijsten in de AWBZ belangrijke vorderingen zijn gemaakt, natuurlijk tot genoegen van de VVD-fractie. In een aantal sectoren blijven de wachtlijsten echter duidelijk knellen. Er wordt voorgesteld om opnieuw grotere bedragen uit te trekken voor een geautomatiseerde wachtlijstregistratie bij de zorgkantoren, maar wij krijgen voortdurend het signaal, ook uit doorwrochte rapporten – bijvoorbeeld uit de in opdracht van de Task force aanpak wachtlijsten gemaakte analyse van de overbruggingszorg – dat het heel moeilijk is om een wachtlijst precies in beeld te krijgen, omdat wachtenden vaak toch een vorm van overbruggingszorg hebben of uit voorzorg op een lijst staan en omdat aanbieders er niet altijd belang bij hebben om heel precies aan te geven hoe lang de wachtlijst is. Wij kennen ook allemaal schrijnende voorbeelden van zware patiënten die worden geweigerd om wat lichtere patiënten te laten voorgaan. In een vraaggestuurd systeem wordt het nog lastiger om centraal, en dan weer per regio, wachtlijsten bij te houden terwijl de consument een heel gedifferentieerde vraag heeft die ook weer regio-overschrijdend kan zijn. Mijn vraag is dan ook of het systeem van wachtlijstregistratie, waarin miljoenen worden geïnvesteerd, voldoende flexibel is om nog steeds te kunnen werken in een vraaggestuurd systeem. Of is er straks sprake van tevreden zoemende computers in de zorgkantoren, terwijl vraag en aanbod al zo gedifferentieerd zijn dat die computers een werkelijkheid pretenderen te meten die allang niet meer leeft bij de bevolking?

Wat de VVD-fractie betreft, is er een grote stap voorwaarts gezet met de aankondiging dat het PGB gemakkelijker in contanten kan worden uitgekeerd met een verantwoording vooraf. Daardoor worden de problemen van de betrokkenen enorm verlicht. Het is evenwel essentieel dat dit goed en zorgvuldig wordt uitgevoerd. Voor diezelfde betrokkenen is er namelijk niets vervelender dan na een kwartaal of een jaar te horen te krijgen dat de bestedingen niet volgens de regels waren en dat het geld moet worden terugbetaald. Het moet dus wel kristalhelder zijn

waarvoor die grotere contante bedragen kunnen worden gebruikt. Het gaat dan niet zozeer om verrichtingen die dicht tegen het medische aanzitten, want daar zal het wel duidelijk zijn. Hoe verder je echter afraakt van het medische en hoe dichter je in de buurt komt van de dagelijkse verrichtingen van de welzijnsfuncties, hoe groter dat risico wordt. Komt het klussen van een zoon in het huis van zijn bejaarde moeder in aanmerking voor een vergoeding, of valt dit onder het dagelijks leven? Kan het lidmaatschap van een hengelclub voor iemand die anders dreigt te vereenzamen, onder het PGB worden gebracht, of hoort dit bij het dagelijks leven? Helderheid daarover is essentieel om te voorkomen dat er na afloop van het jaar een heel vervelende claim komt voor de mensen waar het om gaat. Ik ben heel benieuwd hoe de staatssecretaris die helderheid wil bewerkstelligen.

In de begroting staat dat de uitgaven aan de sectorfondsen worden getemporiseerd, zoals dat zo mooi heet, omdat de fondsen ruim voldoende bij kas zitten. Eigenlijk is dat heel vreemd, want de sectorfondsen hebben als doel om problemen in de personeelsvoorziening aan te pakken. Als er ergens problemen zijn in de zorg, dan is dat bij de personeelsvoorziening. De sector schreeuwt om geld voor het personeel, voor de arbeidsomstandigheden, voor de bestrijding van het ziekteverzuim, voor opleidingen en voor de werkdruk, maar de sectorfondsen houden geld over. Hoe kan dat nu? Ik krijg daar graag uitleg over.

Onduidelijkheid is er ook over de uitgaven over ICT. Wij zijn verleden jaar uitgebreid op de toepassing van ICT ingegaan. Ook ik zie, net als de heer Oudkerk, grote bedragen besteed worden aan mogelijk zinvolle toepassingen, zoals de zorgpas en de wachtlijstregistratie, waar ik zojuist kritische woorden aan heb gewijd. Ik zie echter heel weinig geld gaan naar vernieuwingen van het proces, bijvoorbeeld nieuwe methoden om klantvriendelijk en efficiënter te werken. Natuurlijk zal dit niet alle problemen in de zorg oplossen, maar het is wel vreemd dat wij daar eigenlijk niets van zien. Verleden jaar heb ik een motie ingediend die breed is aangenomen door de Kamer, waarin ik heb

gevraagd om experimenten mogelijk te maken die in deze richting gaan, maar ik vind daar niets van terug. Welke kant gaat het nu op met de ICT-gelden en de resultaten daarvan?

Ik heb een aantal punten genoemd waar de VVD-fractie zeer tevreden over is. Waar wij minder tevreden over zijn, zijn de onderwerpen jeugdzorg en kinderopvang. Er is een wet op de jeugdzorg beloofd die er nog steeds niet is. Wat de kinderopvang betreft, complimenteer ik de staatssecretaris er graag mee dat het aantal plaatsen flink is toegenomen, maar vind ik het wel jammer dat wij zo lang hebben moeten wachten op de langbeloofde wet en nu te horen hebben gekregen dat de wet nog een tijdje op zich zal laten wachten. Ons bezwaar tegen de huidige wet is, dat die het voor nieuwe toetreders niet gemakkelijk maakt, terwijl ruimte creëren voor nieuwe toetreders toch één van de manieren is om de tekorten in de kinderopvang aan te pakken. Natuurlijk moet er worden voldaan aan kwaliteitseisen, maar nu stuit men op vervelende hinderpalen die niets met kwaliteit te maken hebben. Daarom wil ik graag van de staatssecretaris horen hoe in de periode tot inwerkingtreding van de nieuwe wet zal worden omgegaan met de toetredingsmogelijkheden van nieuwe aanbieders. Zullen er bijvoorbeeld eisen gesteld worden aan gemeenten op dat punt? Zullen er bijvoorbeeld eisen gesteld worden aan het ter beschikking stellen van nieuwe locaties, een heel praktisch probleem waar bijna in iedere gemeente nauwelijks doorheen kan worden gekomen? Zullen er bijvoorbeeld ruimere mogelijkheden komen voor opvang aan huis? Onder meer het VOG wijst erop dat tekorten aan kinderopvang op het platteland gemakkelijker zouden kunnen worden opgevangen als wij met behoud van kwaliteitseisen kinderopvang aan huis iets ruimer mogelijk maken, bijvoorbeeld zes plaatsen in plaats van vier.

Voorzitter. Maatschappelijke opvang. Ook in het welvarende Nederland staan veel mensen voor kortere of langere tijd op straat. De VVD staat nadrukkelijk ook voor deze groep mensen. Daarom hebben wij verleden jaar bij de algemene beschouwingen een motie ingediend om er extra geld voor uit te trekken. Bij de financiële beschouwingen dit jaar hebben wij aangekondigd dat wij er extra geld voor willen

## Blok

uittrekken omdat wij onze motie die een claim deed op de voorjaarsnota onvoldoende gedekt vonden. Wij hebben nu dan ook een amendement ingediend waarin 15 mln euro wordt uitgetrokken en nu ook concreet wordt gedekt om de knellende problemen, bijvoorbeeld door de toegenomen zorgzwaarte, bijvoorbeeld omdat veel voorzieningen verouderd zijn, nu ook echt aan te kunnen pakken.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Voorzitter. Ik vind dat natuurlijk een zeer sympathiek amendement, wie zou daartegen kunnen zijn? Maar nu de dekking! Zo'n 7 mln euro wordt gedekt door een verlaging van de loon- en prijsbijstelling bij beheer zorgverzekeringen. Hoe kun je dan transparantie en verantwoording afleggen over het daar uitgegeven geld, waar u zo'n voorstander van bent?

De heer **Blok** (VVD): Wij halen de dekking uit een aantal richtingen, deels uit de medicijnen, deels uit de richting die u noemt. Wij vinden het jammer om veel geld richting bureaus, richting papierwerk te laten gaan als er dringende praktische noden in de samenleving zijn. Natuurlijk doet het verschuiven met geld altijd pijn, maar dan liever in de sfeer van bureaucratie dan in de sfeer van daadwerkelijke zorg!

De heer **Oudkerk** (PvdA): Daarover valt te twisten!

De heer **Blok** (VVD): Dat mag u!

De heer **Oudkerk** (PvdA): U zei zelf al dat een deel wordt gedekt door uit te gaan van de extra kortingen en bonussen die bovenop de "claw back" zelf door de verzekeraars worden teruggehaald. Dat sluit een beetje aan op mijn inbreng.

De heer **Blok** (VVD): Dat dacht ik ook!

De heer **Oudkerk** (PvdA): Maar dat noemt minister Zalm van Financiën nu een echte ongedekte cheque. Ik ben zo benieuwd hoe u dat ten opzichte van hem wil verdedigen!

De heer **Blok** (VVD): Dat zal dan niet in deze zaal gebeuren, maar ik constateer wel dat het dezelfde richting is als waarin u zocht, dus dat u op beide punten geen reden kunt

vinden om tegen dit amendement te zijn.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik zal het u nog sterker vertellen: ik denk dat het meer dan 7 mln euro is, zelf heb ik een bedrag van 100 mln of 200 mln gulden genoemd, maar wij hebben het nog niet. U moet mensen niet blij maken met een dode mus die nog in de zakken van apothekers zit. Wanneer gaat u het uit die zakken halen, is dat nog deze week, dus voor de stemming volgende week?

De heer **Blok** (VVD): Wij hebben het nu over een begroting voor het volgende jaar, dus dan zal het ook uit die zakken moeten komen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Hoe dan?

De heer **Blok** (VVD): Op de manier die ook u hebt aangegeven! Het is een beetje gek dat u de dekking die u zelf hard vindt bij mij in twijfel gaat trekken.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Neen, ik had dolgraag enkele amendementen ingediend, tot 200 mln gulden aan toe, om nog wat meer maatschappelijke noden te dekken, maar dat lukt mij nog niet om de doodeenvoudige reden dat ik altijd goed luister naar de minister van Financiën die van uw partij is en altijd zegt: geen ongedekte cheques.

De heer **Blok** (VVD): Als hij daar kritiek op heeft, zal hij zo wel binnen komen stormen!

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Hoe wil de heer Blok dan die 7 mln euro veilig stellen? Dat begreep ik even niet meer.

De heer **Blok** (VVD): Wij zullen het er allemaal over eens zijn dat er de nodige ruimte zit in de sfeer van de medicijnen. Daarop leggen wij nu een claim voor het komende jaar. Daarmee worden de verzekeraars onder druk gezet om dit geld eruit te halen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Hoe doet de heer Blok dit dan?

De heer **Blok** (VVD): Dit doe ik niet! Het is een overheveling in de premiesfeer uit de Zorgnota. In de begroting korten wij op de rijksbijdrage en wij geven vervolgens aan hoe wij dit in de sfeer van de

premies gedekt willen zien. De overheid doet niet zelf die uitgaven, maar geeft wel aan in welke richting zij gevonden moeten worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben aangenaam verrast door dit amendement van de VVD. Ik denk dat de VVD de PvdA hiermee links inhaalt en dit mag ook wel eens een keer. Ik steun dit amendement van harte. De dekking kan mij eerlijk gezegd niet zo heel veel schelen, want deze maatschappelijke nood moet vandaag nog worden opgelost. Wij kunnen hiermee net de cao dekken die in de maatschappelijke opvang is afgesproken. Wij hebben een amendement ingediend voor 80 mln gulden. Dan kunnen wij echt iets doen. Is dit niets voor de VVD-fractie?

