

Ross-van Dorp

het mogelijk is om ook de uitzending van sportwedstrijden op televisie te laten ondertitelen. Over dat gesprek kan ik de Kamer later berichten. Ik zal het in ieder geval met hen bespreken. Ook hier zeg ik niet dat het allemaal morgen al moet, maar ik vind het goed dat het onderwerp van gesprek is.

Over de motie op stuk nr. 36 ten aanzien van geldstromen in de sport hebben wij al het nodige gewisseld tijdens het algemeen overleg. Ik vat deze motie op als ondersteuning van beleid. Wij gaan ons bezighouden met een onderzoek naar geldstromen in de sport. De taakstelling die wij onszelf hebben opgelegd, is aangepast naar aanleiding van hetgeen in het algemeen overleg gewisseld is. Daar sluit deze motie mijns inziens uitstekend op aan.

De heer Atsma verzoekt de regering in zijn motie op stuk nr. 37 om fiscale belemmeringen te inventariseren en een plan van aanpak te maken. Ik zie deze motie als een ondersteuning van het beleid. Ik heb in het algemeen overleg reeds toegezegd dat ik hierover contact zal opnemen met mijn collega Van Eijck en dat wij zullen inventariseren hoe een en ander precies zit. Ik zeg de Kamer derhalve toe dat dit gebeurt.

De heer Atsma heeft voorts een motie ingediend over het gebruik van dopinggeduide middelen en genetische doping, waarin wordt gevraagd om tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen met degenen die hier het nauwst bij betrokken zijn. Ook dat kan ik toezeggen. Wij willen dat heel graag ook op de internationale agenda een goede plek geven. Ik zie de motie op stuk nr. 38 dus ook als een ondersteuning van het beleid.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, aanstaande dinsdag over de ingediende moties te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt van 17.25 uur tot 19.00 uur geschorst.

Voorzitter: Weisglas

Aan de orde is de behandeling van:

- het wetsvoorstel **Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2003 (28600-XVI)**.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Ik spreek mijn waardering uit voor de minister, die rechtstreeks vanuit de Eerste Kamer naar de Tweede Kamer is gekomen. Het kon even niet anders. Het streven voor vanavond is om de eerste termijn van de Kamer op een redelijk tijdstip te eindigen.

□

De heer **Bos** (PvdA): Voorzitter. Wij kunnen er allemaal buitengewoon ingewikkeld over doen. Bij de behandeling van de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat het echter om simpele vragen. Als mensen iets mankeren, kunnen zij dan op tijd geholpen worden? Kunnen zij het betalen? Krijgen zij een goede kwaliteit? Het slechte nieuws is dat wij op alledrie de punten problemen hebben. Het gebeurt niet op tijd. Het is vaak niet te betalen. De kwaliteit is slecht. Het goede nieuws is dat wij in ieder geval op een van de drie punten weten hoe het beter kan. Recent stonden de kranten ervan vol dat er positieve ontwikkelingen te zien zijn als het gaat om terugdringing van de wachtlijsten. Wij weten hoe het werkt. Hoe werkt het dan? De boter-bij-de-visafspraken die wij tijdens het vorige kabinet hebben gemaakt, betekenen dat als ziekenhuizen productie leveren zij extra geld krijgen. Die afspraken blijken te werken en blijken daadwerkelijk de wachtlijsten korter te maken.

Men zou verwachten, nu eindelijk een succesformule is ontdekt om de wachtlijsten korter te maken, de schaarse middelen, het weinige geld dat er is, ook in die richting wordt aangewend. Helaas, niets is minder waar. De regering heeft ervoor gekozen om de weinige beschikbare middelen niet te steken in de aanpak die werkt, maar om die te steken in wat op dit moment het minst belangrijk is: een herziening van het verzekeringsstelsel met grote inkomensgevolgen. Die inkomens-

gevolgen drukken met name op de mensen die dat het minste kunnen hebben. De loonstrookjes van januari werpen hun schaduw vooruit. Er is natuurlijk in de afgelopen maanden veel over gezegd. Er is vooral ook veel niet over gezegd. Vaak is de redenering gevolgd dat wij een aantal wat minder populaire maatregelen het komende jaar moeten slikken. Dat is het zuur, dat over een aantal jaren gevolgd wordt door het zoet. Dan komt alles vanzelf goed.

Ik heb hierover twee vragen. Waarom vindt de regering het op dit moment belangrijker om de schaarse middelen die beschikbaar zijn niet te steken in het wegwerken van wachtlijsten maar in plaats daarvan te steken in de herziening van het verzekeringsstelsel? Sinds vandaag is bovendien een schaduw geworpen over het zoet dat de komende jaren beschikbaar zou komen. Een van de belangrijkste onderdelen daarvan, namelijk de verlaging van de benzineaccijns, staat sinds vandaag ook binnen de coalitie op losse schroeven. Wat betekent dat voor de redelijkheid waarmee men kan vragen dat mensen het zuur voor lief moeten nemen?

De heer **Wilders** (VVD): Ik vraag de heer Bos of hij het niet mogelijk acht dat het nieuwe verzekeringsstelsel ertoe kan leiden dat wij nog meer succes hebben bij het terugdringen van de wachtlijsten en de wachttijden. Wij vinden die ook afschuwelijk. Als wij naast de boter-bij-de-visafspraken meer marktwerking introduceren en afrekenen op prestaties kan dat wellicht een nog beter effect hebben. De heer Bos doet net of het in het verleden allemaal zo goed liep. De resultaten zijn er. Het kan echter beter. De tegenstelling die de heer Bos oproept, klopt dan ook niet.

De heer **Bos** (PvdA): Daar heeft de heer Wilders gelijk in. Ik sta hier dan ook niet om te verdedigen dat er geen nieuw verzekeringsstelsel moet komen. Ik sta hier om te vragen of het, gezien de problemen in de zorg en de beperkte beschikbaarheid van middelen, verstandig is om nu een nieuw verzekeringsstelsel te introduceren. Mijn antwoord is: nee, het is niet verstandig. Ik voel mij daarin gesteund door het antwoord van de regering op vraag 143 bij de zorgnota. De concrete vraag luidde

Bos

of er aan alle voorwaarden is voldaan om te zorgen dat zo'n stelsel goed ingevoerd kan worden. Het antwoord van de regering zelf is: nee, het is onwaarschijnlijk dat binnen het tijdspad dat wij voor ogen hebben aan alle voorwaarden zal zijn voldaan. De belangrijkste oorzaak daarvoor is een schaarste aan aanbod, want er is te weinig capaciteit. Iedereen weet wat er gebeurt als je concurrentie aanwakt op een moment dat er tekorten zijn: de prijzen gaan omhoog. Dat is natuurlijk het laatste dat wij op dit moment kunnen gebruiken.

De heer **Buijs** (CDA): Ik begrijp dat de heer Bos op deze manier onvrede probeert te zaaien. Wat bedoelt hij met de opmerking dat dit kabinet te veel steekt in een herziening van het verzekeringsstelsel? Is hij het met mij eens dat er op dit moment geen enkele herziening heeft plaatsgevonden? Alleen de nominale premies zijn aangepast. Hoe maakt hij zijn opmerking waar?

De heer **Bos** (PvdA): Dit kabinet besteedt 718 mln euro aan het verhogen ...

De heer **Buijs** (CDA): Dat bedrag wordt besteed aan zorg, mijnheer Bos. Dat weet u ook.

De heer **Bos** (PvdA): Ja, dat is prima. De motivatie voor de verhoging dit jaar van de nominale ziekenfondspremie met dat bedrag is letterlijk dat hiermee een begin wordt gemaakt met de introductie van de nieuwe premiestructuur van een nieuw verzekeringsstelsel.

De heer **Buijs** (CDA): Mijnheer Bos, u hebt het helemaal fout. Ik werp uw bewering dat dit kabinet geld steekt – en derhalve geen productie levert – in een nieuw verzekeringsstelsel, ver van mij. Daarop wijzen uw woorden ook. Het is een aanpassing van de nominale premie die moet plaatsvinden om de stijgende kosten in de zorg ...

De heer **Bos** (PvdA): Nee, dat is helemaal niet waar. Als de regering louter op zoek zou zijn naar een financiering ter dekking van de stijgende kosten van de zorg, zijn er veel rechtvaardiger manieren om die lasten om te slaan, zodat mensen met hogere inkomens meer betalen dan mensen met lagere inkomens. U

kunt de amendementen van mevrouw Kant en mijzelf daarop naslaan. De regering schrijft in de betreffende stukken zelf expliciet dat er gekozen wordt voor verhoging van de nominale ziektekostenpremie omdat daarmee wordt voorgesorteerd voor invoering van een nieuw ziektekostenstelsel. In dit nieuwe stelsel is sprake van een nominale premie, die voor iedereen evenveel euro bedraagt. Ik wil de citaten er straks wel even bijpakken, want dan zijn wij misschien wat sneller klaar.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Bos bevestigt in ieder geval dat ik gelijk heb. Wij hebben verschil van mening over de wijze van bekostiging en de mate van solidariteit. Wij komen daar later op terug. Nogmaals, hij heeft mij gelijk gegeven op het punt dat dit kabinet geen extra geld besteedt aan herziening van het verzekeringsstelsel, maar aan extra productie in de zorg.

De heer **Bos** (PvdA): Het spijt mij, maar de heer Buijs heeft het mis. Ik wil het daarom graag nog een keer uitleggen. Er spelen een aantal zaken. Één van die zaken is inderdaad de manier waarop stijgende kosten worden omgeslagen en dit wordt door het kabinet zelf rechtstreeks in verband met de invoering van een nieuw stelsel. Daarnaast stelt het kabinet inderdaad een aantal andere zaken voor die eveneens in relatie staan tot het nieuwe ziektekostenstelsel. Alle onderdelen van het lastenbeeld voor de komende jaren hangen met elkaar samen. Alles wat komend jaar gepresenteerd wordt als lastenverzwaring zal in 2004/2005 op de een of andere manier terug moeten komen als lastenverlichting. De regering heeft dit zelf het verhaal van zuur en zoet genoemd, dat heb ik niet verzonnen. De vraag is of alles op die manier nog met elkaar samenhangt.

Daarnaast worden op dit moment experimenten, ruimte voor resultaat, geïnitieerd waarbij specialisten bij een gelijkblijvend budget de ruimte wordt gegeven te onderhandelen over hun tarieven. Iedereen weet wat dat betekent bij tekort aan aanbod: hogere tarieven bij een gelijkblijvend budget en dus minder verrichtingen. Ook dat is dus verkeerd besteed geld.

De heer Buijs weet bovendien net zo goed als ik dat er in het lasten-

beeld voor de komende jaren, dat de coalitiepartijen zo van harte ondersteunen, ook een bedrag van minstens 1 mld euro is opgenomen dat in 2004/2005 beschikbaar komt ter compensatie van de inkomenseffecten die samenhangen met de invoering van een nieuw ziektekostenstelsel. Dat geld kan ook op een andere manier gebruikt worden en ik bestrijd de prioriteiten die op dit punt zijn gesteld. Wij weten hoe wij wachlijsten kunnen terugbrengen, maar de heer Buijs besteedt het geld liever aan iets anders waarvan de effectiviteit vooralsnog volstrekt niet bewezen is.

De **voorzitter**: Ik zie aan de heer Buijs dat hij het voornemen heeft hier in zijn termijn op terug te komen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De PvdA-fractie voert een beetje een jojobeleid. Zij heeft acht jaar de verantwoordelijkheid gedragen voor een kabinet en al die jaren was stelselwijziging een "hot issue". De knelpunten waren steeds dezelfde, maar toen geld op enig moment niet langer het probleem was, kwam het er om allerlei redenen niet van. En nu is het weer niet goed!

De heer **Bos** (PvdA): Kunt u één moment aanwijzen waarop de PvdA ervoor heeft gepleit dat per 1 januari 2005 een volledig nieuw verzekeringsstelsel zoals door het kabinet is voorgesteld, zou moeten zijn ingevoerd? Kunt u ook ergens iets vinden waaruit zou blijken dat wij van mening zijn dat daar in de premiestructuur al per 1 januari 2003 op vooruit gelopen zou moeten worden?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik erken dat de PvdA-fractie altijd de vinger heeft gelegd bij het punt van de inkomenseffecten en onder die voorwaarde constructief wenste mee te denken. Ik erken ook dat collega Oudkerk in één van zijn laatste optredens in deze zaal is gaan schuiven op het punt van de beoogde invoeringsdatum van een nieuw stelsel. Waar hij echter niet over is gaan schuiven – en daarom spreek ik nu over een jojo-gebeuren – is dat wij ons werkende weg zouden gaan voorsorteren in de richting van die delen van het nieuwe stelsel waar zich een redelijke meerderheid voor afte-

Bos

kende. Daar deed uw fractie uitdrukkelijk aan mee. Het klinkt nu alsof u zich daarvan verwijdt.

De heer **Bos** (PvdA): Laat ik dat dan verduidelijken, want dat zou een jammerlijk misverstand zijn. De beste voorwaarde voor een nieuw verzekeringsstelsel is: eerst aan de aanbodkant meer ruimte tot stand brengen. Anders is het enige effect van meer concurrentie, dat de prijzen omhoog gaan. Als wij dan met elkaar niet méér aan de zorg willen uitgeven, betekenen hogere prijzen alleen maar dat er minder zorg geleverd kan worden. Dat is in niemands belang en dus zeg ik, volkomen in lijn met hetgeen de PvdA daar de afgelopen jaren over gezegd heeft, dat er inderdaad een nieuw ziektekostenstelsel zal moeten komen, maar dat alles wel in de juiste volgorde moet gebeuren. Zorg er nu eerst voor dat de wachtlijsten worden weggewerkt en dat de personeelsvoorziening op peil komt, want dan weet je dat de overgang op een nieuw systeem niet zal leiden tot de verkeerde gevolgen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Maar, voorzitter, was het niet ...