De heer **Blok** (VVD): Wij hebben geen amendement van 80 mln gulden ingediend. Het kan natuurlijk altijd meer zijn, maar wij maken natuurlijk wel een afweging tussen hetgeen haalbaar is en wat wij willen. De dekking van het amendement van mevrouw Kant vind ik weinig indrukwekkend. Wij vinden 15 mln euro een heel redelijk bedrag, ook in verhouding tot de bedragen die door de sector worden genoemd.

Mevrouw **Kant** (SP): In de sector wordt gesproken over bedragen van 165 mln gulden die nu dringend nodig zijn. Een eerste stap van 80 mln gulden moet nu worden gezet. Ik ben heel blij met het amendement van de VVD-fractie, maar het is nog te weinig. De heer Blok kan ervan op aan dat de dekking van mijn amendement goed is. Hij kan daar rustig voor stemmen.

De heer **Blok** (VVD): Die dekking is op degelijk socialistische wijze vastgesteld.

Als laatste onderwerp wil ik spreken over preventie en de verhouding tussen overheid en het individu. Preventie is natuurlijk heel belangrijk. Net als elders in de gezondheidszorg geldt dat het cruciaal is dat de verantwoordelijkheden helder zijn afgetekend. Wij vinden dat de overheid een heldere verantwoordelijkheid heeft voor voorlichting en voor minderjarigen. De verzekeraars hebben ook een taak op het gebied van preventie, omdat zij financieel een duidelijk belang hebben bij het voeren van een goed

## Blok

preventiebeleid. Uiteindelijk moet de burger wel zelf kunnen beslissen en is er geen plaats voor een opgeheven vingertje. Wij constateren dat in de voorliggende begroting op meerdere terreinen toch sprake is van zo'n opgeheven vingertje. Er worden heel heldere doelstellingen geformuleerd. Ik ben bijvoorbeeld onder de indruk van de doelstelling dat vanaf 2004 iedere Nederlander twee stuks fruit en 200 gram groente per dag moet eten. Als ik dan denk aan de discussies die wij thuis hebben als de kleine zijn spinazie niet opeet. Wij dreigen dan dat hij zonder toetje naar bed moet. Ik kan mij niet goed voorstellen wat een minister kan doen als al die Nederlanders in 2004 geen twee stuks fruit eten. Allemaal zonder toetje naar bed? Of wat wij kunnen doen als de inname van verzadigd vet niet is gedaald van 14% naar 12%. Krijgen wij dan op oudejaarsavond een Postbus 51-spotje waarin de Nederlander wordt opgeroepen de oliebol te laten staan, opdat hij nog aan die norm kan voldoen?

Heldere doelstellingen zijn een groot goed, maar je moet daarbij wel bedenken: wat kan de overheid en wat moet de overheid doen als er ook een duidelijke verantwoordelijkheid ligt bij de mensen zelf?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben nog benieuwd naar een zaak. De heer Blok zegt dat het wel kan worden gefinancierd uit de kortingen en bonussen. Dit zijn wij met elkaar eens. Hoever wil zijn fractie gaan in de dekking van eventuele andere amendementen uit die post kortingen en bonussen? Ik lees nu een bedrag van 15 mln euro, maar ik wil ook nog wel een ander bedrag horen, want je weet maar nooit wat er nog komt.

De heer **Blok** (VVD): Wij hebben geen andere amendementen ingediend. Ik zou het daarom wat vreemd vinden om te zeggen hoeveel wij nog meer uit die post zouden willen hebben.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dit betekent dat de VVD-fractie niet verder wil gaan dan een bedrag van 15 mln euro uit de kortingen en bonussen?

De heer **Blok** (VVD): Ik zeg dat wij dit uit die post halen voor de dekking van dit amendement. Dat er mogelijk

meer ruimte is, ben ik met de heer Oudkerk eens.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Hoeveel ruimte denkt de VVD-fractie dat er in die kortingen en bonussen zit?

De heer **Blok** (VVD): Ik heb helemaal geen behoefte om op die vraag in te gaan, omdat ik geen amendementen heb ingediend, waarvoor ik meer dekking nodig heb. Ik ben dan ook niet op zoek gegaan naar een nog groter bedrag.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb grote waardering voor de zoektocht van de heer Blok naar een dekking. In eerste termijn heb ik echter al aangegeven dat de onderuitputting van de begroting van dit ministerie bijna structureel is. In het jaar 2000 bedroeg die onderuitputting 224 mln gulden. Dat is zonde van het geld. De Zorgnota kent verder een "onderschrijding" van vele honderden miljoenen gulden. Desondanks moet hij zoveel moeite doen om die 7 mln euro ergens vandaan te halen. Waarom gokt hij niet met mij op de mogelijkheid dat die onderuitputting structureel is? Die onderuitputting, een meevaller binnen het budgettaire kader, biedt hem de ruimte die hij zoekt.

De heer **Blok** (VVD): Het gaat niet om de vraag wat ik wel of niet durf. Ik heb helemaal geen behoefte aan gokken. Door keuzes te maken binnen de voorliggende begroting kan ik namelijk ook een dekking vinden.

De heer **Buijs** (CDA): Het is helemaal niet zo'n grote gok. Wij houden al jaren honderden miljoenen gulden over. Die onderuitputting is eigenlijk allang structureel, maar u zoekt nog steeds krampachtig naar een paar miljoen voor uw dekking.

De heer **Blok** (VVD): Ik kies voor een harde dekking binnen de voorliggende begroting. Als er geld over blijkt te zijn, zien wij dan wel wat er met dat geld moet worden gedaan.

De heer **Buijs** (CDA): Dan zoekt u uw dekking toch in het geld dat in het verleden is overgebleven. U boekt dat geld gewoon over naar de huidige begroting.

De heer **Blok** (VVD): Alsof dat geld op de grote hoop ligt!

De heer **Buijs** (CDA): Doen wij dat niet, dan gaat het naar de minister van Financiën.

De heer **Blok** (VVD): Inderdaad en hij verdeelt dat geld.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw de voorzitter. Vandaag is mevrouw Borst precies zeven jaar, drie maanden en veertien dagen minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik denk dat het dan ook de hoogste tijd is om de politieke balans van het beleid van deze minister op te maken. Laat ik maar meteen zeggen dat die balans niet best is. Ik denk echter dat niemand had verwacht dat ik wat anders zou zeggen.

Wij weten dat deze minister niet terugkomt, maar wat is haar politieke testament? Wij zijn rijker dan ooit en de welvaart is gegroeid, maar wat laat deze minister ons na? Zij laat ons wachtlijsten na: zo'n 300.000 Nederlanders wachten op een vorm van zorg. Zij laat ons vermijdbare sterfte na: als de zorg beter op orde was geweest, waren er mensenlevens gespaard. In die zin kun je spreken over dood door schuld door de overheid. Zij laat ons een verschaalde zorg en grote personeelstekorten na. Zij laat ons gegroeide gezondheidsverschillen na tussen arm en rijk en een groter aantal daklozen. Het is de grote vraag waarom een minister met zo'n politieke erfenis de eer niet aan zichzelf houdt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Mevrouw Kant beslist natuurlijk zelf welke kritiek zij wil spuien. Kan zij echter aangeven waaruit het bewijs bestaat voor haar beschuldiging dat er mensen zijn gestorven als gevolg van het beleid van deze minister? Die beschuldiging legt zij op tafel, zonder dat er bewijzen voor zijn. Er zijn wel meldingen geweest, maar die bleken allemaal onduidelijk. Waar baseert zij haar beschuldiging op? Waarom komt zij niet met harde feiten? Zij moet dat zeker doen, want het is nogal een beschuldiging.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is inderdaad nogal een beschuldiging als ik zeg dat er sprake is van vermijdbare sterfte in dit land, omdat de zorg niet op orde is. Het is heel moeilijk om precies aan te geven welke specifieke patiënt hiervan het slachtoffer is

## Kant

geweest. Toch is het niet uit te sluiten dat er morgen of overmorgen een proces wordt aangespannen door mensen die de overheid van dood door schuld beschuldigen. Er is volgens mij geen specialist in Nederland te vinden die, alles overziend, mijn stelling niet zou beamen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik constateer slechts dat mevrouw Kant haar beschuldiging niet kan onderbouwen met feiten of onderzoek.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is niet juist. Het is overduidelijk dat er mensen in Nederland overlijden door het tekort aan intensivarebedden. Het is heel moeilijk om aan te tonen wie geen eerlijke kans heeft gekregen en daardoor is overleden. Onderzoek wijst echter uit dat mensenlevens worden gered als een intensive care die niet op orde is, wordt verbeterd. Als je dit omdraait, moet je concluderen dat een tekort aan intensivarebedden leidt tot het overlijden van mensen. Dat tekort is er, want mensen moeten op zoek naar een bed het halve land door worden gered. Wie dat niet wil zien, moet wel oogkleppen op hebben.

Voorzitter. Op al deze punten heeft de minister te vaak haar verantwoordelijk niet genomen of afgeschoven.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik distantieer mij van wat mevrouw Kant nu zegt. Ik heb heel veel kritiek op de minister, maar ik vind niet dat zij dit soort zaken zo gemakkelijk kan zeggen. Zij praat over waarschijnlijkheden en ik denk dat daar niemand mee gebaat is. Ik onderschrijf haar kritiek in algemene zin als die maar niet in dit soort termen wordt verpakt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik praat niet over waarschijnlijkheden. Ik baseer mij op de dagelijkse praktijk van de mensen die het werk doen. Deze mensen zien dit onder hun handen gebeuren. Dat is de werkelijkheid waarop ik mij baseer. Als dan een inspectie ontkent dat er een relatie is tussen een tekort aan IC-bedden en een overlijden, is dat de verantwoordelijkheid van die inspectie. Ik sluit mijn ogen niet voor deze keiharde werkelijkheid.

Voorzitter. Als de minister op bepaalde terreinen wél actie

ondernam, was het vaak te laat en te weinig. Haar grootste fout is natuurlijk dat zij zeven jaar geleden heeft ingestemd met een drooglegging: het overnemen van de toen al verschaalde zorg zonder voldoende middelen om deze weer tot bloei te brengen. Net als grond waarop het lange tijd niet heeft geregeld, kan de zorg het niet meteen allemaal opnemen wanneer er weer wat druppels en injecties komen. De zorg heeft nu een jarenlang durend infuus nodig.

Voorzitter. Ik loop een aantal punten van de erfenis langs. Ik zei het al: ruim 300.000 Nederlandse burgers wachten op zorg. Ik heb het omgerekend: dat is 1 op de 50 Nederlanders, natuurlijk met een oververtegenwoordiging van ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Kijkt men specifiek naar de ouderen, de mensen die ons land hebben opgebouwd, dan blijkt dat nog altijd 80.000 van hen de zorg niet krijgt die nodig is, ofwel – schrikt u niet – één op de zes.

Een volgend punt is de vermijdbare sterfte. Wachttijsten zijn er zelfs voor vitale ziekten, zoals hartchirurgie, kanker en dialyse. Je zult maar arts zijn en aan iemand de slechte boodschap moeten overbrengen dat zij borstkanker heeft of hij een andere vorm van kanker, dat zij of hij het liefst vandaag zou moeten worden geopereerd maar dat dat toch nog maar even moet wachten omdat er voorlopig geen plek is. Ook noem ik de wachttijden voor hartchirurgie. Na een aanvankelijke daling van deze wachttijden stijgen ze weer. Ook de inspectie wijst op een duidelijke toename sinds april 2000. Ze geeft dan ook een aantal dringende adviezen. Gaat de minister deze adviezen opvolgen?

Over de gevolgen van het tekort aan IC-bedden hebben wij pas nog een flink debat gehad. Ook hier geldt: wat er gebeurde, was te laat en te weinig. Typerend is dan ook hoe de minister op dit soort signalen reageert, terwijl de problemen allang bekend zijn: eerst een sneer naar de specialisten die durven te zeggen dat er werkelijk mensen doodgaan, en vervolgens zeggen dat er bij de inspectie nooit één geval is gemeld van overlijden door IC-tekort. "Dat is nooit gemeld", is letterlijk wat de minister heeft gezegd. Ik heb het nog maar even van de geluidsband nageluisterd. Later ging de minister ontkennen dat zij dit had gezegd,

maar het is letterlijk wat zij heeft gezegd en het is gewoon pertinent onjuist. Het is immers wél gemeld.

Vermijdbare sterfte, voorzitter, ook door de problemen rondom de kinder-IC. In 1997 moesten ruim 700 doodzieke kinderen worden geweigerd wegens capaciteits-tekorten. Ook hier weer gold: de actie was te laat en te weinig. De minister deed de toezegging dat het geld voor het speciale ambulancevervoer onmiddellijk beschikbaar zou komen, maar dat geld is er nog steeds niet. Ik vraag de minister hoe dit zit.

Het algemene ambulancevervoer is óók zo'n drama; ongelofelijk hoe dit doorsukkelt. Hoewel ook hier elke minuut telt, duurde het lang voordat het extra geld ter beschikking kwam, en het is nog maar de vraag of het wel voldoende is. Wat de dialyse betreft geldt: idem dito. Ook hier reageerde de minister te laat op gesignaleerde problemen. De onderzoekers van Prismant en de Dialysegroep Nederland willen het schrappen uit de Wet bijzondere medische verrichtingen van de dialyse nog drie jaar uitstellen, zulks vanwege het gevaar dat verbonden is aan deze bijzondere vorm van zorg. Is de minister daartoe bereid?

Een andere erfenis van deze minister is de falende Wet op de orgaandonatie. Ook hier waren overlijdens te voorkomen geweest wanneer dit beter georganiseerd was geweest. Ik wil met spoed voorstellen van deze minister die op een andere opzet zijn gericht. Waarom wachten? De mensen die een orgaan nodig hebben, kunnen echt niet langer wachten.

Voorzitter. Een volgend aspect van de erfenis is de verschraling van de zorg. Door tekortschietende middelen en zware werkdruk kan er lang niet altijd menswaardige zorg worden gegeven. Het is toch eigenlijk gewoon beschamend om in zo'n welvarend land op deze manier met gehandicapte ouderen en psychiatrische patiënten te moeten omgaan? Betere, menswaardige zorg voor mensen die langdurig zorg nodig hebben, is absoluut noodzakelijk. Geld was toch geen probleem meer? Nou, kom op dan, zou ik zeggen!

De personeelstekorten hebben alles te maken met het vorige punt. De mensen die het werk moeten doen, kunnen niet meer dát doen waarvoor ze ooit hebben gekozen. De grote tekorten bij huisartsen en



## Kant

verloskundigen zijn door deze minister volkomen onderschat, zulks ondanks vele waarschuwingen. Door de afbraak van onder andere de kleine ziekenhuizen, het in de knel komen van de tweedelijns-verloskunde en het tekort aan verloskundigen, kennen wij inmiddels een nieuw fenomeen in de vorm van de "zwerfzwangere". Geen plek als je moet bevallen; geen verloskundige als je moet bevallen. Vanochtend las ik een stuk in de Volkskrant waaruit bleek dat men kon bevallen in een hotel van Van der Valk. Nou, volgens mij doet niemand dat vrijwillig.

De erfenis van het falende beleid van deze minister op het terrein van de huisartsen werpt zijn schaduw ook al vooruit. De Landelijke Huisartsenvereniging schat dat in het jaar 2006 2 miljoen tot 3 miljoen Nederlanders geen huisartsen meer zullen hebben. Vooral de sociaal zwakkeren zullen daarvan de dupe zijn.

Voor een substantieel noodzakelijke en bovenal gerechtvaardigde salarisverbetering voor verplegenden en verzorgenden neemt deze minister geen verantwoordelijkheid. Dat zij die verantwoordelijkheid niet neemt, vind ik volstrekt onverantwoord gezien de grote personeelskrapte en het salaris dat deze mensen maatschappelijk zouden moeten verdienen. Het voorstel voor een stimuleringsfonds dat de vorige week is gedaan, moet natuurlijk onmiddellijk worden uitgevoerd. Mijn fractie vraagt al jaren om zo iets. Bij het wachtlijstenpotje wijst mijn fractie er al jaren op, evenals anderen hier, dat het volslagen idioot is om geld uit te geven voor wachtlijsten, maar dat geld niet te mogen investeren in de mensen die dat werk moeten doen. Ik maakte indertijd de vergelijking dat de minister wel geld geeft voor benzine voor de auto, maar weigert om de motor te repareren. Rijden zal die dus niet. Hoe zit het overigens met het cao-gat? Wij hebben indertijd een debat gehad over de staking in de ziekenhuizen. Wij zouden toch allen niet accepteren dat dit ten koste ging van de zorg? Ik hoor echter niet anders uit de praktijk dan dat dit cao-gat niet is gedicht en dat het wel degelijk ten koste van de zorg gaat om dit gat te dichten. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Als je arm bent, word je eerder ziek en ga je eerder dood. Dit

onrechtvaardige gezondheidsgat is onder het paarse kabinet vergroot. Een recent cijfer: de kans om voor je 65ste te overlijden in een achterstandswijk is 50% groter. Dat lijkt mij ondraaglijk voor een minister van Volksgezondheid.

Volgens het Leger des Heils is het aantal daklozen de afgelopen vijf jaar verdubbeld. Hele gezinnen, verslaafden en psychiatrische patiënten komen steeds meer op straat en vinden ook 's nachts geen bed meer in de overvolle opvang. Ik begrijp het werkelijk niet. Waarom komt er niet een noodplan voor deze maatschappelijke schande?

Naast mij zijn er nog anderen die geen vertrouwen meer hebben in de zorg, in deze minister en in een oplossing, maar die kiezen een foute weg. De zorgverzekeraars gaan investeren in ketens van privé-klinieken in plaats van in de reguliere zorg. Ziekenhuizen staan op vrijdag leeg en er kan niet geopereerd worden, omdat het budget op is of omdat er geen personeel is. Vervolgens gaan de zorgverzekeraars investeren in privé-klinieken, zodat hetzelfde personeel en dezelfde chirurg in die privé-klinieken op vrijdag kunnen opereren. Volgens mij is dit de wereld op zijn kop en een weg die wij niet op moeten. Waarom investeren de zorgverzekeraars datzelfde bedrag niet in de gewone ziekenhuizen? Ik krijg graag een reactie van de minister op deze ontwikkeling.

Ook de banken hebben niet altijd zoveel vertrouwen meer in de gezondheidszorg, gezien de grote financiële problemen bij de financiering van gezondheidscentra. Wij hebben hiervoor eerder aandacht gevraagd, maar vinden de reactie van de minister onvoldoende. Het probleem wordt hiermee niet opgelost. Graag krijg ik alsnog een reactie.

Het laatste punt van de erfenis betreft de ziekenhuizen. Wij voeren daarover volgende week een debat, maar ik wil er één zin aan wijden. Kleine ziekenhuizen worden in Nederland door de directies van grotere ziekenhuizen na fusies om zeep geholpen en de minister kijkt toe. Gezien de reactie van de minister op de motie over het Slotervaartziekenhuis, die kamerbreed is aangenomen en die zij toch aan haar laars lijkt te lappen, ben ik er niet gerust op dat dit probleem nog door deze minister zal worden

opgelost. Alleen door druk van de Kamer zal dit hopelijk nog tot enige actie leiden.

Ik ga afronden en wat ik nu ga zeggen, is niet persoonlijk bedoeld. Het is ook geen persoonlijke afrekening; het is een afrekening van het beleid. Persoonlijk wens ik deze minister na een werkzaam leven echt een welverdiend en heel prettig pensioen toe. Gezien de feiten en de politieke erfenis, is echter een vervroegd pensioen misschien alsnog op zijn plaats.

De heer **Van der Vlies** (SGP): leder Kamerlid en elke fractie heeft natuurlijk het recht om een oordeel te formuleren, maar misschien mag ik na deze uiteindelijke beoordeling van de minister nog de volgende vraag stellen. Ik heb erover moeten nadenken, maar het verwijt van dood door schuld vond ik toch buiten mijn denkwereld liggen. Zou dit niet gecollectiveerd moeten worden? Als er al sprake is van schuld, zou dat op zijn hoogst collectieve schuld zijn, inclusief de begrotingswetgever. En dat zijn wij zelf.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat de heer Van der Vlies hier een terecht punt heeft. Ik had ook gezegd: in die zin kun je spreken over dood door schuld van de overheid. Daarbij omvat de overheid natuurlijk mede de controlerende volksvertegenwoordiging, in meerderheid. De gehele reden waarom ik zo'n stevige politieke afweging maak, is omdat wij als oppositie alle mogelijke moeite hebben gedaan om het beleid bij te stellen. Maar de heer Van der Vlies heeft gelijk: onder "overheid" valt wat mij betreft ook de meerderheid van deze Tweede Kamer.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb het over schuld en niet over dood door schuld. Dat laatste gaat mij te ver.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb letterlijk gezegd: in die zin kun je spreken van. Als het beleid anders was geweest, hadden er mensenlevens gered kunnen worden en dat komt volgens mij uiteindelijk op hetzelfde neer.

□

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter. Een memorabel moment voor de gezondheidszorg vond onlangs plaats in Qatar. Daar besloten 142

## Van Vliet

landen van de Wereldhandelsorganisatie tot een soepeler toepassing van patentrechten op medicijnen. Hierdoor krijgen arme landen die met een gezondheids-crisis kampen, het recht om zelf zonder patent medicijnen te produceren of te importeren. Deze doorbraak, waarop ontwikkelingslanden zo lang hebben moeten wachten, plaatst de problematiek van de gezondheidszorg in Nederland in een wat ander daglicht. D66 wil die problemen zeker niet bagatelliseren, maar wel relativeren – zeker ook als wij bezien wat onder Paars II op het terrein van de gezondheidszorg is bereikt. Er is een beleid gevoerd dat duidelijk voor twee trendbreuken heeft gezorgd: er kwam veel meer geld voor gezondheidszorg en de inrichting van ons toekomstig stelsel werd op poten gezet. Op beide punten ga ik kort in.

Vanaf 1998 werd de volumegroei mogelijk doordat Paars I de financiën op orde had gebracht. Daarnaast volgde in 2000 de sterke aanval op de wachtlijsten via het boter-bij-de-visprincipe in het actieplan Zorg verzekerd. Het is onze overtuiging dat dit actieplan er alleen is gekomen door het "frappez toujours" van de minister in het kabinet, daarin gesteund door haar staatssecretaris. Voor 2002 wordt dan ook 86 mld gulden aan gezondheidszorg besteed. Meer dan de helft van dit extra geld is en wordt ingezet voor betere salarissen in de zorg en de rest draagt bij aan meer handen aan het bed, meer behandelingen en betere genees- en hulpmiddelen. Het betekent dat de wachttijden worden aangepakt, zorgverzekeraars extra productie kunnen afspreken en er meer artsen worden opgeleid. Ondanks de krappe arbeidsmarkt zijn de effecten merkbaar. De wachtlijsten in de thuiszorg zijn met 35% afgenomen en in de gehandicaptenzorg met 25%, en de negatieve spiraal in de ziekenhuiszorg is omgeslagen. Wij zijn er nog niet, maar de omslag is gemaakt.