De **voorzitter**: Nee, het spijt mij, u hebt een reactie gekregen. Ik wil nu de heer Bos wat verder laten gaan in zijn betoog.

De heer **Buijs** (CDA): Maar het is zó'n onzin wat hij zegt!

De **voorzitter**: Ik verzoek de heer Bos verder te gaan met zijn betoog.

De heer **Bos** (PvdA): Dat doe ik graag.

De stelling is dus, voorzitter, dat een herziening van het verzekeringsstelsel absoluut noodzakelijk is, maar dat er geen enkele reden is om daar nu al mee te beginnen en zeker niet op een manier die qua koopkracht in januari de verkeerde mensen in de problemen zal brengen.

Er zijn twee alternatieven voor het type stelselherziening waar het kabinet aan werkt. Ik nodig de minister graag uit daar commentaar op te geven. Wij weten dat zijn voorganger gecharmeerd was van het zgn. Zweedse model. Voor zover ik weet, is daar nooit expliciet met de Kamer van gedachten over gewisseld en ik wil de minister vragen of de overwegingen en afwegingen op het

ministerie misschien al hebben geleid tot een afgerond oordeel over dat model. Daarnaast is er nog een model waarbij wij graag zien dat de minister er iets meer over zegt, namelijk het model dat is beschreven en becommentarieerd in het jaarverslag van het AMC. Dit model komt erop neer dat de vaste kosten uit de algemene middelen gefinancierd worden en een verzekeringsstelsel slechts betrekking heeft op de variabele kosten. Ook die variant is bij mijn weten nog nooit met zoveel woorden in de Kamer besproken.

Afrondend op dit punt zijn wij ervoor dat wat er nu beschikbaar is aan extra middelen, niet wordt gestoken in het begin van een stelselherziening, maar in wachtlijstbestrijding. Ook zijn wij ervoor – ik verwijs naar het amendement dat ik op dat punt heb ingediend – dat de stijging van de nominale ziekenfondspremie zoals die is voorgesteld door het kabinet, met een totale waarde van 718 mln, niet wordt omgeslagen op een manier die vooral mensen met lagere inkomens in problemen brengt, maar naar draagkracht, waardoor de sterkste schouders ook daadwerkelijk de zwaarste lasten dragen. Dat is mogelijk en de variant daarvoor is neergelegd in ons amendement.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Begrijp ik de heer Bos goed dat hij bij gelegenheid van de behandeling van de begroting 2003 door het aanreiken van een aantal varianten en modellen nu al het debat over de stelselwijziging in volle breedte zou willen voeren, nadat wij acht jaar lang niet verder zijn gekomen dan een bouwstenennotitie, door de onderlinge tegenstellingen binnen de paarse coalitie? Wil hij nu bij de behandeling van deze begroting dit debat in extenso voeren?

De heer **Bos** (PvdA): Ik reageer op een voorstel dat door het kabinet is gedaan. Ik constateer dat het dekken van de stijgende kosten in de gezondheidszorg door de nominale premie te verhogen – die premie komt juist het hardste aan bij mensen met lagere inkomens – door de regering, dus niet door mij, gemotiveerd wordt met de opmerking dat men tóch die richting wil ingaan in verband met de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel. Ik vind dat ik dan ook een discussie mag voeren over de vraag of dat een

verstandige richting is op dit moment. Als de heer Rouvoet het met mij eens is dat het op dit moment geen verstandige richting is, zou hij ook bereid moeten zijn om samen met mij alternatieven te bespreken waarbij de lasten eerlijker worden verdeeld.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat laatste kan natuurlijk nooit het probleem zijn. Bij een begroting wordt immers juist gesproken over alternatieven en over wat het meest wenselijk is. De heer Bos reikt echter ook een aantal modellen aan voor de stelselherziening. Hij isoleert de premiestijging niet, maar hij brengt het hele debat over de stelselwijziging op tafel. Het is de vraag of dat verstandig is, gezien de demissionaire status van het kabinet. De Kamer heeft eerder besloten dat er geen ingrijpende beslissingen mogen worden genomen onder dit kabinet. Is het niet verstandiger dat de Kamer zich nu richt op die premiestijging? Waarom wordt de hele discussie verbreed naar de stelselherziening? Dat lijkt mij niet verstandig in het kader van deze begrotingsbehandeling.

De heer **Bos** (PvdA): Ik denk dat de minister prima in staat is om te beoordelen hoe gedetailleerd hij mijn vragen wil beantwoorden tijdens dit debat. Als hij tijdens dit debat niet heel gedetailleerd op mijn vragen ingaat, reken ik erop dat hij ons de gevraagde informatie later zal geven. Daar is het mij uiteraard om te doen. Ik wil hier niet heel veel tijd besteden aan het bediscussiëren van het Zweedse dan wel het AMC-model. Ik vind echter wel dat wij op een ander moment in staat moeten zijn om analyses van die voorstellen te betrekken bij onze meningsvorming. Daarom heb ik het aan de orde gesteld. Dat is wat anders dan de vraag of een stijging van de nominale ziekenfondspremie op dit moment verstandig is.

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil graag een toelichting op het amendement van de heer Bos. Ik constateer dat wij allebei van mening zijn dat er geld bij moet om de wachtlijsten op te lossen; linksom of rechtsom zoals het kabinet wil of zoals de heer Bos wil met zijn amendement. De heer Bos vindt een oplossing in de AWBZ. In het amendement staat dat een lichte verhoging van de procentuele

Bos

AWBZ-premie een opbrengst kan genereren die het bedrag dat nodig is dekt. Wat is een lichte verhoging?

De heer **Bos** (PvdA): Uit mijn hoofd zeg ik dat het gaat een verhoging van de AWBZ-premie met 0,1 tot 0,3%.

De heer **Buijs** (CDA): Zal ik eens op de achterkant van een sigarendoosje uitrekenen wat het echt is? De AWBZ is 17 mld, dat is 12% op dit moment. Dat betekent dat 1 mld 1,4% is. De heer Bos geeft 718 mln uit. Dat is dus ongeveer 1% en geen 0,1%. Dit betekent dat hij een verhoging van de AWBZ-premie voorstaat die 50% hoger is dan de verhoging die het kabinet voorstelt.

De heer **Bos** (PvdA): Een van ons tweeën kan dus blijkbaar niet rekenen. Ik zal ervoor zorgen dat ik hierover duidelijkheid geef tijdens uw termijn of tijdens mijn tweede termijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben gecharmeerd van het voorstel van de heer Bos om het anders te doen, namelijk via inkomensafhankelijke premies. Ik heb een vergelijkbaar voorstel gedaan. Ik heb een vraag over het verschil tussen die voorstellen, want dat geeft volgens mij een beetje het verschil tussen onze partijen aan. Als ik het goed begrijp wil de heer Bos alleen het deel van de verhoging van de nominale premie dat een gevolg is van de bezuiniging op de rijksbijdrage compenseren via AWBZ-premies, zodat dit deel van de stijging van de nominale premie niet doorgaat. Het verschil met ons voorstel is dat wij ook de extra tegenvallers willen opvangen door middel van de AWBZ-premies. Heb ik dat goed begrepen?

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

Mevrouw **Kant** (SP): De PvdA-fractie accepteert dus dat een deel van de stijging van de nominale premies alleen ten laste komt van mensen met lage inkomens?

De heer **Bos** (PvdA): Het deel waar ons amendement over gaat wordt door het kabinet expliciet gemotiveerd als een deel dat vooruitloopt op de stelselherziening. Dat is het aangrijpingspunt van mijn betoog. Wij zeggen dat dit nu niet nodig is

en dat het niet op deze manier hoeft. Het is waar dat wij beiden vinden dat het omslaan van kostenstijgingen in een ander stelsel anders en beter zou kunnen. Wij hebben er echter voor gekozen dat niet centraal te stellen in dit amendement. Wij vinden in ieder geval dat kostenstijgingen, wat daarvan ook de oorzaak is, naar rato van de sterkste schouders moeten worden omgeslagen. Op dit punt zullen wij niet van mening verschillen.

Mevrouw **Kant** (SP): Het verschil is dat uw fractie ook in het nieuwe stelsel nominale premies, die voor iedereen gelden en dus de laagste inkomens meer treffen, op grond van concurrentieoverwegingen wel wil invoeren.

De heer **Bos** (PvdA): Wij hebben steeds duidelijk gemaakt dat het gaat om een nominale premie die vergelijkbaar is met wat wij in het huidige stelsel kennen. Nu is echter sprake van een expliciete verhoging die niets te maken heeft met gestegen kosten. Het is een verhoging die vooruitloopt op een stelselwijziging. Dat vinden wij een verkeerde prioriteit met verkeerde gevolgen.

Mevrouw **Kant** (SP): Door uw amendement gaan de huidige nominale premies toch nog behoorlijk stijgen. In mijn amendement is dat niet het geval. Ik zal uw amendement steunen. Steunt u ook mijn amendement?

De heer **Bos** (PvdA): Wij zullen goed naar uw verhaal luisteren.

Bij de huidige stand van zaken in de zorg zijn er nog twee andere punten van invloed op de koopkracht die ik aan de orde wil stellen en waarop ik het commentaar van de regering vraag. Ten eerste is er sprake van dat vanaf 1 januari 2003 maagzuurremmers en cholesterolverlagers niet langer worden vergoed. Wat betekent dat voor de koopkracht van de betrokkenen? De tweede vraag is: waarom acht de minister het nodig om de aftrek van € 340 per jaar te laten vervallen die van belang is voor bewoners van woonvormen voor lichamelijk gehandicapten en de regionale instellingen voor beschermd wonen, de zogenaamde RIBW's? Voor deze toch al meer kwetsbaren in de samenleving

betekent dit namelijk een koopkrachtdaling van 10%.

Ik begon mijn betoog met erop te wijzen dat het slechte nieuws rond de Nederlandse gezondheidszorg niet alleen gaat over de te lange wachtlijsten en de te hoge kosten, maar ook over de kwaliteit van de zorg. Met name de inschakeling van privéklinieken roept bij ons die vragen op. Wij denken dan met name aan de bevindingen van de inspectie in Zuid-Holland, waar bij het bezoeken en inspecteren van een aantal privéklinieken zelfs werd gesproken over "calamiteiten". Is het niet verstandig en in het belang van de consument om meer openheid te betrachten bij wat er precies in die klinieken aan de hand is en om welke klinieken het gaat, zodat mensen ook op goede informatie gebaseerde keuzes kunnen maken? Is er volgens de minister sprake van een breder patroon? Gaat het ook elders mis, als het in Zuid-Holland misgaat? Weten wij eigenlijk wel hoeveel van dergelijke klinieken er in Nederland zijn? Wij vermoeden dat het antwoord op die laatste vraag ontkennend is; dat wij dat niet weten, doordat de vergunningplicht, zoals die nu geldt, gaten vertoont. Hierdoor is het niet mogelijk – en dan denk ik met name aan eenmanspraktijken en maatschappen – om een volledig zicht te krijgen op de wereld van de privéklinieken. De publieke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg betekent dat de politiek op zijn minst in staat moet zijn om controle uit te oefenen; ook als zaken binnen privéklinieken plaatsvinden. Komt de manier waarop toezicht en inspectie op dit moment met name via de vergunningplicht geregeld zijn, wel tegemoet aan wat wij van de minister mogen verwachten uit hoofde van diens publieke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in Nederland?

De heer **Wilders** (VVD): Wij hebben de afgelopen dagen helaas aan het afschuwelijke drama in Utrecht kunnen zien dat het maken van fouten in de zorg niet is voorbehouden aan privéklinieken. Is de heer Bos ook niet van mening dat wij, juist nu wij meer aanbod moeten hebben en juist vanwege de huidige schaarste, een enorme slag zouden kunnen slaan voor een nieuw stelsel? Hebben wij die ZBC's, privéklinieken die aan de criteria voldoen en aan

Bos

zowel ziekenfonds- als particuliere patiënt kunnen worden vergoed, niet hard nodig? Moeten wij niet juist wat soepeler zijn bij het toelaten van die ZBC's om ze in die kwaliteitsslag te halen?

De heer **Bos** (PvdA): Als de heer Wilders goed naar mij had geluisterd, had hij gehoord dat ik mij niet uitspreek tegen de aanwezigheid of het gebruik van privéklinieken. Ik zeg echter dat als wij die inschakelen – wij erkennen die maatschappelijke realiteit ook – ten behoeve van de publieke verantwoordelijkheid van het gehele systeem van gezondheidszorg in Nederland, wij dan ook vinden dat diegenen die daarvoor publieke verantwoording moeten afleggen, de bewindspersonen en wij allen in onze controlerende rol, minstens zicht moeten hebben op wat daar gebeurt. Als dat niet het geval is, dan kunnen wij daar geen verantwoording over afleggen. Wij menen te kunnen constateren dat het overzicht er op dit moment niet is. Daarom beginnen we gewoon bij het begin en vragen we de minister of hij het met ons eens is dat dit niet goed is geregeld en hoe hij dit denkt te verbeteren.

De heer **Wilders** (VVD): Dank voor dit heldere antwoord. Maar als die transparantie naar behoren is geregeld, bent u dan met mij van mening dat het gewenst is om de toetreding van privéklinieken eenvoudiger te maken?

De heer **Bos** (PvdA): Dat wil ik helemaal laten afhangen van de taken waar de privéklinieken voor nodig zijn en de mate van toezicht die daarop mogelijk is. Ook mag dit de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen met wat minder geld niet in gevaar brengen.

De heer **Wilders** (VVD): Het zal niemand met minder geld in gevaar brengen, want nogmaals: als ze aan de criteria voldoen, dan staan ze open voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Maar meende u het toen u opmerkte dat u de schaarste wilt opheffen en bent u in dat geval net als ik bereid om te bekijken hoe wij op een verantwoorde manier die ZBC's een grotere rol kunnen geven?