Ondertussen is ook gewerkt aan de toekomst van het zorgstelsel. De omslag van aanbod- naar vraagsturing is gemaakt, regels worden versoepeld en de patiënt heeft meer keuzemogelijkheden via onder andere het persoonsgebonden budget. De ziekenhuiszorg wordt meer om de patiënt heen georganiseerd, de patiënten in de verpleeghuizen kunnen kiezen uit één- of

tweepersoonskamers en er wordt meer in zorgketens gewerkt. Ook zijn de voorbereidingen voor een nieuw verzekeringsstelsel afgerond en ontstaat een nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg. Er wordt toegevoerd naar prestatiebesturing door regie bij zorgverzekeraars en op regionaal niveau neer te leggen en de veldpartijen met elkaar te laten samenwerken. Kortom, dit kabinet heeft de weg uitgestippeld naar gezondheidszorg voor de toekomst, met prikkels om klantvriendelijk en efficiënt te werken, met keuzemogelijkheden voor patiënten, met zo min mogelijk bureaucratie en voldoende financiële middelen om de groeiende vraag bij te houden.

De belangrijkste verandering vindt D66 echter dat de overheid minder regelt, beheerst en stuurt, en zich vooral richt op voorwaarden scheppen, informatie verzamelen en toezicht houden. Deze overheid is een regisseur die stimuleert, toeziet, de balans tussen vraag en aanbod bevordert en ingrijpt als publieke belangen zoals toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid in het geding komen. Wij zijn blij dat de door ons gewenste nieuwe overheid niet meer of minder maar anders, zoals ons verkiezingsprogramma het verwoordt, duidelijk vorm krijgt in de gezondheidszorg.

De overheid die als regisseur optreedt en de patiënt die centraal staat: dat betekent dat informatie over de gezondheidszorg snel en adequaat verkregen en ook verstrekt moet worden. D66 complimenteert de minister en diverse gezondheidsorganisaties dan ook met het vorige week gepresenteerde gezondheidssportaal. Ook vinden wij dat de impuls van 200 mln gulden voor onder meer het ontwikkelen van een zorgidentificatienummer en een elektronisch zorgdossier ervoor gezorgd heeft dat de informatietechnologie onder Paars II een duidelijke plaats op de agenda heeft gekregen. Wanneer verschijnt het kabinetsstandpunt over de experimenten van het platform ICT in de zorg? Wat houdt de samenwerking tussen het ICT-platform, de zorgaanbieders en de industrie in? D66 dringt erop aan dat iedere patiënt zelf eigenaar en regisseur van gegevens blijft.

Als wij vier jaar paars toetsen aan de doelstelling om ouderen, gehandicapten, chronisch zieken en psychiatrische patiënten zoveel

mogelijk in staat te stellen hun eigen leven in te richten, dan blijkt volgens mijn fractie dat er een aantal punten is blijven liggen. Dit geldt ook voor het verbeteren van de positie van zwerfjongeren en jongeren in de jeugdhulpverlening. De kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen is teruggelopen, de bouw van ouderenwoningen loopt sterk achter bij wat nodig is, de onafhankelijke indicatie door RIO's wordt als een last ervaren, bij toekomstige uitvoering van het persoonsgebonden budget dreigt de bureaucratie toch weer de boventoon te voeren, kleine ziekenhuizen dreigen te verdwijnen, het rapport van het Trimbos-instituut toont ons problemen in psychiatrische inrichtingen en er is nog steeds geen nieuwe wet op de jeugdzorg. Ik ga kort op deze punten in.

Wij zijn geschrokken van de conclusies van het onderzoeksbureau Van Loveren over de zorgkloof in verpleeg- en verzorgingshuizen. Naast de afname van de kwaliteit van de zorg is het ziekteverzuim met 11% zorgelijk, terwijl er wel werkdrukkiddelen en wachtlijstmiddelen naar deze sector zijn gegaan. Hoe kan dit gebeuren en vooral, hoe wordt dit opgelost?

De bouw van aangepaste woningen voor ouderen blijft achter. Tot 2011 zouden er ten minste 50.000 nodig zijn, maar zoals het nu gaat halen wij dat aantal niet. Kan de staatssecretaris toelichten wat er is gebeurd met al haar onorthodoxe bouwplannen? Is zij bereid zo snel mogelijk met een deltaplan te komen zoals het College bouw voorstelt?

D66 wil in februari 2002 een quickscan naar de werking van de nieuwe richtlijn over enkelvoudige indicatie aanvragen. Aangetoond moet worden dat de richtlijn tot een vereenvoudiging van de procedure heeft geleid en dat de wachtlijsten bij regionale indicatieorganen daardoor echt teruglopen. Is dit niet het geval, dan wil D66 dat alsnog enkelvoudige indicaties door de huisarts worden overgenomen.

Mijn fractie is verheugd dat het persoonsgebonden budget vanaf 2003 rechtstreeks op de rekening van de geïndiceerde cliënt wordt gestort. Wij steunen echter niet de hiermee samenhangende opgeschroefde verantwoordingseisen. Eenmaal per drie maanden een eenvoudig formulier invullen vinden wij voldoende. Wij vragen de staatsse-

## Van Vliet

cretaris dan ook die dreigende bureaucratie alsnog te voorkomen.

D66 wil ziekenhuiszorg dichtbij huis en differentiatie in het aanbod van ziekenhuizen. Wij betreuren het dan ook dat het behoud van kleine ziekenhuizen zo'n moeizaam proces is, hoewel de minister wetgeving hiertoe heeft aangepast. Het ontbreekt in onze ogen nog aan onafhankelijk toezicht of raden van bestuur de wetgeving wel echt naleven. Ook lijkt de kleinschaligheidstoeslag, waarvoor D66 herhaaldelijk heeft gepleit, niet terecht te komen waar dat zou moeten. Is de minister bereid om op beide punten actie te ondernemen?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Over de aanpassing van artikel 3 van de WZV zegt de heer Wiegel – of de heer Bontje; dat ben ik vergeten – in een brief van anderhalve week gelden: dat is onuitvoerbaar, dat kunnen wij niet doen. Hoe beoordeelt u dat?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik heb die brief speciaal niet genoemd, omdat ik de wetgeving serieus neem. Ik vind dat het wel degelijk mogelijk is om dat uitvoerbaar te maken. Het vraagt van zorgverzekeraars en alle anderen om goed overleg met belanghebbenden die bij de ziekenhuizen betrokken zijn. Dat lijkt mij een nobel streven. Het hiaat is nu dat het toezicht er nog niet is. Gewone mensen die zich zorgen maken en zich betrokken voelen bij de ziekenhuiszorg in hun omgeving, huisartsen, patiënten enz., moeten op de een of andere manier mogen meedenken in dat proces. Dat lijkt mij niet te veel gevraagd, als je de patiënt centraal zet.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Daarover verschillen wij zeker niet van mening, integendeel. Maar ik lees in die brief dat de zorgverzekeraars zeggen: wij vertikken het. Ik heb er eigenlijk geen andere woorden voor. Hoe beoordeelt u dat in het kader van de regiefunctie van de zorgverzekeraars?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De wet moet gewoon uitgevoerd worden. Dat moeten de zorgverzekeraars ook doen. Als de wetgeving niet wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars, heeft de overheid een verantwoordelijkheid om die zorgverzekeraars of wie dan ook daarop aan te spreken, al was het maar in het kader van

kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid enz. De overheid heeft die taken wel degelijk nog steeds.

Voorzitter. Naar aanleiding van het onderzoek van het Trimbosinstituut dat voortkwam uit de motie-Wolffensperger uit 1997, wordt een tijdpad opgezet om tot invoering en bekostiging van de zorgstandaard te komen. Wij zijn daar blij mee. Op het zak- en kleedgeld komen bij de begroting Sociale Zaken en Werkgelegenheid terug. Wel willen wij nu aandacht vragen voor het vervoer van patiënten van psychiatrische inrichtingen naar dagbestedingsactiviteiten of om gewoon een dagje uit te gaan. De D66-fractie wil dat hiervoor een geoormerkt budget beschikbaar komt, opdat psychiatrische instellingen hiermee een beleid kunnen ontwikkelen. Kan de minister dit toezeggen?

Het College tarieven gezondheidszorg heeft een voorstel gedaan om de strakke budgettering van de kosten voor de GGZ af te schaffen, wat natuurlijk heel verheugend nieuws is. Gaat de minister die beleidsregel ook goedkeuren en is zij tevens akkoord met het voorstel van het CTG om de 81 mln gulden waarvoor nog geen dekking is gevonden, alvast in de tarieven voor 2002 te verwerken? De D66-fractie bepleit dit zeer.

Ter afronding van mijn beschouwing over Paars II ga ik kort in op een onderwerp dat D66 zeer ter harte gaat, namelijk de medische ethiek. Mijn fractie is blij dat er naast de talloze regelingen en wetten die deze minister heeft gerealiseerd, nu ook een medisch-ethische agenda is. Dit verzekert ons ervan dat ook in de komende jaren de medisch-ethische ontwikkelingen goed worden gevolgd. Wij willen in dat verband graag een onderwerp aandragen bij het nieuwe Centrum voor ethiek en gezondheidszorg. Dit betreft de definitie van medische urgentie. Nu wordt die in onze ogen te veel overgelaten aan medisch specialisten, waardoor patiënten wel erg afhankelijk zijn van die paar artsen die hen kunnen helpen. Is de minister bereid, onderzoek naar en discussie over dit onderwerp te stimuleren en onder de aandacht van dit centrum te brengen?

In mijn inleiding gaf ik aan dat de omslag in de aanpak van de wachtlijsten is gemaakt, maar dat wij er nog niet zijn. De D66-fractie is van mening dat aanvaardbare wachttij-

den, de zogenaamde Treeknormen, te bereiken zijn door alle inzet te richten op het zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen opleiden voor de zorg. Wij stemmen dus graag in met het plan van aanpak voor de uitbreiding van medische opleidingsplaatsen. Wij gaan ervan uit dat toegewerkt wordt naar het afschaffen van de numerus fixus. Is dat nu ook de wens van minister?

Er zijn echter meer mogelijkheden. Ten eerste moeten de wachtlijstmiddelen die nu op de plank blijven liggen, ingezet worden voor werving en scholing van personeel. Het is onze mening dat onder meer het opleidingsfonds hieruit betaald moet worden, om te beginnen voor personeel voor intensive care en operatiekamer. De fractie van D66 wil op dit punt een harde toezegging van het kabinet, omdat er reeds sinds vorig jaar een motie van mevrouw Arib ligt waarin dit wordt bepleit. Overigens vinden wij het niet acceptabel dat Zorgverzekeraars Nederland achteroverleunt in plaats van alles op alles te zetten om die productie wél tot stand te brengen en in februari 2002 alsnog met een nieuwe aanvraag te komen. Hoe vordert het gesprek tussen de minister en ZVN op dit punt?

Ten tweede vindt mijn fractie dat de sectorfondsen en de gezondheidszorginstellingen falen bij de uitvoering van stages en nascholing. De fractie van D66 wil daarom van deze systematiek af. In onze ogen moeten de gelden voor nascholing, bijscholing en stages vanaf 2002 rechtstreeks naar de verplegenden en verzorgenden gaan via een persoonsgebonden opleidingsbudget. Wil de minister dit idee overnemen?

De fractie van D66 vindt dat de fysiotherapeuten de kans moeten krijgen de notitie over de toekomst van hun vakgebied uit te voeren. Het betreft onder andere het berekenen van de capaciteit, maar ook een aantal projecten ter verbetering van de kwaliteit. Het KNGF is bereid om dit allemaal zelf te doen, maar heeft slechts een heel kleine subsidie ter beschikking. De fractie van D66 verzoekt de minister, de jaarlijkse subsidie te verhogen naar 13 mln gulden, inclusief 2,2 mln gulden voor projecten kwaliteitsverzekering. Wij bereiden op dit punt een amendement voor.

Om huisartsen, tandartsen en paramedici te behouden moet

## Van Vliet

helderheid ontstaan over de inkomensherijking en over de premies voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor 2001. Om de medisch specialisten te behouden dient de problematiek van de goodwill opgelost te worden. Wat is op beide punten de stand van zaken? Wij juichen het toe dat de minister- raad vorige week heeft ingestemd met de modernisering van de huisartsenzorg. Ook vragen wij aandacht voor de problemen waarin revalidatiecentra zijn gekomen. In tegenstelling tot de ziekenhuizen hebben zij geen gebruik kunnen maken van de zogenaamde kaalslagmiddelen, terwijl zij wel geconfronteerd worden met het terugdringen van wachttijden, met informatietechnologie en met arbeidsvoorwaarden. Is de minister bereid ze hier alsnog voor te compenseren?

In januari 2002 houdt de Kamer een hoofdlijnen debat over de modernisering van de cure en care en het verzekeringsstelsel. Het is mijn fractie niet duidelijk hoe het tijdspad er uitziet om te komen tot de zogenaamde gereguleerde marktwerking in de zorg, voor welke onderdelen zij precies gaat gelden, welke criteria eraan worden gesteld en op welke wijze de ontwikkeling ervan wordt gestimuleerd. Ons is slechts helder dat de overgang uiterlijk in 2005 moet plaatsvinden. Wij juichen het toe dat de eerste stap is gezet, namelijk door het besluit van de minister om de prijzen van maagzuurremmers en cholesterolverlagers vrij te geven, maar wij constateren tegelijkertijd dat dit nog slechts de geneesmiddelenmarkt betreft.

De afspraken over kortingen en bonussen zijn vastgelegd in een convenant dat loopt tot 1 januari 2003. Hierin staat dat bijna 7%, 6,8% om precies te zijn, ingeleverd dient te worden. De fractie van D66 ziet graag dat het percentage opgeschroefd wordt, nu blijkt dat de kortingen veel hoger liggen dan indertijd uit het onderzoek bleek. Is de minister bereid, dat convenant open te breken? Stel dat dit niet mogelijk is, is zij dan bereid om het idee van de fractie van D66 over te nemen om deze gelden terug te halen door een voor 2002 geplande tariefsverhoging niet door te laten gaan? Met de 50 mln gulden die dit in onze ogen in ieder geval oplevert,

willen wij dan de dure geneesmiddelen in de ziekenhuizen betalen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw Van Vliet, wij hebben in 1997 samen een motie ingediend om die kortingen en bonussen terug te halen. In die motie stond 10% genoemd. Het is 6,8% geworden, omdat apothekers bij hoog en bij laag beweerden dat het tot het faillissement van apotheken en het ontslag van personeel zou leiden. Nu, vier jaar later, zien wij dat dit niet het geval is. Bent u nu bereid de motie om te zetten in een amendement, waardoor wij er in ieder geval voor zorgen dat het geld dat mensen en de zorg toebehoort, daarvandaan komt?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De heer Oudkerk en ik hebben op dat punt blijkbaar een vooruitziende blik gehad. Gezien de berekeningen toen was dat ook nog niet eens zo heel moeilijk in te schatten. Maar goed, wij hebben toen gekozen voor 6,8%. Het punt is dat op basis van dat percentage een convenant is afgesloten. Op zichzelf wil ik dat convenant graag openbreken, desnoods via een amendement als dat zou moeten. Alleen, ik vraag mij af of dat juridisch mogelijk is. Afspraak is namelijk afspraak en ik vind dat je je daar als overheid aan moet houden. Dus ik vraag de minister wat de mogelijkheden op dat punt zijn. Wel ben ik het met de heer Oudkerk eens dat die extra kortingen bij ons moeten komen tot die 10%. Mocht dat nodig zijn, dan heb ik daar wel een alternatief voorstel voor.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U zei zo-even dat het minstens 50 mln gulden is, maar tussen 6,8% en 10% zit natuurlijk meer. Als het bijvoorbeeld een slordige 200 mln gulden betreft dan is het natuurlijk toch wel de moeite waard om er over te praten. Ik zie hier weliswaar allemaal amendementen voorbijkomen, maar ze moeten uiteindelijk wel allemaal voorzien worden van een dekking.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat lijkt mij ideaal. Met dat extra geld kunnen wij een heleboel problemen oplossen. Bovendien vind ik dat er niet zoveel aan de strijkstok mag blijven hangen waar het gaat om de kortingen en bonussen. Ik geef dus aan dat als er in ieder geval een

bedrag van 50 mln gulden aan de orde is, wij graag het punt van de dure geneesmiddelen aan de orde willen stellen. Ik heb echter geen amendement, omdat dit geld nog niet binnen is. Maar u kunt ervan uitgaan dat wij dat in een motie als wens willen formuleren.

Over de deregulering van de hulpmiddelen maakt D66 zich wat zorgen. Die moet er toe leiden dat patiënten meer keuzevrijheid en inspraak krijgen en niet minder. In de nieuwe regeling dreigt dat laatste in onze ogen toch te gebeuren. Wij verzoeken de minister om de regeling alsnog met patiëntenorganisaties te bespreken en ervoor te zorgen dat de patiënt ook in de nieuwe regeling Hulpmiddelen centraal komt te staan. In dit kader willen wij er ook op wijzen dat de regie van de zorgverzekeraars er niet toe mag leiden dat de vrije artsenuitvoering wordt beperkt. Dat is voor D66 echt een hard punt dat wij al vaker hebben aangegeven. Wij zien echter situaties ontstaan waarin je zou kunnen spreken van het afbreken van die keuze. Gaat de minister zich voor beide punten inzetten?

D66 vindt dat er een discussie moet worden gevoerd over het opbouwen van eigen vermogen door zorginstellingen. Door allerlei positieve ontwikkelingen, zoals diagnose-behandelcombinaties, vrije toetreding van nieuwe aanbieders, het persoonsgebonden budget, scheiden van wonen en zorg en de bruteringsoperatie, lopen zorginstellingen meer financiële risico's. Wij vinden dat de mogelijkheden om deze risico's te dragen moeten worden verruimd, zeker omdat banken zorginstellingen beoordelen op solvabiliteit en de wijze van afschrijven. Hoe staat de minister hiertegenover?

Gezondheidscentra worden hier nu al mee geconfronteerd. De banken willen nog steeds geen krediet verschaffen aan gezondheidscentra, tenzij er een garantstelling van een overheid komt, ondanks de verruiming van de subsidieregeling die de minister heeft toegezegd. Deze vinden wij heel positief. D66 vindt het waarborgfonds bij uitstek geschikt om de garantstelling te regelen, maar dat kan om de een of andere reden niet tot stand gebracht worden. Wat is de mening van de minister over vermogensopbouw en garantstelling, zodat de gezondheids-

## Van Vliet

centra op Vinex-locaties van de grond kunnen komen?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik heb begrepen dat het waarborgfonds alleen is voor instellingen die al een solide vermogenspositie hebben en een soort dekking voor elkaar geven, en niet voor beginnende instellingen. Ziet u dat anders?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik waag dat te betwijfelen, maar het is een discussie voor specialisten, die wij nog moeten voeren. Voor nu zie ik een probleem voor de gezondheidscentra dat opgelost moet worden. Als blijkt dat het niet via het waarborgfonds kan, vraag ik de minister om een andere oplossing te vinden door met de verschillende overheden om de tafel te gaan zitten. Ik stel de vermogenspositie in het algemeen aan de orde, nu het stelsel wordt veranderd, er meer ruimte komt voor allerlei activiteiten en er echte onderhandelingen met de banken moeten worden gevoerd. Ik vind dat dit op korte termijn hoe dan ook opgelost moet worden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U bent met mij bereid om te zoeken naar wegen om startende gezondheidscentra kredietwaardigheid toe te kennen?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Absoluut. Ik dacht dat dit met het verruimen van de subsidieregeling tot stand zou komen, maar dat is kennelijk niet zo. Je kunt je ook afvragen hoe wantrouwend de banken zijn. Die discussie moeten wij ook maar voeren. Het is zeker dat er een oplossing moet komen.

In mijn inleiding zei ik al dat wij positief staan tegenover de voorbereidingen van het kabinet voor een nieuw verzekeringsstelsel. Wij vinden het wel jammer dat er niet al eerder een extra stap kon worden gezet. De opties zijn in beeld gebracht, maar kennelijk wachten anderen liever op een nieuwe formatie om uit te komen op de enige redelijke optie: een verstandige mix van een substantiële nominale premie en een inkomensafhankelijke premie. Het debat in januari 2002 wordt ongetwijfeld gedenkwaardig.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Op de agenda voor dit

debat staan de Zorgnota en de begroting van Welzijn, Volksgezondheid en Sport voor het jaar 2002, maar voor de fractie van de ChristenUnie gaat het ook over het beleid van de afgelopen jaren. Het is de laatste begroting van dit kabinet. Zoals onze fractie al bij de algemene beschouwingen heeft gezegd, hopen wij oprecht dat deze de laatste is van Paars. Het is zaak om de balans op te maken. Hoe staat de gezondheidszorg in ons land ervoor na twee kabinetten-Kok?

Laat ik beginnen met een pakkend citaat: Onze gezondheidszorg is ziek. Hoewel de regering in de afgelopen jaren voor de zorg vele miljarden extra uittrok, worden de wachtlijsten nauwelijks korter. De onvrede onder artsen en verpleegkundigen neemt toe, en niet alleen over salarissen en arbeidsomstandigheden. De zorg is dichtgeregeld. Klanten worden veeleisender. Intensieve overheidsbemoeienis met de zorgsector kan inmiddels niet verhinderen dat prijzen van nieuwe medicijnen, tarieven en premies voor de ziektekostenverzekering omhoog vliegen.

Dit sombere oordeel over de erfenis van minister Borst is niet afkomstig van de parlementaire oppositie, hoewel ik grif toegeef dat dit wel denkbaar was. Het is de analyse van Flip de Kam en Frans Nypels in hun boek *De zorg van Nederland*. Hun conclusie is dat het kabinet dat volgend jaar aantreedt, voor een schier onmogelijke taak staat. Ook uit het veld komen signalen over ontevredenheid en pessimisme. De al eerder geciteerde Martin Bontje van Zorgverzekeraars Nederland zegt: 2001 is een verloren jaar voor de reductie van de wachtlijsten en ook 2002 wordt moeilijk. Aan de vooravond van sinterklaas verwijt Bontje de minister al met het zwartepieten te zijn begonnen.

Terwijl de minister geen gelegenheid voorbij laat gaat om te roepen dat geld het probleem niet meer is in de zorg, luiden de huisartsen letterlijk de noodklok en eist het complete veld van ziekenhuizen, specialisten, verzekeraars en de HBO-raad in een brandbrief dat dat geld dan ook wordt ingezet, te weten voor het stimuleringsfonds voor de opleidingen. Het is aan de bewindslieden, over deze trieste beleidsresultaten verantwoording af te leggen of de Kamer en de samenle-

ving ervan te overtuigen dat het sombere beeld dat hieruit naar voren komt, niet deugt. Dit debat lijkt mij daarvoor bij uitstek geschikt.