De heer **Bos** (PvdA): Ik ben bereid met u naar alles te kijken waardoor

een toegankelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg voor iedereen in Nederland beschikbaar komt. Het gaat erom – en dat is misschien de bron van het misverstand tussen u en mij – dat het begrip "zelfstandig behandelcentrum" op zichzelf niet geheel dekkend is voor wat op dit moment in de privésfeer gebeurt. Mijn vraag is of dit een wenselijke situatie is en of wij niet moeten streven naar een systeem waarin wij zicht krijgen op alles wat gebeurt in plaats van slechts op een deel. Deze vraag is ook gebaseerd op de indruk die wij krijgen aan de hand van bijvoorbeeld de bevindingen van de inspectie Zuid-Holland.

De heer **De Graaf** (LPF): U zegt dat op de zelfstandige behandelcentra of in elk geval de privéklinieken veel is aan te merken. Bedoelt u dat de kwaliteit niet deugt? Bedoelt u dan ook dat de kwaliteit zo goed zou moeten zijn, ondanks het feit dat zij geen normale tarieven kunnen berekenen en dus geen integrale kostprijs kunnen berekenen?

De heer **Bos** (PvdA): Ik heb mijn stelling toegelicht aan de hand van de bevindingen van de inspectie in Zuid-Holland. Er wordt letterlijk gesproken over calamiteiten op het moment dat men de inspectie verricht en bevindingen heeft in privéklinieken. Dat betekent dus niet dat er niets aan de hand is. Ik stel aan de bewindslieden de vraag of zij vinden dat consumenten een recht hebben om precies te weten wat er aan de hand is, zodat zij een geïnformeerde keuze kunnen maken of zij het verantwoord vinden om naar zo'n kliniek te gaan. Ik stel meer in het algemeen de vraag of sprake is van een breder patroon waarover wij ons zorgen moeten maken en of wij er voldoende zicht op hebben. Dit alles is in de vragende vorm gesteld, omdat ik graag de minister de kans geef om te vertellen dat ik het mis heb.

De heer **De Graaf** (LPF): Bent u het dan met mij eens dat wij de zaak met de ZBC's goed moeten regelen, zodat de problemen die u hier opwerpt, achter de rug zijn en de ZBC's een waardevolle aanvulling kunnen zijn bij het wegwerken van de wachtlijsten?

De heer **Bos** (PvdA): Zoals de heer

Wilders zei, worden ZBC's al gebruikt om wachtlijsten weg te werken. Ik ben er verder niet helemaal zeker van dat u onder "goed regelen" hetzelfde verstaat als ik. Mijn vraag is juist of dat wat niet onder de ZBC's valt en waar wij dus minder zicht op hebben, zo'n grote groep betreft en of wij wat daar voorkomt, zo'n comfortabele situatie vinden. Nogmaals, alles is in vragende vorm gesteld omdat ik graag het debat daarover voer zonder al te veel vooringenomen standpunten te ventileren.

De heer **De Graaf** (LPF): Ik zal straks proberen het antwoord te geven.

Mevrouw **Kant** (SP): Met het risico dat ik te veel de avond gebruik onder het mom van "markeer de verschillen", wil ik toch een vraag stellen. De PvdA vindt dat privéklinieken een rol kunnen blijven spelen in de Nederlandse gezondheidszorg bij het wegwerken van de wachtlijsten en het zorg bieden. Iedereen die zorg biedt en daaraan een bijdrage levert, ik vind het prima! Vindt de PvdA-fractie echter ook dat in de zorg winstoogmerken, die de privéklinieken hebben, mogen blijven bestaan?

De heer **Bos** (PvdA): Ik ben er bepaald niet van overtuigd dat die bijdragen aan een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar die privéklinieken hebben een winstoogmerk.

De heer **Bos** (PvdA): Ja, maar zij worden ingeschakeld ten behoeve van het publieke belang en blijken op dat moment ook te kunnen bijdragen daaraan. Het is geen ongecontroleerde inbreng. Het hangt ervan af hoe je het organiseert, maar het betekent niet per se dat de toegankelijkheid in gevaar komt. De heer Wilders gaf terecht het voorbeeld dat het ook kan gaan om ziekenfondsverzekerden die via ZBC's geholpen worden. De toets voor ons zal altijd zijn of een kwalitatief goede gezondheidszorg beschikbaar blijft, ook voor mensen met lage inkomens.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is niet mijn vraag. Mijn vraag is of die privéklinieken met winstoogmerken ook een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheidszorg en of het winstoog-

Bos

merk in de zorg als zodanig mag blijven bestaan. Het is een heel principiële vraag.

De heer **Bos** (PvdA): Ik weet wat uw vraag is. Mijn antwoord is dat ik bereid ben om alles serieus te nemen wat bijdraagt aan een goed toegankelijke gezondheidszorg, juist ook voor de mensen met lage inkomens. Als het inschakelen van ZBC's op de manier waarop het nu gebeurt, die doelstelling dichterbij brengt, ook als bij de ZBC's sprake is van een winstootmerk, vind ik dat zeer zeker bespreekbaar.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Daarmee mogen wij concluderen dat u op zichzelf geen bezwaar heeft tegen instellingen met een winstootmerk in de gezondheidszorg? Het maakt u niet uit of zij wel of niet een winstootmerk hebben?

De heer **Bos** (PvdA): Het maakt mij uit of zij bijdragen aan een betere gezondheidszorg en kortere wachtlijsten, juist voor de mensen die daarvoor het minste geld beschikbaar hebben. Dat is het enige wat ik relevant vind.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik begrijp wel dat het u iets uitmaakt, maar mijn vraag is of het u ook uitmaakt of zij een winstootmerk hebben. Het maakt ons namelijk wel uit.

De heer **Bos** (PvdA): Dat is duidelijk. Maar u vindt het kennelijk verdedigbaar om wachtlijsten langer te laten zijn en niet snel op te lossen, omdat u op dát punt een probleem heeft. Ik constateer, in lijn ook met de bijdragen van Rob Oudkerk van de afgelopen jaren, dat het allerbelangrijkste dat ons op dit moment te doen staat, het omlaag brengen van de wachtlijsten is. Er zijn de afgelopen jaren door de Partij van dat Arbeid verscheidene malen initiatieven naar voren gebracht om de wachtlijsten op te lossen, bijvoorbeeld door over te gaan tot een vorm van aanbesteding waaraan ook privéaanbieders mee zouden mogen doen. Waar het om gaat, is of je de wachtlijsten omlaag brengt; dat vind ik de belangrijkste toets die wij steeds weer zullen aanleggen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dan concludeer ik toch dat u van mening bent dat het op dit moment

niet belangrijk is of zij wel of geen winstootmerk hebben, omdat u een andere prioriteit stelt.

De heer **Bos** (PvdA): Als u dat concludeert, concludeer ik dat u het kennelijk niet belangrijk vindt of de wachtlijsten omlaaggaan.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. De partijen die dit kabinet vormen, hebben bij de vorige verkiezingen de aanpak van de wachtlijsten tot een verkiezingsitem gemaakt en terecht. Met het aantreden van dit kabinet zouden de wachtlijsten binnen afzienbare tijd worden aangepakt. In de korte periode die dit kabinet aan het roer stond, hebben wij weinig gezien dat doet geloven dat deze belofte waarheid is geworden. Sterker nog, er wordt zelfs teruggekomen op eerder gemaakte afspraken en toezeggingen.

Uit een vorige week verschenen onderzoeksrapport bleek dat de wachttijden voor radiologie toch langer worden. Patiënten met kanker hebben geen tijd om te wachten op verkiezingen en een nieuw kabinet. Welke maatregelen neemt het kabinet nú om straks erger te voorkomen?

In dit verband verkrijg ik ook graag een reactie van de minister op de aangekondigde bezuiniging van 2,5% op het Nederlands Kanker Instituut van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Hoe valt deze bezuiniging te rijmen met de laatste cijfers over de wachtlijsten voor kankerpatiënten?

Welk beleid heeft het inmiddels demissionaire kabinet ingezet ten aanzien van de wachtlijsten en vooral de wachttijden voor de verschillende sectoren? Welke nieuwe en vernieuwende, aanvullende maatregelen heeft het kabinet genomen om de groei van de zorgvraag op te vangen? Denk aan de vergrijzing.

In de antwoorden op vragen over de zorgnota wordt voor wat betreft meetbare doelen verwezen naar een volgend kabinet. Wij hebben begrepen dat VVD en CDA vinden dat zij ook samen wél door kunnen. Veel zal het nieuwe regeerakkoord dan niet veranderen. Dan moet het toch mogelijk zijn nu al antwoord te geven op deze vragen?

Er blijkt een grote spreiding te bestaan in wachttijden. Voor bijna

ieder specialisme is het mogelijk om in de eigen regio binnen de Treek-normen te worden behandeld. In hoeverre zijn verzekeraars in staat om mensen ook daadwerkelijk binnen de norm te laten behandelen? Zijn er verschillen tussen verzekerde populaties te zien in de mate waarin mensen binnen de Treek-norm behandeld worden? Met andere woorden, is er verschil in kwaliteit van zorgverzekeraars?

Voorzitter. De aanpak van de wachtlijsten staat niet los van de beschikbaarheid van personeel. Ook hier doet dit kabinet het voorkomen dat het een aantal resultaten heeft bereikt. Waar het vorige kabinet erop ingezet heeft om de knellende problemen op de arbeidsmarkt op te lossen, draait dit kabinet dit terug. Er heerst een grote onrust bij veel werkers in de zorg. Van de eerder aangenomen moties en amendementen en van de afspraken is weinig terechtgekomen. Toezeggingen worden niet nagekomen. Het veld ervaart de overheid als de meest onbetrouwbare partner en VWS spant de kroon. Ik zou graag van een aantal concrete problemen dat nu urgent is, voorbeelden noemen en daar ook graag een antwoord van met name de minister op hebben.

Eerst het opleidingsfonds voor verpleegkundigen. Daar hebben wij een motie over ingediend die kamerbreed werd aangenomen. Ik hoor dat er 40% van de opleidingsplaatsen minder is dan gepland. Terwijl de Kamer zich er in december 2001 over uitsprak, heeft besluitvorming hierover pas in mei van dit jaar plaatsgevonden. Reden: gesteggel over het tijdstip van de nulmeting. Mij interesseert maar één ding: hoe krijgen wij zo snel mogelijk voldoende personeel? Graag verneem ik de laatste stand van zaken.

Dan de medisch specialisten. Voor dit punt heb ik ook aandacht gevraagd in het mondelinge vragen-uur. Morgen gaan de academische ziekenhuizen staken – een prestatie van dit kabinet, want het is voor het eerst dat de academische ziekenhuizen staken. 8000 patiënten zullen morgen niet worden geholpen. Er is een akkoord gesloten, maar de financiële middelen ontbreken. Realiseert deze minister zich wat de gevolgen van het uitblijven van een betere honorering betekent voor de zorg, de opleidingen en vooral de topreferente patiëntenzorg?

Arib

De heer **Buijs** (CDA): Ik deel uw zorg met betrekking tot de academische ziekenhuizen volledig, maar wil graag weten welke oplossing u voor ogen heeft. Anders gezegd: welke financiële middelen heeft u in uw broekzak?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wijs u erop dat het probleem al jarenlang speelt. Het bestaat ervan wordt erkend. Verder wijs ik erop dat de vorige minister reeds heeft gezegd dat dit probleem moet worden aangepakt. Ik ben het wel met u eens dat elke oplossing gepaard moet gaan van een dekking, maar in dit geval zeg ik: het spijt mij zeer. Elke keer wordt namelijk bezuinigd op de zorg. Dit kabinet heeft veel geld over voor het bevorderen van de veiligheid en voor meer repressie. Dan zeg ik: er moet ook iets voor de zorg worden gedaan. Het bevorderen van de veiligheid gaat namelijk verder dan alleen maar zorgen voor meer politie op straat. Veiligheid heeft ook te maken met de beschikbaarheid van medische specialisten en ambulances. Ook hiervoor moeten extra middelen worden uitgetrokken.

De heer **Buijs** (CDA): Het lijkt er nu op dat u mij aanvalt, terwijl ik de hoop had dat u mij zou helpen en dat u samen met mij het probleem wilde oplossen. Daarom stelde ik de vraag.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Eerst wil ik van de minister horen op welke manier hij de eerdere toezegging wil nakomen. Als hij nog niets heeft gedaan, wil ik graag zoeken naar financiële middelen voor het oplossen van dit probleem, maar nogmaals, ik vind dat dit kabinet zijn verantwoordelijkheid dient te nemen en dat het niet alles door het veld moet laten doen.

De heer **Wilders** (VVD): Voorzitter. Dit is echt een goedkoop nummertje en nog wel eentje van de eerste orde. Hier kan mevrouw Arib echt niet mee weggomen. Mevrouw Arib, het is interessant om te merken dat u de grote verdediger bent van de specialisten van de academische ziekenhuizen. Dat siert u. Echter, u kunt niet het kabinet verwijten dat het onvoldoende aan het probleem doet, terwijl u zelf nog niet voor € 1 dekking aangeeft. Ook op de antwoorden van collega Buijs geeft u niet thuis. Daarom moet u of uw

mond houden of een voorstel doen en dan boter bij de vis leveren, namelijk uw voorstellen gepaard laten gaan van een dekking. Als u dat niet doet, bent u veel te vrijblijvend bezig.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Als het antwoord van de minister niet voldoende is, wil ik graag zelf met een dekking komen. Ik wijs u er echter op dat ik niet een nieuw probleem naar voren breng. Dit is iets wat al jaren speelt. Ik ben geen verdediger van de medische specialisten van academische ziekenhuizen. Waar het hier om gaat is de concurrentie tussen academische ziekenhuizen en algemene scheefgroei. Vroeger was het verschil nog groter. Vorige kabinetten hebben elke keer voor extra geld gezorgd. Dat zou ook nu moeten, maar wat dit kabinet doet is de eerdere toezegging niet nakomen. Daarop spreek ik dit kabinet aan. Als het niet in staat is om dit probleem op te lossen, zal ik zelf met een dekking moeten komen. Daarin heeft u gelijk.

De heer **Wilders** (VVD): Mij lijkt dat u daar meteen mee kunt komen. U zegt zelf dat de PvdA-fractie al jaren heeft kunnen nadenken over de dekking, want volgens u is het probleem niet gisteren ontstaan. Komt u dan ook met een dekking. Maar goed, laat ik u aan uw woord houden: in de tweede termijn komt de fractie van de Partij van de Arbeid met een dekking voor de financiering van de specialisten van de academische ziekenhuizen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ja.

De heer **Wilders** (VVD): Ik ben zeer benieuwd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik reken op uw steun voor ons voorstel voor de dekking.

Voor het ambulancevervoer geldt hetzelfde. Hierover heeft de Kamer uitgebreid gesproken. Er zou een spreidingsplan komen. Eerst zou het er in juni zijn, daarna in november, maar het is er nog steeds niet. Ik hoorde dat er ondertussen wel overleg is geweest en dat de problemen zijn opgelost. Ik wil echter graag weten wat de oplossingen inhouden. Bij het ambulancevervoer ging het namelijk om extra geld en de regio. Is er nu extra geld voor het

uitvoeren van het spreidingsplan en is het probleem van de aansturing van de ambulances opgelost? Of wordt die oplossing uitgesteld totdat er een volgend kabinet is?

Hetzelfde geldt voor de verloskundigen. Er zijn met betrekking tot de verloskundigen afspraken gemaakt tussen Zorgverzekeraars Nederland en KNMG. Er is overeenstemming bereikt over de invoering van de tarieven voor zorg in de achterstandswijken. Voor verloskundigen zou er verder regionale ondersteuning komen en de kwaliteit van de verloskundigenzorg zou worden verbeterd. Ook op dit punt blijkt het ministerie van VWS op zijn toezegging terug te komen.

Voor de huisartsen geldt precies hetzelfde. De premielasten van huisartsen voor verzekeringen tegen arbeidsongeschiktheid zouden in de tarieven worden doorberekend. Toegezegd is dat de werkelijke premielasten zullen worden gecompenseerd. De algemene herijking van het norminkomen zou ter hand worden genomen. Ook met betrekking tot de vergoeding voor praktijkkosten zijn verwachtingen gewekt. Het zou dit kabinet sieren als het de op dit dossier gewekte verwachtingen zou waarmaken. Nu kijk ik ook in de richting van de heer Wilders, overigens, niet om hem te provoceren.

De heer **Wilders** (VVD): Wij zijn het met mevrouw Arib eens dat het probleem van de huisartsen snel moet worden opgelost. Ik zal het in mijn termijn ook aan de minister vragen. In dit geval geldt echter wederom dat met de praktische component van de huisartsen 190 mln gemoeid is. Wij zorgen daar graag voor. Mevrouw Arib roept ertoe op. Nu kan de PvdA-fractie dit in haar verkiezingsprogramma regelen en erop terugkomen bij de formatie als zij het geluk heeft daaraan mee te doen. Of zij komen nu met een voorstel.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Als ik nu uit mijn mouw schudde dat er geld voor de huisartsen en de ambulances moest worden uitgetrokken, had mijnheer Wilders recht van spreken. Ik heb het nu echter over de betrouwbaarheid van de overheid en van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Over de afspraken met hen hebben wij in de Kamer uitgebreid gesproken. De

Arib

vorige minister heeft gezegd dat zij die zou nakomen. Nu wordt er echter op teruggekomen. Vindt de heer Wilders dat normaal?

De heer **Wilders** (VVD): Waar wordt concreet op teruggekomen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er zou 8 mln worden vrijgemaakt voor de verloskundigen. Dat is ons toegezegd. Dat is afgesproken. Nu wordt er gestecheld in de zin dat zij nu een deel krijgen en later het andere deel, omdat er geen geld is. Hierop wil ik het kabinet aanspreken. Als een burger zijn afspraak niet nakomt of een rekening niet betaalt, krijgt hij een deurwaarder aan de deur, maar kennelijk kan de overheid volgens de heer Wilders zich alles permitteren.

De heer **Wilders** (VVD): Ik kan een heel eind met mevrouw Arib meegaan. Ik verwacht echter gewoon dat zij een amendement indient voor de besteding van die 8 mln en de dekking ervan. Dan kunnen wij beoordelen of wij het met haar en met de dekking eens zijn en dan komen wij verder. Met haar geroep voor de bühne schiet geen verloskundige, huisarts of specialist iets op.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dan onderschat de heer Wilders de onrust en de problemen die nu in de zorgsector spelen bij met name de beroepsgroepen die ik net heb genoemd. Die groepen zijn uitgegaan van de moties en amendementen die de Kamer heeft aangenomen en van de toezeggingen die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn gedaan. Daarop wordt nu teruggekomen. Daarop spreek ik het kabinet alleen aan. Dat is kennelijk te veel, maar ik wil er een reactie op krijgen. Ik zeg niet dat er extra geld voor moet worden uitgetrokken, maar dat die beloften moeten worden nagekomen.

De heer **De Graaf** (LPF): Wie heeft die beloftes dan gedaan? Dat is toch het vorige kabinet geweest? Daar maakte u toch deel van uit? Toen was er toch zoveel geld? Dit is toch het eerste jaar dat wij moeten bezuinigen, omdat er geen geld is? U staat een tirade te houden over de problemen die uw partij zelf mede heeft gecreëerd. Bedenkt u dat nu eens.

De heer **Arib** (PvdA): De Kamer heeft destijds de acties van de huisartsen en de verloskundigen breed gesteund. Ook de PvdA heeft dat gedaan. Bepaalde problemen hadden inderdaad veel eerder moeten worden aangepakt en opgelost. Dingen zijn te lang blijven liggen onder de vorige minister van VWS. Er zijn verkiezingen geweest. Uw partij heeft gezegd dat binnen twee jaar de wachtlijsten en de bureaucratie zouden worden aangepakt. U heeft nu de ruimte. U heeft nu de meerderheid in de Kamer, maar u regelt het niet.

De heer **De Graaf** (LPF): Dat zegt u, maar wij zullen dat wel regelen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Waar?

De heer **De Graaf** (LPF): Er was dus een meneer die enige tijd geleden de stekker eruit trok.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat is uw probleem, maar daar hebben de mensen in de zorg weinig aan.

De heer **De Graaf** (LPF): Wij zijn nog steeds bezig om dat goed op de rails te krijgen. Die stelselwijziging is ons inziens de enige oplossing om alle problemen het hoofd te bieden. Er zijn inderdaad te weinig dokters, er is te weinig geld en er zijn te weinig verpleegkundigen. Er is van alles te weinig, maar dat is allemaal te wijten aan de vorige kabinetten, aan Paars I en II.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dus u bent het met mij eens dat dit nu opgelost moet worden?

De heer **De Graaf** (LPF): Wij gaan dit oplossen. Maar als je er acht jaar aan gewerkt hebt om het vast te laten lopen, dan kunnen wij het natuurlijk niet in zes maanden in orde maken. Dat begrijpt u ook wel.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Voorzitter. Ik wil reageren op hetgeen de heer De Graaf zegt.

De **voorzitter**: Nee, ik geef u daartoe geen gelegenheid. Daarvoor heeft u uw eigen termijn. U kunt in bescheiden mate de heer De Graaf interrumperen. Maar als wij nu ook nog onderling bij de interruptiemicrofoon gaan praten, zitten wij hier vannacht nog. Ik ben uw dienaar, maar dat wilt u zelf niet.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Al eerder heeft mijn fractie gepleit voor een kleinschaligheidstoeslag, met name voor kleine ziekenhuizen die in financiële problemen dreigen te raken. Er zou een fonds worden ingesteld, maar daarover hebben wij helaas weinig gehoord. Ik zou graag daarop een reactie van de minister willen hebben.

Vorige week donderdag is de Volksgezondheidstoekomstverkenning 2002 verschenen. Het RIVM concludeert daarin dat het niet goed gaat met de gezondheid van de Nederlander. In vergelijking met andere Europese landen is de Nederlander de afgelopen jaren een stuk ongezonder geworden. De stijging van de gemiddelde levensverwachting in Nederland blijft achter bij die van andere Europese landen. Jongeren gaan meer roken, meer drinken en minder bewegen. Ernstig overgewicht komt steeds vaker en steeds vroeger voor. In Nederland is de sterfte rond de geboorte nog steeds relatief hoog. Nieuwe infectieziekten verspreiden zich onder bevolkingsgroepen en oude infectieziekten, zoals TBC, steken de kop weer op. Volgens het RIVM is preventie de beste methode om aan die verslechtering een halt toe te roepen. Het RIVM stelt dat een nieuwe preventieaanpak het tij kan keren. Ik zou graag het standpunt van het kabinet over dit rapport willen horen. Daarbij herinner ik aan een toezegging van de vorige minister en aan de kamerbrede wens om het budget voor ZorgOnderzoek Nederland te handhaven. In plaats van extra middelen voor preventie uit te trekken, wordt er op het budget van ZON bezuinigd. Deze bezuiniging is in strijd met eerdere toezeggingen en met de kameruitspraak. Ik vind dat die moet worden teruggedraaid, want de gevolgen ervan zijn desastreus; zie ook de verschillende brieven van patiëntengroepen, zoals die van ME-patiënten. Door de bezuiniging kan er geen wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden naar deze ziekte, waaraan 30.000 patiënten lijden.

In de begroting en in de zorgnota komen de patiënten en de consumenten er erg bekaaid vanaf. In de zorgnota staat dat bij vraaggerichte zorg de positie van de patiënten en consumenten dient te worden versterkt. Het is echter niet duidelijk hoe dat gaat gebeuren en op welke wijze patiënten en consumenten

Arib

worden toegerust om de rol van derde partij op zich te kunnen nemen. Sterker nog, mij hebben signalen bereikt dat er bezuinigd zal worden op het patiëntenfonds. Kloppen deze berichten? De PvdA-fractie wil graag een actieplan zien waarin acties en maatregelen worden aangekondigd om de positie van patiënten en consumenten te versterken. Met name geldt dit voor de cliënten en de GGZ-instellingen op regionaal niveau.

Bij de algemene politieke beschouwingen hebben wij aandacht gevraagd voor de maatschappelijke opvang. Ik beperk mij nu tot de opvang van vrouwen. Uit de Emancipatiemonitor van 2002 van het Sociaal-cultureel planbureau blijkt dat in 2001 ruim 32.000 vrouwen zich hebben aangemeld voor de vrouwenopvang. Daaronder waren veel migrantenvrouwen. Dat waren er 5000 meer dan het jaar daarvoor. Geweld tegen vrouwen, met name in allochtone gezinnen, stond de afgelopen maanden volop in de aandacht. Alle politieke partijen zijn solidair met mishandelde migrantenvrouwen. Het ontbreekt de vrouwenopvang echter aan middelen en capaciteit om deze vrouwen hulp te bieden. Ook in de begroting ontbreken hiervoor middelen. Wij zouden graag een actieplan willen zien, waarin het kabinet aangeeft hoe de hulpverlening bij en de preventie van geweld tegen migrantenvrouwen kan worden aangepakt en hoe de vrouwenopvang financieel kan worden toegerust om deze vrouwen opvang en begeleiding te kunnen bieden.

Vorig jaar heb ik een amendement ingediend inzake een proefregio met betrekking tot kindermishandeling. Er zouden drie regio's worden ingesteld. Daarvoor is nog steeds geen geld beschikbaar. Ik heb hiervoor een amendement ingediend, maar ik zou graag eerst van de staatssecretaris willen horen hoe de stand van zaken is en of zij bereid is die drie regio's te financieren. Hetzelfde geldt voor de wachtlijsten in de jeugdzorg. Het vorige kabinet heeft daarvoor geld gereserveerd, maar daarvan zie ik niets terug.

De antwoorden op mijn vragen over de intensive care vind ik erg onbevredigend. Ik zou graag alle details over de stand van zaken van de intensive care willen horen.

Vanochtend hebben wij een petitie aangeboden gekregen waarin onze

aandacht wordt gevraagd voor de werkdruk en de lage inkomens in de fysiotherapie. Ik zou graag een reactie willen hebben van de minister op de knelpunten in de fysiotherapie. Welke plannen heeft hij om deze knelpunten aan te pakken?

Wij hebben er samen met collega Buijs bij de Gezondheidsraad voor gepleit, dat contactlenzen voortaan alleen nog door optometristen en oogartsen kunnen worden aangemeten. Naast Portugal is Nederland het enige land waar iedereen zich bezig kan houden met het aanmeten van contactlenzen, met alle nadelige gevolgen van dien. Ik hoor graag de reactie van de bewindslieden hierop.

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Arib heeft volledig gelijk. Wij hebben dat punt gezamenlijk aan de orde gesteld. Echter, wat is nu haar vraag aan de minister? Is zij met mij van mening dat de minister dit gewoon moet regelen, net zoals dat is geregeld in andere Europese landen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat was ook ons pleidooi de vorige keer.

De heer **Buijs** (CDA): Prima, want dat scheelt mij weer wat tekst.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil best uw motie op dat punt ondertekenen, als het maar geregeld wordt.

Voorzitter. Ons bereiken signalen dat de stichting Korrelatie minder geld zou krijgen. Ik verneem graag van de minister of dat klopt.