Ik heb niet voldoende spreektijd om alle knelpunten en problemen op het terrein van de gezondheidszorg op te sommen. Ik verwijs met grote dankbaarheid naar het vele dat verschillende sprekers voor mij daarover hebben gezegd. De kern van het probleem zit, dunkt mij, vooral in de vraagstukken van de sturing en de kosten. Daarover spraken en spreken wij zeer regelmatig in dit huis. Al heel erg lang! Ik zal zelfs niet proberen, in mijn beperkte spreektijd in dit debat daarover vernieuwende dingen te zeggen. Mag ik in plaats daarvan de minister vragen, te reageren op een drietal stellingen, waarvan de eerste twee van mij afkomstig zijn en de laatste van De Kam en Nypels?

1. In artikel 22 van de Grondwet is de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de volksgezondheid verankerd. Daarmee is een principiële grens gesteld aan processen als vraagsturing, marktwerking en decentralisatie.
2. Het kabinet probeert het onmogelijke te combineren door én te spreken van een recht op zorg én vast te houden aan het uitgangspunt van kostenbeheersing. Dat leidt tot fraaie contradicties zoals een geclausuleerde openeinderegeling.
3. De praktijk van de afgelopen jaren bewijst dat de Zalmnorm niet werkt in de zorg.

Ik ben erg benieuwd naar de reactie van de minister op deze drie stellingen en naar de eventuele conclusie die met name uit de derde stelling zou kunnen worden getrokken.

Voor mijn fractie kan het eindoordeel over het beleid van de afgelopen jaren niet anders dan negatief zijn. Natuurlijk zijn er ook positieve zaken te melden en zijn er terreinen te noemen waarop het kabinetsbeleid door ons door de bank genomen werd gesteund. Daar staan echter heel veel minpunten tegenover. Paradoxaal genoeg zijn die zowel toe te schrijven aan traagheid en nalatigheid als aan voortvarendheid van de regering. Nu hoor ik de minister bijna denken: het is ook niet goed of het deugt niet. Dat zou wel eens een adequate samenvatting van het gevoel van mijn fractie kunnen zijn!

## Rouvoet

Ten aanzien van nijpende problemen als de personeelstekorten, de wachtlijsten, zorgverschraling, stelselwijzigingen op het gebied van ziektekosten, maar ook de jeugdzorg, gelijke behandeling van gehandicapten is stevige kritiek op zijn plaats. Te vaak is sprake geweest van uitstel en vertraging en leek het adagium te zijn: regeren is vooruitschuiven. Tegelijkertijd vertoonde het kabinet op met name medisch-ethisch terrein een opvallende legislatieve haast. Ik noem: foetaal weefsel, donorgegevens kunstmatige bevruchting, embryo-onderzoek, xenotransplantatie, latezwangerschapsafbreking en de Euthanasiewet. Een beetje achterdochtig mens denkt dan dat het kabinet er zelf ook van uitgaat dat dit voorlopig de laatste kans is om de zaken op z'n paars te regelen...

De ChristenUnie heeft in de debatten over alle genoemde onderwerpen geen misverstand laten bestaan over haar opvattingen. Dikwijls bleek er een fundamenteel en onoverbrugbaar verschil van opvatting met de minister te zijn. Dat verschil vond door de bank genomen zijn oorsprong in een principiële tegengestelde visie op het leven, maar ook op de dood en het lijden, de beschermwaardigheid van het leven, de menselijke waardigheid, de grenzen tussen wat mag en wat niet mag in medische wetenschap en techniek en de overheidsverantwoordelijkheid op dit vlak. Als ik het in trefwoorden mag duiden: de paarse draad in de wetgeving op medisch-ethisch terrein was er een van zelfbeschikking en instrumentaliteit. De ChristenUnie stelt daar uit overtuiging de uitgangspunten van volledige beschermwaardigheid van het leven, compassie en verantwoordelijke zorgverlening tegenover.

De kwestie van de euthanasie blijft in het brandpunt van de aandacht staan. Gelukkig maar. Wie hoopte dat dat dossier gesloten kan worden nu de legalisering van het doden op verzoek begin dit jaar het Staatsblad heeft gehaald, weet intussen wel beter. Er is internationale bezorgdheid, forse VN-kritiek, nota bene vanuit de optiek van de mensenrechten, irritaties en onbegrip in de Europese Unie over het feit dat de Nederlandse Euthanasiewet een belemmering vormt in de bestrijding van het internationale terrorisme, SCEN-artsen die uit eigen ervaring bevestigen dat in de praktijk precies

die gevolgen zichtbaar worden waartegen in dit Huis gewaarschuwd is, andere artsen die in artikelen en boeken hun soms opzienbarende en schokkende ervaringen met patiënten en familie uit de doeken doen, berichten over illegale praktijken van "suicide-counselors", radicalisering van het debat door pleidooien voor experimenten met de pil van Drion en intussen teruglopende aantallen meldingen van levensbeëindigend handelen. De reacties van de regering op dit alles kenmerken zich vooral door de bereidwilligheid om alles nog eens uit te leggen, bezweringsformules over monitoring en evaluatie en geruststellend bedoelde woorden over de veronderstelde, maar onbewezen zorgvuldigheid van de praktijk.

Twee weken geleden had ik het voorrecht om in Lissabon een door de Nederlandse ambassade aldaar georganiseerd seminar bij te wonen, waar onder meer het Nederlandse euthanasiebeleid ter discussie stond. Zacht gezegd bleek daar bij de Portugese deelnemers weinig genegenheid om de verlichte denkbeelden van Nederland, zoals toegelicht door vertegenwoordigers van VWS en de NVVE, na te volgen. Wat mij tijdens het seminar, dat behalve over euthanasie onder meer ging over drugs, prostitutie en bio-ethiek, vooral opviel, was dat de bijdragen van de Nederlandse sprekers sterk in het teken stonden van ideologische categorieën als zelfbeschikking, autonomie, emancipatie, individuele vrijheid, pragmatisme en instrumentaliteit. Het deed mij eerlijk gezegd goed om het gevoel van vervreemding dat een dergelijke houding bij mij altijd weer oproept, ook bij de Portugese deelnemers waar te nemen. Het ligt gelukkig niet aan mij, denk je dan. Wat vindt de minister er overigens van dat, zoals tijdens dit seminar werd verteld, artsen soms op verzoek van de patiënt afzien van het melden van euthanasie, bijvoorbeeld omdat een eventueel onderzoek belastend zou kunnen zijn voor de familie? Zie ik het goed dat een arts zich dan laat aanzetten tot het plegen van het misdrijf van artikel 293 Strafrecht? Graag een reactie.

Is de minister overigens bereid om een meldpunt in te stellen voor patiënten of familieleden die gevraagd met een euthanasie-aanbod door een arts zijn geconfronteerd? Er zijn voldoende signalen om

aan te nemen dat dit voorkomt. Dat wordt door betrokkenen vaak als hoogst onaangenaam of zelfs schokkend ervaren. Dit zit mij hoog en ik krijg dan ook graag een reactie. Als de minister er prijs op stelt, kan ik haar eventueel brieven ter hand stellen van familieleden van patiënten, waarin zij mij informeren over wat zij hebben meegemaakt met een arts die hen met dat doel bezocht.

Intussen zijn door alle aandacht voor euthanasie de mogelijkheden om door middel van een toereikende en kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg een beter antwoord op het lijden van onze medemens te geven, onderbelicht gebleven. "We hebben de omgekeerde weg bewandeld", zo stelden de al genoemde SCEN-artsen, die ten aanzien van palliatieve zorg spreken van "onkunde, onwetendheid en een blinde vlek" bij veel artsen. De minister vindt dat palliatieve zorg geen alternatief voor euthanasie is, maar dat palliatieve zorg en euthanasie in elkaars verlengde liggen: lijdenverlichting en pijnbestrijding als gelijkwaardig aan het bezorgen van de dood op verzoek. Wie dat vatten kan, die vatte het, maar het effect hiervan is intussen wel dat de minister nooit positief heeft willen reageren op mijn herhaalde pleidooi om ten minste eerst alles uit de kast te halen om de palliatieve zorg te optimaliseren, alvorens ook maar na te denken over legalisering van levensbeëindiging. Ik ben er met de SCEN-artsen vast van overtuigd dat een goede palliatieve zorg in veel meer situaties dan tot nu toe een "redelijke andere oplossing" kan bieden. Het is in wezen heel simpel: het ontbreken van zo'n oplossing is één van de wettelijke criteria voor de aanvaardbaarheid van levensbeëindigend handelen. De logische consequentie is: hoe beter de palliatieve zorg ontwikkeld en beschikbaar is, des te vaker zal daarin een redelijke andere oplossing gevonden kunnen worden, waardoor zeer waarschijnlijk minder vaak een euthanasieverzoek zal worden gedaan en in ieder geval artsen niet gerechtigd zijn om zo'n verzoek te honoreren, als wij de nieuwe wet althans serieus nemen. Wil de minister hierop reageren?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik heb alle respect voor uw standpunt, maar ik wil het wel even helder stellen. Meent u dat, als de palliatieve zorg

## Rouvoet

goed geregeld zou zijn, euthanasie of het vragen van hulp bij zelfdoding niet meer nodig zou zijn?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb niet het genoegen gehad om het euthanasiedebat, dat wij hier heel lang hebben gevoerd, met de heer Oudkerk te voeren; ik neem hem zijn vraag dus niet kwalijk en ik zal er kort op ingaan. Ik heb er nooit een misverstand over laten bestaan dat euthanasie voor mij om principiële redenen niet aanvaardbaar is; dat is punt één. Ter voorbereiding van het debat over het wetsvoorstel inzake levensbeëindiging op verzoek hebben wij bovendien een aantal internationale en nationale experts op het gebied van de palliatieve zorg gesproken. Zonder uitzondering, of zij nu principieel voorstander of tegenstander waren van de mogelijkheid van euthanasie, zeiden zij tegen de Kamercommissie dat de mogelijkheden van de palliatieve zorg nog lang niet zijn uitgeput; wij moesten dus niet over euthanasie gaan spreken, want eerst moest al het mogelijke worden gedaan om de palliatieve zorg te versterken. Dat is als tweede front mijn benadering geweest, voordat ik ooit aan instemming met het legaliseren van euthanasie zou toekomen. Dat is mijn principiële bottom-line. Daarom formuleer ik het op deze wijze. Ik heb de minister nooit zover gekregen dat wij stoppen met de discussie over de legalisering van euthanasie, in ieder geval tot het moment dat de mogelijkheden van de palliatieve zorg maximaal zijn uitgenut, omdat ik dan nog zou moeten zien of de vraag naar euthanasie werkelijk terugkomt. De minister heeft steeds gezegd dat je het een moet doen en het ander niet moet laten. Dat waren haar letterlijke bewoordingen. Daarover hebben wij een fundamenteel verschil van mening.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat is duidelijk en ik heb respect voor de principes van de heer Rouvoet. Hij adstrueert zijn principes evenwel met de mening van vele deskundigen die zeggen dat palliatieve zorg nog niet voldoende is uitgenut en dat er daarom nog helemaal niet over euthanasie moet worden gepraat. Ik deel dus in dit geval het standpunt van de minister. Mijn fractie deelt wel de mening van de heer Rouvoet dat de palliatieve zorg moet worden versterkt, maar niet om euthanasie of