Mijn laatste opmerking betreft het rookverbod. Allerlei berichten komen tot ons, vooral van ouderen in verpleeghuizen en psychiatrische instellingen, dat de handhaving van het rookverbod in openbare ruimtes nog steeds een probleem is. Ik hoor daarop graag de reactie van de zijde van de regering.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik had willen beginnen met iets te zeggen over de perestrojka, maar de vorige sprekers hebben mij zodanig gestimuleerd dat ik anders zal beginnen. In de eerste plaats wil ik mevrouw Arib complimenteren met het feit dat zij in ieder geval geen ongedekte cheques heeft uitgegeven. Dus wat dat betreft hulde. Met haar zijn wij het eens dat de voorgaande periode niet al te succesvol was. Als

wij praten over te weinig geld, dan wil ik er toch even op wijzen dat conform het Strategisch akkoord in de geplande kabinetsperiode meer geld wordt uitgegeven aan de zorg, te weten 9 mld ofwel 15%, dan in de vorige kabinetsperiode.

In tegenstelling tot de heer Bos wil ik mij in mijn bijdrage beperken tot de zorgnota en de begroting. In de Beleidsagenda 2003, welke samenhangt met de begroting en de zorgnota wordt een aantal speerpunten van VWS beschreven. Uitgangspunt is het recht op zorg en sociale rechtvaardigheid, wat vertaald wordt in "het beschikbaar zijn voor voldoende goede en betrouwbare zorg, gericht op preventie, genezing, verpleging en verzorging voor iedereen". Maar, voorzitter, mijn kritiek in algemene zin op deze zorgnota en de begroting is, dat niet precies staat beschreven hoe wij dit willen bereiken, wat wij daarvoor precies gaan doen en wat het mag kosten. De Beleidsagenda stelt verder vast: "Gekeken wordt vanuit de vraag van mensen naar het aanbod van voorzieningen." Op dit moment kunnen wij evenwel allemaal constateren dat het tekortschieten van het aanbod niet de vraag van morgen is. Als wij ons uitsluitend beperken tot een beleidsvisie voor het jaar 2003, dan blijven wij achter de feiten aan lopen, dan blijft het crisismanagement. Ofwel: dan blijven wij met het aanbod achter de vraag aan hollen.

De afgelopen jaren heb ik meerdere malen aandacht gevraagd voor een langeretermijnvisie. In een motie van 6 december 2001, overigens kamerbreed gesteund, werd de regering verzocht een nota chronisch zieken op te stellen voor de periode 2002-2006. De Kamer zou hierover in het voorjaar van 2002 worden geïnformeerd. De minister heeft dat toegezegd; wij wachten er nog steeds op. Ook uit de planningsbrief blijkt niet dat wij er nog dit jaar op mogen rekenen. Ik krijg dan ook graag de toezegging dat die nota zo spoedig mogelijk zal verschijnen. Dat is te meer belangrijk omdat de nota Volksgezondheid toekomstverkenningen 2002 maar ook de rapporten van de Gezondheidsraad duidelijk de waarschuwing bevatten dat, indien wij niet snel genoeg inspelen op de te verwachten prevalentie ofwel de toename van het aantal chronisch zieken, het

Buijs

capaciteitstekort alsmede de wachttijden aanzienlijk zullen toenemen in de komende jaren, wat wij ook doen. Denk aan de sterke toename van dementie, beroertes, hart- en vaatziekten en bijvoorbeeld diabetes.

Voorzitter. Laten we diabetes eens nader bekijken. Er zijn nu 440.000 diabetici bekend, maar er lopen er nog eens 400.000 rond zonder dat ze weten dat zij diabetes hebben. Soms lopen mensen er al vele jaren, soms wel zeven jaar mee rond! In deze jaren kan de ziekte al enorme schade aan het lichaam toebrengen. Dat betekent dat het eerder kunnen opsporen van deze ziekte meer gezondheidswinst zal opleveren en kosten voor de gezondheidszorg zal besparen. Overigens is het ook een onrustbarend gegeven dat ouderdomsdiabetes type 2 op steeds jongere leeftijd voorkomt als gevolg van slechte voedingsgewoonten en minder bewegen. Kortom, diabetes is een ziekte die bij uitstek overheidsingrijpen vereist. Voorlichting aan de jeugd over gezonde voeding, stimuleren van sportactiviteiten, het opsporen van diabetes bij risicogroepen en vooral een goede begeleiding en controle van diabetespatiënten zijn daarom dringend noodzakelijk. Want, zo zou ik willen zeggen, investeren in diabetes loont. Twee weken geleden was het Wereld Diabetesdag. Het CDA is dan ook van mening dat dit een uitstekend moment is om de regering te verzoeken een beleidsplan op te stellen voor voorlichting, vroegtijdige opsporing en goede begeleiding van diabetes. Ik wil daarover graag een toezegging hebben. Ik refereer in dit kader aan de schriftelijke vragen die mevrouw Terpstra van de VVD daarover onlangs heeft gesteld.

Voorzitter. Ik kom bij de preventie. Het wordt algemeen onderkend dat sterke inzet op preventie de meeste gezondheidswinst zal opleveren. In de beleidsnota wordt dit overigens onderkend. Daar staat: "Preventie is in het aanbod een essentieel onderdeel." Maar, zeg ik kritisch, zowel in de zorgnota als in de begroting wordt nagelaten dit te vertalen in concreet beleid.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De woorden van de heer Buijs zijn me uit het hart gegrepen. Ik wacht met smart op voorstellen van de heer Buijs op dat punt.

De heer **Buijs** (CDA): Die komen eraan.

Mevrouw **Kant** (SP): Gaat u voorstellen doen om het budget voor preventie uit te breiden, met een dekking?

De heer **Buijs** (CDA): U zult er nader van horen, mevrouw Kant. Wij moeten af van het gegeven dat vet eten cool is en dat een appel een watje van je maakt. Ik ben het daar helemaal mee eens. Nogmaals, als u nog even geduld hebt, zal ik u dadelijk een voorstel doen toekomen.

Voorzitter. De CDA-fractie is van mening – daar komt het al, mevrouw Kant – dat het preventieprogramma van ZONMw 2003-2007 zo snel mogelijk van start moet gaan. Mevrouw Arib refereerde daar ook aan. Kennelijk bestaat er enige onduidelijkheid over het budget en de werkwijze van ZONMw, maar niet bij mij. Dit belangrijke onderzoeksinstituut met vooral preventieprogramma's maar ook andere projecten is in 1998 opgericht, onder andere vanuit het Preventiefonds. De financiering werd eerder vanuit de AWBZ overgeheveld naar de begroting van VWS. Overigens kunnen daar ook rechten aan ontleend worden, maar dit terzijde. Er werden bindende afspraken gemaakt. Tijdens het debat over het Strategisch akkoord werd overeengekomen – zoals mevrouw Van Geen zich nog wel zal herinneren – en in een stemverklaring door mij uitgesproken namens drie partijen, dat het subsidieplafond van ongeveer 40 mln euro zou worden ontzien. Ik zeg dat nog eens met nadruk in deze Kamer. We hebben begrepen dat het subsidiebedrag van 28 mln euro voor 2003 op dit moment voldoende is om de lopende projecten uit te voeren, maar voor de jaren erop zal het budget geleidelijk oplopen tot het plafond van 40 mln euro. Mede gelet op het belang van preventie wil het CDA dan ook dat de regering opdracht geeft voor de ontwikkeling van reeds ingediende en goedgekeurde projecten van ZONMw. Ik zeg het met nadruk, want dit is de eerste stap die moet worden gezet. Wil de regering ook nog eens bevestigen dat na 2003 het budget niet verder kan oplopen dan de eerder afgesproken 40 mln euro? De winst als gevolg van een goede preventie zal een veelvoud zijn van deze 40 mln

euro. Onnodige ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen. Dit is voor het CDA de reden dat we in de toekomst een duidelijker financiële borging willen aanbrengen en ZONMw willen financieren vanaf 2004/2005, bijvoorbeeld uit de Rijksbijdrage sectorfonds. Ik wil gaarne een toezegging hebben van de regering.

Ik merk ten slotte met betrekking tot preventie op dat destijds in deze Kamer een motie van de CDA-fractie is verworpen. Gelukkig is de motie-Werner in de Eerste Kamer wel aangenomen. In deze motie ging het om een bedrag van 15 mln euro dat nodig zou zijn om een preventiebeleid ten aanzien van roken in gang te zetten. Dat was de voorwaarde waaronder de Eerste Kamer de Tabakswet goedkeurde. Ik heb die 15 mln euro echter nergens terug kunnen vinden. Waar is dat geld gebleven? Heeft de Eerste Kamer zich niet laten bedotten door onder die voorwaarde de Tabakswet goed te keuren?

Mevrouw **Van Geen** (D66): In de stemverklaring waarop u duidt, sprak u het volste vertrouwen uit over de plannen van de regering om ZonMw volledig ruimte te geven om het belangrijke werk te doen. Komt u daar nu teleurgesteld van terug? Bent u teleurgesteld in de regering? Heeft u spijt van uw vertrouwen van toen of moet ik dat anders interpreteren?

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb over het algemeen een vrij evenwichtige gemoedstoestand, dus geen van deze gevoelens komt mij bekend voor. Ik ben met u in verwarring gebracht doordat de regering de stemverklaring die ik ter toelichting van het Strategisch akkoord namens de LPF, de VVD en het CDA mocht uitspreken, blijkbaar niet heeft begrepen. Dat kan een misverstand zijn. Ik geef de regering nu de kans om het goed te maken.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Of had u een misplaatst vertrouwen in deze regering?

De heer **Buijs** (CDA): Ik wijs op de daadkracht van deze regering. Mijn vertrouwen is zeer groot. Ik denk dat wij eindelijk de sturing in de zorg in beweging zetten en dat wij eindelijk een keer iets doen, na een jarenlange stilstand.

Buijs

Mevrouw **Van Geen** (D66): Uw vertrouwen is heel groot, maar misschien toch wel misplaatst?

De heer **Buijs** (CDA): U moet mij geen woorden in de mond leggen. Ik denk dat u meer aarzelt dan ik. Ik aarzel niet. Ik breng het hier duidelijk naar voren.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben erg ingenomen met uw inzet ten aanzien van ZonMw, maar mijn vraag over preventie ging over meer dan dat. Ik ben blij met uw mooie woorden en denk dat wij het met een kamer-meerderheid ook wel zullen redden. Ik ben het met u eens dat preventie voorkomen is en dat daar heel veel winst mee te halen valt in de zorg, maar u weet dat de "public health"-sector om een verdubbeling van het budget vraagt. Als wij daadwerkelijk iets willen doen aan preventie, is hetgeen u te bieden hebt, echt onvoldoende.

De heer **Buijs** (CDA): Ik weet niet waar u op doelt, maar ik kan even uitleggen wat ik bedoel. Ik denk dat onze meningen niet veel van elkaar verschillen. Als je de komende tijd goed in preventie wilt investeren, zul je eerst goed onderbouwde voorstellen moeten ontwikkelen. Daar gaat het nu om. U weet dat ik er ieder jaar weer op teruggekomen ben: investeren in preventie loont. Het brengt duidelijk iets op. Daar is geen twijfel over. Voordat je echter grootschalige preventieprogramma's in dit land kunt introduceren, moet je ze eerst ontwikkelen. Laten wij deze dus eerst ontwikkelen. Ik ben uw maatje als het er in de toekomst om gaat, meer geld uit te geven voor bepaalde zaken waarvan de baten duidelijk aantoonbaar zijn. Ik heb altijd gepleit voor meer geld voor preventie.

De **voorzitter**: Ik onderbreek even voor een huishoudelijke mededeling. Ik neem aan dat de leden en de toeschouwers op de publieke tribune er geen bezwaar tegen hebben dat ik bij hoge uitzondering de minister, die geen avondeten heeft kunnen nuttigen, toestemming heb gegeven om in de zaal een broodje te eten. Ik hoop dat onze altijd aanwezige vrienden met hun camera's daar geen flauwe opnames van maken, want de minister heeft geen avondeten kunnen nuttigen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb net gezegd dat het om 15 mln euro ging. Daar heb ik de regering naar gevraagd. In de Eerste Kamer is de Tabakswet aangenomen onder de voorwaarde dat deze motie van het CDA zou worden uitgevoerd.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is gevaarlijk om het zo gemakkelijk af te doen. Er is nu al veel en veel meer mogelijk. Er zijn veel meer ideeën en er zijn veel meer projecten op het gebied van preventie waar geld in geïnvesteerd kan worden. Onderzoeken zijn ontzettend belangrijk, maar ook nu kan er al veel meer gedaan worden. U hebt heel grote woorden gebruikt, ik had meer van u verwacht als het gaat om de uitbreiding van budgetten voor preventie.

De heer **Buijs** (CDA): Tjonge, tjonge, neemt u mij niet kwalijk! Ik heb het niet alleen over onderzoeken gehad. Ik heb ZonMw genoemd, maar ZonMw voert ook projecten uit. Wij hebben in deze Kamer meerdere keren moties aangenomen inzake bepaalde projecten in het kader van verpleging en verzorging. Wij hebben nota bene een motie aangenomen in het kader van de ziekte ME, die brede ondersteuning vond in deze Kamer. Dat zijn allemaal projecten die op dit moment in uitvoering zijn door ZonMw. Als u mij morgen een goed preventieprogramma kunt aanreiken met uitvoeringsrichtlijnen en cijfers, dan wil ik graag met u daarover denken. Laat eerst een wetenschappelijk instituut iets ontwikkelen en laten wij eerst kijken waar die 15 mln euro gebleven zijn in het kader van de Tabakswet! Men zal van mij niet horen dat ik niet aan de zijde sta van degene die vraagt om meer geld in de toekomst voor daadwerkelijke, actieve preventie.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het helemaal eens met de heer Buijs. ZonMw moet de middelen krijgen, zoals afgesproken. Ik ben graag bereid een motie van de heer Buijs hieromtrent mee te ondertekenen. Ik heb zelf ook een motie voorbereid. Preventie is echter meer dan alleen onderzoek. Dat moet sowieso worden geregeld. De heer Buijs zegt ook dat er eerst projecten en plannen moeten zijn alvorens gesproken kan worden over een eventuele verhoging van het budget.