het vragen om hulp bij zelfdoding daarmee van de agenda af te voeren. Deze twee zaken liggen niet zodanig in elkaars verlengde als de heer Rouvoet denkt, met alle respect voor zijn principiële opvattingen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit belangrijke verschil van mening heb ik inderdaad niet alleen met de minister, maar ook met de fractie van de heer Oudkerk. Dat is mij bekend. Hier stel ik het opnieuw aan de orde, omdat ik de vraag relevant vind, gelet op de ontwikkelingen van de laatste tijd. Ik refereerde al aan het artikel over de SCEN-artsen in NRC/Handelsblad waarover de minister op mijn verzoek, mede namens een aantal collega's, een uitvoerige brief heeft geschreven. Die hebben wij hierbij betrokken. Ik kan dat artikel niet anders lezen dan dat de euthanasieconsulenten zelf zeggen dat er onvoldoende is geïnvesteerd in euthanasie, dat wij de omgekeerde weg hebben bewandeld en dat wij eerst de palliatieve zorg hadden moeten versterken voordat wij de discussie over euthanasie hadden moeten beginnen. Die mening sterkt mij in de overtuiging dat wij de omgekeerde weg hebben bewandeld en er is alle reden om dit opnieuw aan de orde te stellen, met name gelet op de ontwikkeling van de laatste maanden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Met alle respect voor de mening van de heer Rouvoet, maar ik hoorde hem zojuist zeggen dat palliatieve zorg conform de wet één van de alternatieven voor euthanasie zou zijn. Dat roept bij mij toch wel een vraag op, want voorzover ik de wet lees en interpreteer, gaat het bij die alternatieven om de verschillende behandelingsmogelijkheden voor de ziekte waaraan de patiënt lijdt, en niet zozeer om verschillende mogelijkheden om het lijden te verlichten. Dat het lijden verlichten een belangrijke opdracht is, daarover verschil ik niet van mening met de heer Rouvoet. Palliatieve zorg is evenwel een wijze van behandeling en niet een alternatieve oplossing voor de ziekte waaraan de patiënt lijdt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat mag best de opvatting van mevrouw Hermann van GroenLinks zijn, maar misschien mag ik korthedshalve

verwijzen naar de Handelingen van het debat over de Euthanasiewet. De redelijke andere oplossing is wel degelijk in dat debat gerelateerd aan de andere zorgvuldigheidscriteria die in samenhang bezien moesten worden, zo is toen duidelijk geponeerd door de bewindslieden. Dat betekent dat, als een redelijke andere oplossing verlichting kan brengen in het door de patiënt als ondraaglijk ervaren lijden, het zeer de vraag is of het in de termen van de wet mogelijk is om in dat geval euthanasie te krijgen. Die discussie is bij de behandeling van de wet gevoerd en is nu door het artikel over de SCEN-artsen actueel geworden, wat mij betreft. Daarom stel ik deze wetstechnische vraag nu aan de orde. U hoeft het niet met mij eens te zijn over de verhouding tussen euthanasie en palliatieve zorg – dat vraag ik niet van u – maar nu de wet spreekt over een "redelijke andere oplossing", kunt u het mij nauwelijks euvel duiden dat ik de minister nog eens de vraag voorleg hoe het staat met de "redelijke andere oplossing" in relatie tot de mogelijkheden van palliatieve zorg.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Als een patiënt uitzichtloos lijdt aan het verloop van de ziekte die in ernst toeneemt, en kiest voor euthanasie ondanks de mogelijkheden die palliatieve zorg biedt, is dat toch een eigen keuze binnen de zorgvuldigheidseisen van de wet?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit is wel het laatste onderwerp waar ik mij makkelijk van af wil maken, maar dit is toch een herhaling van het al gevoerde debat. Mijn eigen opvatting over euthanasie heb ik, ter inleiding, in kort bestek proberen aan te geven. Daarover verschilt mijn fractie van mening met een aantal andere fracties. Voor mij is het niet nodig om de discussie op dit punt helemaal over te doen, al wil ik er best nader op ingaan. Waar het mij nu om gaat, is de relatie tussen palliatieve zorg en de euthanasie, waar ik al een lange geschiedenis van discussie met de minister over heb. Ik kom er nu op terug vanuit de gedachte dat dit actueel is geworden door onder andere het artikel in de NRC, mijn ervaringen in Lissabon en de wijze waarop erover wordt gesproken. Terugkijkend op deze kabinetsperiode vind ik het relevant om dat punt naar voren te halen en

## Rouvoet

in het kader van de palliatieve zorg daarover een vraag aan de minister te stellen. Dat is de achtergrond van deze vraagstelling.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik voel mij verplicht om gelet op het amendement dat wij mede hebben ondertekend...

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Over dat amendement kom ik nog te spreken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): In ieder geval wil ik zeggen dat de redenen voor de PvdA-fractie om dat mede te ondertekenen wel heel anders zijn dan die van de heer Rouvoet.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik begrijp die opmerking wel, maar los van de verhouding tussen palliatieve zorg en euthanasie is het de vraag hoe wij verder moeten met de palliatieve zorg als zodanig. De minister heeft vaak goede woorden heeft gesproken over de palliatieve zorg. Er is geld gekomen voor de COPZ's en in de opleidingen is er meer aandacht voor gekomen. Dat is zonder meer positief. Maar voor het daadwerkelijk versterken van de palliatieve zorg is meer nodig. Daarom heb ik – zoals al bij de algemene beschouwingen via een motie werd aangekondigd – met enkele collega's een amendement ingediend, teneinde de parlementaire daad bij het ministeriële woord te voegen en de daadwerkelijke mogelijkheden voor palliatieve zorgverlening in met name de verpleeghuizen te vergroten. Mevrouw Arib heeft er volstrekt gelijk in dat wij op andere punten van de palliatieve zorg andere opvattingen hebben.

Over het rapport-Beelaerts van Blokland komen wij later nog te spreken, maar ik wil nu alvast gezegd hebben dat de ChristenUnie voorstander is van de mogelijkheid om hospices te erkennen als zelfstandige thuiszorginstellingen met een bijzondere taakstelling.

Kenmerkend voor de benadering van Paars in de medisch-ethische vraagstukken bleek de opvatting dat de overheid in morele aangelegenheden vooral neutraal heeft te zijn en de ethiek derhalve volgend is ten opzichte van de publieke opinie, terwijl het voor een verantwoord beleid juist vereist is dat de ethiek leidend is! De overheid is niet

neutraal, politiek is méér dan het omzetten van meerderheidsopvattingen in besluitvorming. Het is natuurlijk prima dat er bij de begroting een Agenda ethiek en gezondheid is gevoegd, maar ik heb toch sterk de indruk dat ik die agenda aan het einde van een cruciale besluitvormende vergadering krijg uitgereikt. Bovendien wordt een aantal punten op deze agendapunten al te snel als afgedaan beschouwd en zijn er best andere punten toe te voegen. Ik vraag de minister waarom er is gekozen voor zo'n relatief smalle agenda.

De **voorzitter**: Hebt u gezien dat u al over uw spreektijd heen bent gegaan?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik zal daarover in conclaaf moeten met mijn fractie!

Een andere zaak waar mijn fractie de afgelopen jaren voortdurend de wacht bij heeft moeten betrekken, is de consequente doorvoering van het uitgangspunt van cliëntgerichtheid, vraagsturing, zorg op maat, waar het gaat om levensbeschouwing en identiteit. Zeker in zorg en hulpverlening is dit een ongelooflijk belangrijk aspect, voor zowel de zorgverlener als de cliënt of zorgvrager, maar helaas bleek het de afgelopen jaren maar al te vaak het vergeten aspect van kwaliteit en dreigden de inhoudelijke uitgangspunten hier ondergeschikt te worden gemaakt aan meer banale belangen als een eenduidige organisatie of de consequente doorvoering van een stelsel. Neem nu de regionalisering en de discussies daarover bij de wet op de jeugdzorg, de AWBZ en de verslavingszorg. Eén van de voordelen van een klein land is mijns inziens dat niet elk type voorziening in elke regio aanwezig hoeft te zijn. Het lijkt mij uit oogpunt van doelmatig besturen niet verkeerd daar oog voor te hebben en voor sommige voorzieningen Nederland als geheel als een regio te beschouwen. Dan moet je in een regionaliserend bestel natuurlijk wel aandacht voor het bovenregionale aspect organiseren, bijvoorbeeld via een verplichte paragraaf daarover in iedere regiovisie en door voor die specifieke voorzieningen de financiering landelijk te regelen. Daar is toch niets mis mee? Om één voorbeeld te noemen: onlangs werd ergens in den lande een subsidie-

aanvraag voor een landelijke voorziening voor een landelijke voorziening in de vorm van een christelijk centrum voor vrouwenopvang afgewezen, niet zozeer vanwege de financiën, maar omdat een adequaat toetsingscriterium ontbreekt. Vindt de staatssecretaris niet met mij dat zoiets zorginhoudelijk eigenlijk onverteerbaar is? Graag zou ik eens een wat uitvoeriger beschouwing op dit punt krijgen.

Voorzitter. Ik heb nog een opmerking en een vraag over de gehandicaptenzorg. De opmerking is deze, dat ik net als bijvoorbeeld de Federatie van ouderverenigingen de 50 mln gulden uit de Zorgnota beschouw als een eerste stap in de noodzakelijke investeringen in de kwaliteit. En de vraag is een heel eenvoudige: mag ik aannemen dat het recht op gelijke behandeling van gehandicapten en chronisch zieken en op vrijwaring van discriminatie niet alleen in het strafrecht en in een participatiewet, maar ook in artikel 1 van de Grondwet zal worden verankerd? Wil de staatssecretaris daartoe het initiatief nemen? Afhankelijk van haar antwoord overweeg ik op dit punt een motie. Ik ben dankbaar voor de uitvoerige brief van 29 november van de minister en de daarin aangekondigde maatregelen. Zij geeft met haar reactie aan dat zij de potentieel ernstige gevolgen op termijn onderkent en dat zij dus niet doof is voor het pleidooi dat mijn fractie al zeven jaar houdt om dit probleem bij met name jongeren aan te pakken. Daarvoor uit ik mijn waardering.

Wij zullen volgende week uitgebreid spreken over het drugsbeleid. Ik wil nu echter een opmerking maken. Ik krijg informatie uit Amsterdam waaruit blijkt dat organisaties die geen gebruikersruimte willen toestaan, niet in aanmerking komen voor gemeentelijke subsidies. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat overheidsgeld alleen gaat naar instanties waar drugsverslaving in stand wordt gehouden. Met erkenning van de verantwoordelijkheden op dit terrein hoor ik toch graag de reactie van de minister op dit punt.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. De SGP-fractie wil bij deze laatste begrotings-



## Van der Vlies

behandeling niet verhelen dat zij zeer ongelukkig is met een deel van het beleid zoals dit door deze minister is uitgedragen. Haar visie conflicteerde met onze uitgangspunten. Zij trad aan onder een ongelukkig gesternte: een groeicijfer van 1,3%. Dit was veel te krap. Zij kreeg te maken met een weerbarstig veld van belangenbehartigers en veldpartijen. Er bleek sprake van scheefgroei en tekorten die maar moeilijk konden worden opgelost. Uiteraard zijn er goede, maar helaas ook tekortschietende resultaten.

Het zwaartepunt lag voor ons op de ethisch gevoelige terreinen die aan de orde zijn geweest en waarbij grenzen zijn opgerekt en zelfs vergaan zijn verlegd. Ik noem thema's als euthanasie, late zwangerschapsafbreking, de Wet foetaal weefsel en de Embryowet. Het doet mijn fractie intus verdriet dat deze regering hiermee zo duidelijk heeft bijgedragen aan het verlaten van christelijke waarden en normen. De koninklijke onderscheiding voor de activiste Klazina Alberda wegens "haar inzet voor de aanvaarding van euthanasie" is wat dat betreft een schokkend teken aan de wand! Het is mijn stellige overtuiging dat de ingeslagen weg een doodlopende is. De aanvaarde wetten in deze sfeer zullen een principieel onrustig bezit vormen en blijven.

Ik noem een aantal voorbeelden van de laatste tijd. In het artikel in Medisch Contact van de heer Hulst, docent gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, wordt gesteld dat in de Embryowet, zoals die nu bij de Eerste Kamer ligt, het respect voor het menselijk leven onvoldoende is gewaarborgd. Graag een reactie van de minister op dit artikel. Als tweede voorbeeld noem ik een artikel in Medisch Contact van 16 november jl. waaruit zou blijken dat artsen zich onder druk geplaatst weten van de naaste familie. Die druk kan te groot worden en worden ervaren als dwang om het leven van een ernstig zieke patiënt te beëindigen. Dit is niet mijn waarneming of voorstelling van zaken. Nee, dit is het herkenbaar verhaal uit de praktijk van een huisarts, zoals de redactie van Medisch Contact schrijft. Artsen zijn met een zware verantwoordelijkheid opgezadeld en worden blijkbaar aan een onaantvaardbare druk blootgesteld. Ik roep de minister daarom nogmaals met klem op de

rechtspositie van artsen en verpleegkundigen met gewetensbezwaren tegen euthanasie nog eens nadrukkelijk te bezien.

Ten derde wijs ik op de vragen die ik mede namens de collega's Rouvoet en Ross-van Dorp heb gesteld over de illegale hulp bij zelfdoding door zogenoemde zelfmoordconsulenten. Verder is de discussie over de pil van Drion opgestart. De doelstelling van de Euthanasiewet, namelijk transparantie over alles wat er gebeurt door de meldingen, lijkt verder weg dan ooit.

Naast alle kritiek op het beleid met betrekking tot medisch-ethische kwesties zijn er gelukkig ook andere dingen te zeggen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het feit dat onder verantwoordelijkheid van deze minister de aandacht voor de palliatieve zorg nadrukkelijk is toegenomen. Ik roep de drie beleidslijnen van de minister in herinnering: integratie van de hospicezorg in de reguliere zorg, het inrichten van centra voor de ontwikkeling van palliatieve zorg en het onderzoeksprogramma Palliatieve zorg in de terminale fase. Twee weken geleden is het eindrapport van de projectgroep Integratie hospicezorg verschenen. De minister heeft toegezegd, op korte termijn met een kabinetsstandpunt te zullen komen. De SGP-fractie zou graag zien dat de minister haar standpunt zou verbreden tot een integrale beleidsvisie, waarin de voortgang op de drie genoemde sporen verder wordt uitgewerkt.

De SGP-fractie vraagt nu reeds aandacht voor de status en de financiering van zelfstandige "high care hospices". Wil de minister nu reeds ingaan op de suggestie om "hospices" de status van thuiszorgorganisatie met een bijzondere, eigen taakstelling te geven?

De SGP-fractie kan niet vaak genoeg het belang benadrukken van een kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg in de terminale fase, vandaar mijn pleidooi voor een structurele financiering van de hospicezorg. Een en ander is ook de reden dat ik mijn handtekening onder het amendement van de heer Rouvoet terzake heb gezet.

De SGP-fractie is geschokt door de berichten dat er voor de implementatie van de derde fase van het onderzoeksprogramma naar palliatieve zorg in de terminale fase geen geld meer zou zijn. Mijn fractie

heeft herhaaldelijk gezegd de minister te willen steunen in haar beleidslijn gericht op onderzoek ter verbetering van de zorg voor patiënten in de laatste fase van hun leven en hun ziekte. Ik heb terzake een amendement ingediend op stuk nr. 23 dat mede is ondertekend door de collega's Rouvoet en Mosterd. Ik hoop echter dat dit amendement op de steun van vele andere collega's mag rekenen. Ik hoop dat het geld voor dit onderzoeksprogramma en de implementatie ervan hierdoor worden veiliggesteld.

Tijdens de behandeling van de Embryowet heb ik mede namens een aantal collega's een motie ingediend over de inrichting van een centrum voor ethiek en beleid. Deze motie is gedrukt onder stuk 27423, nr. 22. Desgevraagd door de minister heb ik deze motie aangehouden tot de begrotingsbehandeling. Ik verzoek u nu om deze motie alsnog aan de agenda toe te voegen.

**De voorzitter:** Ik stel voor, de motie-Van der Vlies c.s. (27423, nr. 22) bij deze beraadslaging te betrekken.

Daartoe wordt besloten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De oprichting van zo'n centrum kan een hele goede zaak zijn. Een dergelijk centrum kan immers leiding geven aan ethische programma's en kwesties, zonder dat het gedwongen is om de ontwikkelingen te volgen. Het is de bedoeling van de SGP-fractie dat in een dergelijk centrum, dat moet dienen als antenne voor ethisch gevoelige thema's in de samenleving, alle principiële stellingnamen dienaangaande adequaat moeten zijn vertegenwoordigd. Ik denk in dit verband aan het Prof. Dr. G.A. Lindeboom Instituut, maar ook aan het ProLife Overleg Platform. Er zou in dit centrum een vertakking van die opvatting moeten zijn. Dat is de intentie van deze motie. Een en ander geldt natuurlijk ook voor alle andere richtingen en stellingnamen, zie het dictum van de motie.

Voorzitter. Bij dit debat is ook gesproken over Cryo-Cell. De minister heeft inmiddels contact gehad met de desbetreffende commerciële instelling. Kan zij aangeven of dat contact iets heeft opgeleverd voor de discussie die wij hierover eerder hebben gevoerd?

## Van der Vlies

De komende jaarwisseling veroorzaakt grote verontrusting bij de mensen die gebruikmaken van homeopathische geneesmiddelen. Ik sluit mij aan bij hetgeen hierover al is gezegd. De datum van 1 januari moge rationeel te verdedigen zijn en door een gerechtelijke uitspraak zijn beschermd, het is toch de vraag waarom die datum zo strikt moet worden gehanteerd. In de ons omringende landen wordt deze verplichting immers pas heel veel later ingevoerd. Het patiëntenbelang moet hier zeker in het oog worden gehouden, want patiënten mogen natuurlijk niet de dupe worden van allerlei registratieprocedures.

Ik wil nog kort de hardnekkige problematiek rond de wachtlijsten en de personeelstekorten aanroeren. Ondanks alle creativiteit en onorthodoxe maatregelen krijgen wij op deze problematiek nog steeds geen greep. Er is nu echter door onder meer de NVZ een plan gepresenteerd voor een stimuleringsfonds opleidingen. Ik heb begrepen dat hierover gisteravond een goed overleg is gevoerd. Binnen drie maanden moet er een implementatieplan voorliggen. Ik krijg graag van de minister de garantie dat dit plan onmiddellijk daarna zo breed mogelijk wordt ingevoerd. Is de minister bereid om dit toe te zeggen?

De SGP-fractie is tevreden met de toezegging van de staatssecretaris in haar brief van 31 oktober dat zij substantieel meer gaat investeren in de kwaliteit van de zorg voor en het bestaan van mensen met een ernstige verstandelijke handicap. Het bedrag hiervoor in de Zorgnota is bij lange na niet toereikend. De staatssecretaris zegt de extra gelden echter als een eerste stap te zien. Kan zij toezeggen dat er inderdaad nieuwe taakstellende stappen zullen volgen, en zo ja, welke? In het algemeen overleg over de modernisering van de AWBZ komen wij graag op dit onderwerp terug, evenals bijvoorbeeld op de plannen voor de modernisering van het PGB. Ik kan overigens nu al verklappen dat de SGP-fractie hier zeer positief tegenover staat.

Tot slot vraag ik de aandacht van de regering voor het NIPO-onderzoek Vraag naar christelijke zorg, dat op 16 augustus is gepresenteerd. Daaruit blijkt duidelijk dat vraag en aanbod in die sfeer niet op elkaar zijn aangesloten. Dit brengt mij bij de toegang tot de landelijk en boven-

regionaal werkende identiteitsgebonden zorginstellingen, een thema dat door mijn fractie maar ook door andere partijen in de afgelopen periode zeer regelmatig onder de aandacht van beide bewindslieden is gebracht. Wanneer komt hierop nu eindelijk eens een uitgewerkte reactie?

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De regering zal morgen antwoorden.

Sluiting 23.08 uur



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

twee koninklijke boodschappen, ten geleide van de voorstellen van (rijks)wet:

Wijziging van de Wet Fonds economische structuurversterking (28119);

Wijziging van de rijkswet van 20 december 1989, houdende regeling van pensioenen en uitkeringen aan Gouverneurs van de Nederlandse Antillen en van Aruba (Stb. 1990, 15) (28121, R1707)).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

drie, van de minister van Buitenlandse Zaken, te weten: een, ten geleide van verslag van de Algemene Raad (21501-02, nr. 410); een, ten geleide van het Verdrag van Stockholm inzake persistente organische verontreinigende stoffen; Stockholm, 22 mei 2001 (28111, R 1706);

een, ten geleide van Verdrag tussen de Regering van het Koninkrijk der Nederlanden en de Regering van de Bondsrepubliek Duitsland inzake de wederzijdse beveiliging van gerubriceerde gegevens; Berlijn, 18 april 2001 (28113);

een, van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking, ten geleide van de tekst van het beleidskader MFP-breed en de concepttekst subsidieregeling MFP-breed (27433, nr. 6);

een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, ten geleide van

zes fiches die werden opgesteld door de Werkgroep Beoordeling Nieuwe Commissievoorstellen (BNC) (22112, nr. 215);

twee, van de minister van Justitie, te weten:

een, over vermeende bouwfraude (28093, nr. 8);

een, over Bouwfraude en corruptie bij ambtenaren (28093, nr. 17);

twee, van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, te weten:

een, ten geleide van enkele gevolgen die van belang zijn voor de financiële verhouding in het algemeen (28000-B, 28000-C, nr. 8);

een, over Personeelsbeleid en kwaliteit rijksdienst (28052, nr. 3);

een, van de minister voor Grote Steden- en Integratiebeleid, over Inburgering (27083, nr. 21);

drie, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, te weten:

een, over het tekort aan schoolleiders in het primair onderwijs (27923, nr. 4);

een, ten geleide van de stand van zaken verhuizing Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (28000-VIII, nr. 25);

een, over het meerjarig investeringsperspectief (28000-VIII, nr. 44);

drie, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, te weten:

een, inzake een informele bijeenkomst (EU) van de ministers van culturele en audiovisuele zaken op 4 en 5 december 2001 (21501-05, nr. 60);

een, ten geleide van het verslag van de Raadsvergadering (EU) van de ministers van culturele en audiovisuele zaken die op 5 november 2001 in Brussel plaats vond (21501-05, nr. 61);

een, over het wetsvoorstel leerlinggebonden financiering en REC-vorming (27728, nr. 28);

vier, van de minister van Financiën, te weten:

een, ten geleide van de geannoteerde agenda voor de Ecofin Raad van 4 december 2001 te Brussel (21501-07, nr. 339);

een, inzake Vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van artikel I, onderdelen D tot en met H, en artikel II, van de wet van 22 december 1999 tot wijziging van de Wet assurantiebemiddelingsbedrijf naar aanleiding van het project Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit, alsmede naar