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw Arib weet dat er al projecten klaarliggen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wij hebben in mei of juni van dit jaar de Wet op de collectieve preventie vastgesteld in de Kamer. Daarover zijn besluiten genomen. Daarbij krijgen de gemeenten meer verantwoordelijkheid inzake preventie. Met name de GGD heeft daarin een cruciale rol. Het zijn juist de GGD en de gemeente die op dit terrein een actieve rol kunnen spelen. Zij pleiten voor verhoging van het huidige gezondheidsbudget van 2% naar 4%. Deelt de heer Buijs die aanbeveling?

De heer **Buijs** (CDA): Ik beoordeel iedere vorm van preventie graag op het project dat voorligt. Ik wil vervolgens bekijken of het project een toegevoegde waarde heeft. Ik pleit niet zomaar voor extra geld voor de GGD omdat er preventie moet zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Zij hebben reeds plannen. Het gaat om het geld.

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil besluiten op grond van goede voorstellen. Dan kan mevrouw Arib mij aan haar zijde vinden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik trek hieruit de conclusie dat het CDA bereid is om het gezondheidsbudget te verhogen van 2% naar 4%, ten behoeve van de plannen en de projecten van de GGD en de gemeente.

De heer **Buijs** (CDA): Ik zal u uit de droom helpen. Het percentage staat al op 4, maar de helft daarvan gaat naar de bedrijfsgeneeskundige dienst. Dat weet mevrouw Arib ook. Als er goede programma's zijn, wil ook het CDA natuurlijk investeren in de toekomst en in het voorkomen van ziektes. Dat is van groter belang dan nu iedere keer achter de feiten aan te hollen. Ik heb het reeds gezegd. Mevrouw Arib vindt mij volledig aan haar zijde.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik begrijp de heer Buijs niet helemaal. Hij zit veel langer in de Kamer dan ik. Hij zegt al jaren bezig te zijn om de preventie op de agenda te zetten. Vervolgens wil hij wachten tot er goede ideeën komen. Waarschijnlijk heeft de heer Buijs al goede ideeën naar voren gebracht. Er zijn ook al

Buijs

veel goede ideeën. Waarom wil de heer Buijs wachten?

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben niet duidelijk geweest. In de afgelopen vier jaar zijn er meerdere keren door het CDA, in samenwerking met andere partijen, voorstellen ingediend in het kader van preventie, onderzoek en het opzetten van projecten. De tijd heeft niet stilgestaan. Ik constateer nu echter dat er een stagnatie optreedt bij het verder ontwikkelen van zinvolle projecten. Ik wil daar een impuls aan geven. Ik vind dat ZonMw daarvoor uitstekend geëquipeerd is. Andere initiatieven hebben overigens ook onze steun, als die op een goede basis worden ingediend. Investeren in preventie loont immers.

De heer **De Graaf** (LPF): Wat dacht de heer Buijs van rapa-machinestands, stands in de cardiologie? Die worden nog niet verstrekt, maar zijn beter dan de huidige. Er vindt daarna minder stenose plaats. In de cardiologie kunnen wij ook de intracardiale defibrillator nog bekijken.

De **voorzitter**: Dit is wel een beetje een gesprek onder doktoren.

De heer **De Graaf** (LPF): Er zijn straks 200.000 mensen met hartfalen. Dat probleem neemt ontzettend toe in Nederland. Dergelijke moderne middelen moeten onderzocht worden. Die zitten nu niet in het pakket. Zij zijn onbetaalbaar voor de mensen, maar zijn wel heel belangrijk.

De heer **Buijs** (CDA): Ik weet dat de heer De Graaf zich vroeger voornamelijk specialiseerde in brillen. Los daarvan heeft hij goede ideeën. Ik heb die ook. 30% van de mensen in een verpleeghuis krijgt decubitus. Als wij aan preventie van doorliggen werken, scheelt dat een macht aan verpleging en verzorging. Ik ben van mening dat wij veel meer dan voorheen aan preventie moeten doen. Ik verwijs overigens ook naar de motie van de heer Werner.

Ik ga door met de vraag: wie is verantwoordelijk voor wat? Vraagsturing is op dit moment het leidende motief. Ik noem ook deregulering en het tegengaan van bureaucratie. De overheid moet op afstand staan en meer verantwoordelijkheid bij de partijen leggen. Ook

deze regering beschrijft dat op een uitstekende manier: er komt meer ruimte voor maatschappelijk ondernemerschap en meer marktwerking. Ik mis alleen antwoorden op de vraag hoe wij de kanteling van zorg vorm gaan geven. Wij hebben jarenlang gewerkt met een aanbodgestuurd model en een sectorale benadering en nu stappen wij over op een vraaggestuurde zorg. Ik zie een aantal goede initiatieven, maar de integrale aanpak ontbreekt. Hoe ga je sturing aan alle partijen, op dezelfde wijze en in hetzelfde tempo in handen geven? Bij alledrie de partijen in de zorg moet het maatschappelijk verantwoord ondernemen gestimuleerd worden. De overheid moet duidelijk maken, welke kerntaken zij wil behouden. Ik weet het wel, maar er moet worden gekeken waar de overheid zich later op wil richten. Welke instrumenten moeten verzekeraars hebben om een regierol te kunnen spelen?

"Last but not least" komen de patiënten. Hoe gaan wij de invloed van de patiënten, de consumenten in de zorg, versterken? Wij moeten hierover niet alleen nota's schrijven, maar wij moeten de patiëntenbeweging een "countervailing partner" laten zijn richting verzekeraars en aanbieders van zorg. Ik zou zeggen: eerst de patiënten en dan de centen.

De heer **Bos** (PvdA): Ik heb geen rijmpje voorhanden, maar ik wil de heer Buijs ter verduidelijking toch een vraag stellen. Wat bedoelt hij met vraagsturing? Is er volgens hem ook sprake van vraagsturing bij een budgetair plafond, zoals het BKZ?

De heer **Buijs** (CDA): U raakt de kern van de discussie die de heren Hoogervorst en Bomhoff eerder hebben gevoerd. Vraaggestuurde zorg gaat uit van de patiënt, waardoor deze meer keuzevrijheid en invloed krijgt. Op deze manier wordt geprobeerd het stelsel van onderaf in beweging te krijgen, zodat de patiënt ook werkelijk iets te kiezen heeft. U kent aanbodsturing, want dit land is jarenlang aanbodgestuurd. Dit betekent het dicteren van de hoeveelheid geld, de hoeveelheid aanbieders van zorg en de benodigde knellende budgettaire regels die daarvoor opgesteld moeten worden. Kortom: een gigantische verspilling.

Ik kom nu tot de kern van uw vraag: het budgettaire kader. Ik ben het met de eerdere uitspraak van de heer Hoogervorst eens dat het budgettaire kader richtinggevend moet zijn. Dat betekent inderdaad dat het recht op zorg prevaleert boven het budgettaire kader. Ik vind persoonlijk dat de minister, net als bij uitkeringen het geval is, zijn uiterste best moet doen om dit te bepalen tot een richtinggevend instrument. Anders kon de derde kerntaak van de overheid, namelijk de betaalbaarheid, weleens in gevaar komen. Wat mij betreft staat het recht op zorg voorop, maar de minister zal zich tot het uiterste moeten inspannen om binnen een richtinggevend kader te manoeuvreren.

De heer **Bos** (PvdA): Als het recht op zorg meer gaat kosten dan is geraamd en er, ondanks de geweldige inspanningen waar u de minister toe in staat acht, nergens compensatie gevonden kan worden voor die overschrijding, dan zegt u dus "het zij zo, die overschrijding moeten wij accepteren"? Dat is immers vraagsturing.

De heer **Buijs** (CDA): Nee hoor, als de minister duidelijk de oorzaak is doordat hij zaken heeft nagelaten, zal dat consequenties voor hem hebben.

Volgens mij is extra geld ook niet de oplossing. Het gaat om de sturing in de zorg. Als je goed stuurt en de verantwoordelijkheid terug kan leggen bij partijen, zult u zien dat het veld in beweging komt. Er zullen dan prikkels komen, er zal doelmatiger gewerkt worden, bureaucratie zal verdwijnen enz. Wij hebben in de afgelopen periode gezien dat extra geld niet de oplossing is, want de sturing moet veranderen.

De heer **Bos** (PvdA): Wij hebben in de afgelopen periode gezien dat, mits gericht, het beschikbaar stellen van gelden wel degelijk resultaten oplevert. Mijn vraag is simpel. Zal in een vraaggestuurd stelsel altijd sprake moeten zijn en blijven van een budgetair plafond?

De heer **Buijs** (CDA): Binnen dat budgettaire kader – het maakt niet uit of u dat plafond of kader noemt – zullen onze inspanningen moeten leiden tot een zodanige sturing en zoveel prikkels en marktwerking, dat de zorg nu eens leuk wordt om in te

Buijs

werken. Wij moeten van de verstikkende, bureaucratische instellingen af die de afgelopen jaren vorm hebben gekregen. Daar moeten wij naartoe, mijnheer Bos. Ik ben blij dat u dat onderschrijft.

De heer **Bos** (PvdA): Ik onderstreep dat zeker, maar ik onderstreep ook dat wij er met elkaar goed aan doen om iets voorzichtiger en minder sprookjesachtig om te gaan met begrippen als "recht op zorg" en "vraagsturing", want uiteindelijk worden hier plafonds vastgesteld. Wij moeten elkaar dus geen knollen voor citroenen verkopen.

De heer **Buijs** (CDA): Nee, nu zit u er echt naast. Het recht op zorg heb ik niet bepaald, maar volgt uit een aantal rechterlijke uitspraken. Men heeft het recht op zorg afgedwongen en nu moet de regering ervoor zorgen dat het recht op zorg ook verzilverd kan worden. Dat is sturing en dat belooft een fantastisch debat, maar daarover kunnen wij het later hebben.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Iets eerder zei dat u dat de patiëntenbeweging een countervailing power moet worden. De GroenLinks-fractie vindt dat natuurlijk ook. Een aantal cliëntenraden zitten echter nogal in nood, bijvoorbeeld in de GGZ-sector, en willen graag meer ondersteuning. Onderschrijft u dan die verzoeken om meer ondersteuning?

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil graag dat de staatssecretaris of de minister, dan wel beiden, zich wat actiever met het patiëntenbeleid gaan bemoeien. Het hoort niet zo te zijn dat de minister alleen maatregelen neemt in het kader van een andere bekostiging van de ziekenhuiszorg, maatregelen jegens de apothekers en maatregelen jegens verzekeraars. Ook de patiënten mogen niet vergeten worden. Zij mogen niet de sluitpost van de begroting zijn en daarom vraag ik de bewindslieden om actief werk te maken van de verdere uitwerking van de patiëntennota die er nu al te lang ligt.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Op dit moment is er al een concrete vraag van cliëntenraden die stellen dat zij niet genoeg geld hebben om goed te kunnen functioneren. Wilt u daaraan tegemoet komen? Wat u nu

noemt, kan ook nog, want het een sluit het ander niet uit.

De heer **Buijs** (CDA): Mijn collega Vietsch zal straks een aantal praktische voorstellen in dit kader doen. Wij hebben afgesproken om de care en de cure min of meer te knippen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik kom nog even terug op de discussie over recht op zorg. De heer Buijs brengt terecht een correctie aan, want het recht op zorg is niet voor het eerst door het kabinet in de stukken gelanceerd, maar is door de rechter al in de vorige periode erkend. Het is goed om dat nog eens vast te stellen. Ik heb verder nog een vraag over zijn opmerking dat het recht op zorg uiteindelijk toch zal moeten passen binnen het budgettair kader zorg. Ik begrijp die opmerking wel, maar op het moment dat hij dit zegt, komt natuurlijk de vraag op welke instrumenten de minister dan heeft om dit te bereiken. Begrijp ik goed uit het betoog van de heer Buijs, dat de minister er dan niet aan ontkomt om de oplossing te zoeken in pakketverkleining? Als recht op zorg wordt gekoppeld aan een verzekering, maar je vervolgens tegen het plafond van het budgettair kader zorg stuit, heb je toch nog maar één instrument, namelijk pakketverkleining?

De heer **Buijs** (CDA): Je moet dan eerst kijken – de heer Rouvoet weet dat ook wel – hoe je in de structuur van de zorg goede prikkels in de juiste richting kunt aanbrengen. Dan loop je wat minder snel naar het plafond toe. Bovendien zullen er natuurlijk goede ramingen komen. De heer Rouvoet weet net zo goed als ik, dat er de afgelopen jaren vaak een onderuitputting was, dus dat wij het geld zelfs niet volledig konden uitgeven. Er moet wel een richtinggevend kader zijn. De historie van het Jaaroverzicht Zorg, later de zorgnota geheten, geeft aan dat het bedoeld was als een raming van de kosten. Langzaam maar zeker is het een taakstellend kader geworden, maar in mijn optiek is het nu een richtinggevend kader. Ik wil de minister daarop aanspreken als hij echt het plafond fors dreigt te gaan overschrijden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben altijd weer geboeid door

historische exposés ook uit de mond van de heer Buijs, maar mijn vraag was: wat wil hij doen als wij nu wél op het punt aankomen dat hij aangeeft, namelijk dat het recht op zorg alleen nog maar gerealiseerd kan worden door het plafond van het budgettair kader zorg te doorbreken? Hij wil niet dat er door dit plafond heengebroken wordt, want dit moet bepalend zijn, zoals hij heeft gezegd. Wat is dan het instrument waar de minister in dat geval nog over beschikt? Over prikkels in de goede richting zijn wij het snel eens, maar wat nu als het plafond wordt bereikt? Dan komt hij toch alleen nog maar bij pakketverkleining terecht? Laat hij dat dan gewoon zeggen.

De heer **Buijs** (CDA): Dat zie ik nog niet. Je kunt dan de discussie met elkaar aangaan over de vraag of het pakketverkleining moet worden, dan wel een premiebijstelling of wat dan ook. Er zijn meerdere instrumenten om dit te bereiken.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het recht op zorg kan niet afgekocht worden met een premieverhoging. Het gaat erom dat er gekozen moet worden als er recht op zorg is en wij aan het plafond zitten: of u breekt door het plafond heen, of u gaat de aanspraken terugdringen. Dat is de keuze die u in dat geval hebt.

De heer **Buijs** (CDA): Dat is inderdaad een keuze die dan voorligt, maar ik ga ervan uit dat deze minister zo voortvarend is dat hij er met een goede sturing in slaagt binnen het budgettair kader te blijven. Ik heb daar het volste vertrouwen in.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): U denkt niet na over de consequenties van mijn vraagstelling. U reikt zelf de situatie aan en mijn vraag is dan, welk instrument de overheid in dat geval heeft. U loopt al drie keer weg voor die vraag.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ga nu niet aan de hand van "als-dan"-vragen keuzes voor de toekomst maken. Ik zeg alleen dat recht op zorg voor mij uitgangspunt is.

De heer **Bos** (PvdA): De minister van Financiën heeft een- en andermaal uitgelegd dat het bijstellen van de premie in strijd zou zijn met het begrotingsbeleid. Het past namelijk

Buijs

niet in de scheiding van inkomsten en uitgaven, waar u zelf ook voor getekend hebt. Het wordt dus toch of pakketverkleining, zoals door de heer Rouvoet aangetoond, of wij maken mee dat het CDA vandaag openlijk toegeeft niet langer het Strategisch akkoord op dit punt te onderschrijven. Zegt u het maar.

De heer **Buijs** (CDA): Het Strategisch akkoord is ons uitgangspunt, punt uit.

Ik ga nu in op een aantal sturingsmechanismen. De brief van de minister van 15 november 2002 "Ruimte voor resultaat" gaat over prestatiegerichte bekostiging van ziekenhuizen. Het is te prijzen dat de minister dit beleid van zijn voorganger voort wil zetten. Op deze manier wordt een eerste stap gezet van aanbod- naar vraagsturing. De minister stelt voor om middels de diagnose-behandelcombinaties (DBC's) een systeem van productprijzen te introduceren. Er is een DBC ontwikkeld voor ongeveer zeventien ingrepen. Hiermee is 715 mln euro gemoeid.

Ziekenhuizen worden niet verplicht tot deelname aan het experiment. De minister zegt dat het budgettair neutraal moet zijn en dat het onwenselijk is dat het uurtarief van specialisten door dit experiment stijgt. Dat laatste kan een knelpunt opleveren. Wij weten immers dat er al langer een verschil van opvatting is tussen specialisten en deze en de vorige regering over de hoogte van het uurtarief. Het gaat om een toch aanzienlijk verschil, namelijk € 50 per uur. De wenselijkheid van de invoering van DBC's zou wel eens inzet van de onderhandelingen met specialisten kunnen worden. Welke instrumenten heeft de minister om in te grijpen als bijvoorbeeld achteraf blijkt dat de hogere productie samengaat met hogere uurtarieven?

Ik dacht dat ex-minister Bomhoff een aantal experimenten op een wat kleinere schaal had uitgekozen. Het gaat nu echter over eventuele deelname over het gehele land. Waarom gaat de minister niet eerst aan de slag met die experimenten? Ik wil pleiten voor drie experimenten, namelijk de DBC's, de diagnose related groups (DRG's) en een experiment waarbij bijvoorbeeld verzekeraars en aanbieders van zorg een soort aanneemsom kunnen afspreken voor extra productie en wachtlijstreductie. Ziekenhuizen

kunnen dan een ster of diverse sterren verdienen. Dit systeem is in Engeland ingevoerd en het schijnt te werken.

De CDA-fractie kan niet voorzien of die DBC's fraudegevoelig zijn. Wij hebben de indruk van wel. Klopt dat? Wij hebben de indruk dat DBC's erg veel administratieve kosten met zich meebrengen. Wij onderschrijven het principe, maar misschien is de DBC wel te mooi om waar te zijn. De minister zegt dat kleine ziekenhuizen niet de dupe zullen worden van invoering van de DBC's en dat het zelfs positieve gevolgen zal hebben. Waar leidt hij dat uit af? De signalen die wij van de kleine ziekenhuizen hebben gekregen, zijn namelijk anders. Wij vinden productprijzen op hoofdlijnen dus een prima zaak, maar de minister moet ons nog wat meer overtuigen.

De heer **Bos** (PvdA): Wij zijn natuurlijk ook voor experimenten, maar ik heb hierover toch nog een vraag aan de heer Buijs. Is hij het met mij eens dat in een situatie waarin het budget gelijk blijft en waarin sprake is van een capaciteitstekort het vergroten van de onderhandelingsvrijheid voor specialisten alleen maar kan leiden tot hogere tarieven en dus tot minder verrichtingen?

De heer **Buijs** (CDA): Ja, maar ...

De heer **Bos** (PvdA): Waarom begint u daar dan aan?

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb niet voor niets een zekere terughoudendheid betracht. Ook ik vind dat er productprijzen en meer prikkels moeten komen. Het kan echter ook sterven in schoonheid. Het is natuurlijk een prachtig systeem dat bijna elke minuut van het werk van de specialist weergeeft. Is het echter niet te mooi en moet de specialist niet te veel administratieve handelingen verrichten? Misschien zet hij een kruisje wel in het verkeerde hokje. Ik heb kortom mijn aarzelingen, maar ik laat mij graag door de minister overtuigen want de richting is goed.

Mevrouw **Kant** (SP): Moeten wij al die administratie wel willen? Weet u hoe sommige specialisten de afkorting DBC interpreteren?

De heer **Buijs** (CDA): U komt nu vast met een leuke opmerking.

Mevrouw **Kant** (SP): Debiele bureaucratie!

De heer **Buijs** (CDA): Ik mis de "c" nog even, maar het is wel leuk gevonden. Het kan best zijn dat het daar uiteindelijk naar toe gaat. Nogmaals, ik vind de richting goed maar ik heb zo mijn zorgen. Daarom stel ik drie verschillende experimenten voor in plaats van alles te zetten op de kaart van de DBC.

Mevrouw **Kant** (SP): Een van de weinige zaken in de zorg waarvoor wij het allen eens zijn, is dat wij van bureaucratie af moeten. Het systeem van de DBC's is zo'n systeem, waarbij je extra bureaucratie introduceert. Wil de heer Buijs niet namens de CDA-fractie zeggen dat wij dat nog eens serieus tegen het licht moeten houden, dat het niet de juiste weg is en dat wij daar dus van af moeten?

De heer **Buijs** (CDA): Ik wacht even op het antwoord van de minister. Net als mevrouw Kant heb ik daarover mijn twijfels, laat daar geen misverstanden over bestaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Is de heer Buijs dus bereid om dat hele systeem ter discussie te stellen?

De heer **Buijs** (CDA): Dat doe ik nu.

De heer **Wilders** (VVD): Is de heer Buijs zich ervan bewust dat al die mensen ter linkerzijde die vragen stellen, omdat zij die marktwerking gewoon niet willen? Is hij het niet met mij eens dat, hoewel dit systeem en ook dit experiment wellicht niet perfect zijn, wij er toch maar aan moeten beginnen, dat wij toch de minister moeten steunen en dat wij dan wel in de loop van het jaar zien of het een succes is of niet? Hoewel niet perfect, is dit beter dan om helemaal niet te experimenteren. Is hij dit met mij eens en steunt hij de minister wel om er toch mee door te gaan?

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben blij dat de heer Wilders mij deze vraag stelt. Ik ben, evenals hij, voor productprijzen. Ik heb alleen twee alternatieven om die productprijzen wat sneller en efficiënter in te voeren en, zeg ik voor mevrouw Kant, zonder al te veel bureaucratie. Ik laat in het midden of zij al dan niet tegen vraagsturing is, maar mevrouw Kant

Buijs

en ik hebben beiden onze zorgen daarover.

De heer **Wilders** (VVD): Ik kan voor een heel eind in die zorgen meegaan. Wil de heer Buijs, zoals de minister van plan is, op 1 januari beginnen met een experiment over marktwerking? Hoewel imperfect en bureaucratisch – dat ben ik met iedereen eens – zal dat toch met die DBC's moeten. Dat kunnen wij voor 1 januari niet anders voor elkaar krijgen. Wil hij dat mét de minister een kans geven of niet?

De heer **Buijs** (CDA): Het antwoord is: ja. Ik vraag mij alleen af of het ook niet op een andere manier kan.

De zorgsector is in dit land op ICT-gebied zo langzamerhand natuurlijk het meest achterlijke bedrijf. De ICT is in deze sector nog nauwelijks van de grond gekomen. Wij kunnen een punt zuigen aan de wijze waarop in de landen om ons heen met informatica wordt omgegaan. Ik wil twee acties zien. De eerste actie is het bevorderen van het toepassen van een open standaard en bij voorkeur van "open source" software. Hierdoor kunnen wij een goede aansluiting bereiken tussen diverse systemen die in gebruik zijn; daar het gaat het tenslotte om. Wij kunnen ons overigens aansluiten bij de motie-Vendrik die vanmiddag in deze Kamer is aangenomen. Een tweede actie is het inschakelen van ICT-deskundigen bij het ontwerpen van nieuwe automatiserings-systemen in de zorg. Dit kan en mag je – ik heb er jaren mee gewerkt – niet overlaten aan de artsen en de andere verzorgenden. Wij vragen de minister om initiatieven te ont-plooien op dit terrein, waarbij op de langere termijn het onderhoud van het nieuwe systeem niet uit het oog mag worden verloren. Misschien wil de minister bewilligen om een proefproject op te zetten, nogmaals, met van buitenaf de sturing in de integratie van ICT – dus niet die artsen zelf laten knutselen, want dat kunnen ze niet.

Nu de toegankelijkheid. Er zijn drie dingen waarvoor de overheid verantwoordelijk blijft: kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid. Daar zal de overheid dus op moeten blijven sturen. De bereikbaarheid en toegankelijkheid staan onder druk. Het capaciteitsprobleem is duidelijk. Het lijkt erop dat beroepen in de

verpleging en verzorging wat aantrekken, maar toch vraag ik de staatssecretaris om nog eens te kijken naar de wervings- en imagocampagne van de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden, genaamd "Profs met 'n hart". Dat betekent dat scholen worden bezocht, dat mensen enthousiast worden gemaakt en dat een nog grotere instroom in de zorg kan worden gegarandeerd.

Een wellicht nog groter probleem is het tekort aan artsen. De beleids-agenda zegt dat per september het aantal eerstejaarsstudenten van 2400 naar 2550 zal gaan. Volgens het capaciteitsorgaan is dat nog steeds volstrekt onvoldoende. De instroom in de specialistenopleidingen neemt toe met ruim 300 personen, de beroepsopleiding voor huisartsen mag toenemen van 420 in 2002 tot 670 in 2004. Dat laatste is echt een lachertje: in 2001 was er al de toezegging van minister Borst van 525 in plaats van 420 plaatsen en in 2002, het jaar waarin we nu leven, zouden het er al 670 zijn. Minister Borst zegde zelfs een instroom in de beroepsopleiding voor huisartsen van meer dan 700 plaatsen toe. We lopen dus gewoon achter de feiten aan.

Behalve het grote huisartsentekort dat nu al bestaat, is de CDA-fractie nog voor een ander acuut probleem beducht. In 2003 komt namelijk de zogenaamde goodwill voor huisartsen tot uitbetaling, wat ertoe zou kunnen leiden dat veel huisartsen in de categorie van 58 tot 65 jaar gebruik zullen maken van deze regeling, samen met de conversie-regeling in het kader van pensioenen. De kans is groot dat die ook het vak zullen verlaten. Wij praten dan over enkele honderden mensen extra. Wil de minister samen met de Landelijke Huisartsenvereniging onderzoek laten verrichten welke consequenties dit zou hebben voor de arbeidsmarkt voor huisartsen en wat kan worden gedaan om ze tijdelijk voor het huisartsenvak te behouden? Ik krijg graag een toezegging dat de minister dit zal doen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben blij met het betoog van collega Buijs, want ik heb zojuist hetzelfde betoog gehouden over huisartsen, verloskundigen en al die beroepsgroepen in de zorg. Het ging mij erom dat de eerder gedane toezeggingen worden

nagekomen. Is de heer Buijs het met mij eens dat de overheid een betrouwbare partner dient te zijn en dat alle gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen? Het gaat niet om nieuw beleid, maar om eerder met steun van de Kamer ingezet beleid. Dat moet worden uitgevoerd.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben het met u eens. Toen ik pas in deze Kamer zat en mijn eerste begroting mocht behandelen, werd door de CDA-fractie een motie ingediend om de numerus fixus af te schaffen. Die motie werd door uw fractie niet gesteund, maar later heeft uw fractievoorzitter alsnog een dergelijk voorstel ingediend. Hulde daarvoor, maar goed. Regeren is vooruitzien. Bij de capaciteitsplanning voor artsen was het telken jare weer een achter de feiten aanhollen. Dat is doodzonde, want wij zitten nu met de gebakken peren.

Ook de KNMG-beroepsstructuur gaat op de helling. Kan de minister ervoor zorgen dat dit snel wordt geïmplementeerd? Nieuwe beroepen voor de medische professie dienen zich aan. De Brabant Medical School en de Universiteit Twente zijn goede initiatieven. Wij zien graag dat de minister deze initiatieven steunt. Deze kunnen ook betekenen dat wij extra opleidingsplaatsen voor huisartsen en specialisten kunnen creëren. Wil de minister met zijn collega van OCW deze twee initiatieven bekijken? Naar onze mening kunnen deze een extra impuls in de zorg betekenen qua capaciteit.

De bereikbaarheid van zorg is en blijft een van de kerntaken van de overheid. Dat geldt dus ook voor de ziekenhuiszorg. Om deze bereikbaarheid van zorg te kunnen blijven garanderen, zijn in de afgelopen periode – wij hebben daarover heftige discussies gevoerd – criteria opgesteld door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, is de Wet Ziekenhuisvoorzieningen aangepast en is de bekostigingsstructuur bijgesteld. Vervolgens krijgen wij de brief van de minister over het bereikbare ziekenhuis. De minister schrijft dat zo nodig aanpassing van de beleidsregels zal plaatsvinden om de bereikbaarheid van de zorg te waarborgen. Verder doet de minister in de historische context een aantal uitlatingen. Op dit moment zijn wij tevreden met deze brief, maar in de komende periode moet nog wel

Buijs

besluitvorming over niet onbelangrijke zaken plaatsvinden. Wij kunnen op dit moment met deze brief akkoord gegaan, indien de minister kan toezeggen dat de fusiestop wordt gehandhaafd en dat het verplaatsen van functies die de bereikbaarheid doen verminderen, verboden blijft. Met het nieuwe kabinet kunnen wij hierover verder discussiëren.

Ook de grootschalige dienstestructuur van huisartsen brengt de bereikbaarheid behoorlijk in de knel. Het wordt nagenoeg onmogelijk gemaakt om in kleinschalige groepen met elkaar te waarnemen. De honoreringsstructuur is gewoon een verkeerde prikkel. Het is een prikkel die juist in omgekeerde richting werkt, namelijk in de richting van het moeten deelnemen aan grootschalige waarneemgroepen. In de vorige periode hebben wij, breed gesteund door andere partijen, een motie over de kleinschaligheid ingediend. De minister heeft gezegd dat hij op dit moment geen geld heeft. Ik ben ervan overtuigd dat de bereikbaarheid van huisartsen beter kan worden gegarandeerd, als hij de totale honoreringsstructuur voor de huisartsenzorg op de schop neemt en kijkt hoe de samenhang in diverse andere posten zich verhoudt tot een en ander. Kortom, een integrale benadering conform Tabaksblatt en Van der Grinten. Kan dit plan van aanpak de Kamer zo snel mogelijk bereiken?

De minister weet vanuit een andere invalshoek op Sociale Zaken en Werkgelegenheid hoe belangrijk een eerstelijnspsycholoog kan zijn. Hij weet hoe belangrijk het is dat mensen met een psychische stoornis zo snel mogelijk worden geholpen en niet zes maanden behoeven te wachten voordat zij een eerste contact met een psycholoog hebben. Ook in dit kader is preventie het woord. Het is van belang dat de eerstelijnspsycholoog zo snel mogelijk kan worden geïmplementeerd.

Voorzitter. Ik kom bij de ambulancezorg. Naar verluidt heeft de minister onlangs overleg gehad met de ambulancesector. Het spreidings- en beschikbaarheidsplan komt deze week naar de Kamer. Ik zou zeggen: eindelijk, want het heeft al eindeloos geduurd. Het mag niet zo zijn dat de aanrijtijden van ambulances in meer dan 20.000 gevallen worden overschreden bij

spoedeisende hulp. Iedere 5 minuten vertraging betekent 20% minder kans op overleven.

Hoewel er onlangs overleg is geweest, is nu al duidelijk dat er volstrekt onvoldoende geld beschikbaar is – wij kunnen dat in de zorgnota lezen – om dit spreidingsplan uit te voeren. Van Ambulancezorg Nederland hebben wij vernomen dat er voor 2003 30 mln beschikbaar zou moeten komen, en dat dit in drie jaar in totaal 90 mln zou zijn, om de spreidings- en paraatheidsplannen uit te voeren. Ik zou willen dat de minister voor 2003, conform het plan van Ambulancezorg Nederland, 30 mln als eerste stap beschikbaar stelt. Ik zou dit geld willen halen uit de gereserveerde groei ruimte 2003. Dat is de post die onder aan de tabel staat; ik zal daarover, zo nodig, een motie indienen. Graag verkrijg ik een toezegging te dien aanzien: 30 mln voor 2003, te dekken uit de post gereserveerde groei ruimte.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Buijs spreekt van een motie, maar ik neem aan dat hij een amendement bedoelt.

De heer **Buijs** (CDA): Nee, ik dacht niet dat een amendement nodig was. Het geld is er al; het hoeft niet verschoven te worden en moet alleen gebruikt worden. Het is een earmarking van geld vanuit een post die nog niet gereserveerd is. Volgens het bureau waarlangs wij hier onze amendementen en moties laten lopen, is een motie, in de zin van een richtinggevende motie, meer dan voldoende. Het betekent dat ik uit de post gereserveerde groei ruimte 2003 – die daarvoor mijns inziens toereikend is – een bedrag van 30 mln wil reserveren. Misschien zegt de minister dit echter straks toe en hoef ik mij niet de inspanning van een motie te getroosten.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat hoop ik ook. Ik wil nog wel even kijken naar de door u voorgestelde dekking.

De heer **Buijs** (CDA): Maar u bent het met mij eens?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben het volstrekt met u eens. Mijn vraag was eigenlijk of het niet verstandig zou zijn het amendement te steunen dat ik heb ingediend om die 30 mln nu al te regelen.

De heer **Buijs** (CDA): Misschien kunnen wij wat zaken doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar hoe dan ook, na deze week is er op de begroting voor volgend jaar 30 mln extra voor de ambulancezorg?

De heer **Buijs** (CDA): Dat is mijn inzet.

Voorzitter. Ik heb nog een paar punten tot slot. Dit betreft ten eerste de academische medische specialisten; ik heb daarover al iets gevraagd aan mevrouw Arib. Er is een geschil over de honorering en dat is heel vervelend, want het is juist dat de academische medische specialisten zich ook bemoeien met de opleidingen. Zij nemen een heel waardevolle positie in dit land in, die ook van belang is voor alle andere ziekenhuizen in dit land. Ik zou de minister willen vragen om – in samenhang met de totale ziekenhuissector en met de honoreringsregeling voor specialisten in algemene ziekenhuizen en in academische ziekenhuizen – toch eens te proberen uit de impasse met de academische ziekenhuizen te komen. Ik doe hier geen beloftes, maar zou er wel op willen wijzen dat perifere ziekenhuizen die opgeleide specialisten ontvangen van universiteitsziekenhuizen, daar ook baat bij hebben. Ik kan mij derhalve voorstellen dat er ergens een toenadering gevonden kan worden tussen die twee categorieën. Minister, wilt u alstublieft een hand toesteken aan deze academische medische specialisten? Ik vind het doodzonde dat zij gaan staken en ik vind het ook doodzonde dat de opleiding op dit moment achter gaat lopen bij de gewenste inzet.

Over de apotheekhoudenden merk ik het volgende op. De minister heeft in de brief van 15 november een taakstelling geformuleerd op basis waarvan ten minste 280 mln euro aan kortingen en bonussen kan worden teruggehaald. Laat ik duidelijk zijn: de CDA-fractie zal zich niet verzetten tegen deze aanpak, maar ik wil wel een toezegging van de minister dat naast deze taakstelling constructief overleg met de KNMP wordt gevoerd om eventuele knelpunten bij jong beginnende apothekers op te lossen. Ik denk dat datgene waarvoor zij op dit moment ook in de media worden uitgemakkt, niet terecht is. Er zijn een heleboel apothekers die op een heel goede en

Buijs

fatsoenlijke manier hun vak uitoefenen. Dit probleem van kortingen en bonussen moet gewoon eens goed van tafel zijn. Het voorstel van de CDA-fractie is heel eenvoudig: het een volledig van het ander scheiden. Die discussie moet niet iedere keer opnieuw worden gevoerd. Maak daarom een goede honoringsstructuur voor de apotheker als zorgverlener en laat de verzekeraars de inkoopfunctie van de apothekers overnemen. Op dit punt krijg ik graag een toezegging van de minister. Graag zie ik dat deze verharding uit de wereld wordt geholpen en dat kan door de zorg en de inkoop van elkaar te scheiden.

Over de fysiotherapie heeft mevrouw Arib al van alles gezegd. Destijds is door minister Borst met betrekking tot de fysiotherapie een belofte gedaan. De fysiotherapeuten voelen zich nu aan de kant gezet. Ik wil toch dat de minister goed met deze beroepsgroep overleg zal plegen om na te gaan of een oplossing is te vinden. Ik wijs er voorts op dat in het kader van preventie fysiotherapeuten erg belangrijk zijn.

Voorzitter. Ik rond af met het geven van een compliment aan beide bewindslieden die ondanks de rumoerige tijd en de demissionaire status voortvarend de knelpunten in de zorg aanpakken. Helaas was de anderhalve meter papier de laatste twee weken wel erg veel.

De heer **Bos** (PvdA): Voorzitter. De heer Buijs denkt kennelijk weg te kunnen komen zonder iets te zeggen over het feit dat veel Nederlanders in januari – ik verwacht: omstreeks de 23ste – op hun loonstrookje zullen zien dat de ziekenfondspremie met een kleine € 100 per maand omhoog is gegaan. Vindt het CDA het redelijk en noodzakelijk dat het bedrag van 718 mln euro, dat kennelijk nodig is, zo wordt omgeslagen dat de mensen met lagere inkomens relatief meer betalen dan anderen? Of steunt hij ons in het zoeken naar een oplossing waarmee de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen?

De heer **Buijs** (CDA): Dat laatste moet altijd, maar de oplossing die u voorstaat delen wij niet.

De heer **Bos** (PvdA): Waarom niet?

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik

ben blij met deze interruptie, want zij biedt mij de gelegenheid ...

De **voorzitter**: Om een kort antwoord te geven.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Het gaat nu niet om de ziekenfondspremie, maar om de nominale premie, dus om iets anders, dat weet de heer Bos. Dat moet hij niet uit het oog verliezen. In de zorgnota is in het kader van het totale koopkrachtbeleid een plaatje ontwikkeld dat impliceert dat recht wordt gedaan aan bepaalde groepen. De werknemers worden ontzien; de werkgever draait op voor de hogere procentuele premie. Er worden groepen compensatie geboden met een ouderenaftrek of iets dergelijks. Kortom, met het stelsel dat in het Strategisch akkoord is afgesproken, moeten wij in staat zijn met deze aspecten rekening te houden.

Echter, dan blijft gelden dat de minister heeft te maken met een tegenslag. Dat ben ik met u eens, mijnheer Bos. Die tegenslag is het gevolg van een aantal tegenvallers die zich tijdens vorige kabinetten voordeden. De minister zit hierdoor in de problemen. Hij moet zelfs meer dan € 333 voor een aantal zaken uittrekken. Dat betekent dat de voorgestelde verhoging van € 180 naar € 280 nominaal, dat voor dit pakket voldoende was, waarschijnlijk zal toenemen. Ik heb echter ook gehoord dat de minister heeft gezegd: ik ga mij tot het uiterste inspannen, lettende op de clawback en dat soort zaken. Ik zeg ook: laat de verzekeraars nu eens de handschoen oppakken. Waar u namelijk van uitgaat, mijnheer Bos, is een gefixeerde nominale premie, maar wij moeten naar marktwerking. Als ik verzekeraar zou zijn, zou ik zeggen: bij ons blijft de premie op hetzelfde nominale niveau en dat betekent dat niets hoeft te worden toegevoegd. Dat is concurrentie.

De heer **Bos** (PvdA): Dat mag u dan gaan zeggen tegen al die mensen die te maken hebben met een verzekeraar die dat niet doet.

De heer **Buijs** (CDA): Dat weten we nog niet.

De heer **Bos** (PvdA): Mijn vraag aan u is tweërlei. U spreekt over een totaalstelsel aan lastenverzwaringen en lastenverlichtingen, een stelsel

dat in het Strategisch akkoord centraal staat. Daardoor zou alles wat negatief uitpakt met in acht-neming van het gehele Strategische Akkoord op een later moment worden gecompenseerd. Graag wil ik daarom uw reactie op het feit dat uw eigen fractieleider vandaag de belangrijkste hoeksteen uit dat werk heeft getrokken en heeft gegarandeerd dat er het komend jaar veel zuur wordt gepresenteerd, maar dat het zoet van veel vraagtekens is voorzien.

Mijn tweede vraag is ...

De heer **Buijs** (CDA): U praat er nu te gemakkelijk over heen, want ...

De heer **Bos** (PvdA): Ik wil eerst mijn vraag afmaken. Tijdens de verkiezingscampagne is door veel CDA'ers gezegd dat naar de mate wij toegaan naar een hoge nominale premie voor het nieuwe ziektekostenverzekeringstelsel, een stelsel waarmee de premie voor iedereen ongeacht zijn inkomen gelijk is, er ook sprake zou moeten zijn van een gerichte compensatie om ervoor te zorgen dat de mensen met de lagere inkomens er niet op achteruitgaan. Ik constateer dat met de voorstellen die nu worden gedaan van die gerichte compensatie geen sprake is. Kunt u mij uitleggen waarom u afwijkt van de belofte die u op dit punt hebt gedaan?

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik wijk absoluut niet af van mijn belofte. Ik vind dat de heer Bos buitengewoon demagogisch bezig is. Ten eerste citeert hij mijn fractievoorzitter verkeerd en ten tweede haalt hij er allerlei dingen bij die allang bekend zijn. Wij hebben hierover uitgebreid gedebatteerd.

De heer **Bos** (PvdA): Dat maakt het toch niet minder erg.

De heer **Buijs** (CDA): U wilt waarschijnlijk dat verzekeraars lui gemaakt worden met het hanteren van vaste procentuele premies, dat we het aanbod gestuurde systeem handhaven, een systeem dat al jaren niet functioneert. U wilt dus dat het verzekeringskarakter niet wordt hersteld? U houdt de mens een lapje voor.

De heer **Bos** (PvdA): De heer Buijs wil niet dat de mensen met de

Buijs

laagste inkomens de zwaarste lasten dragen voor iets wat niet nodig is.

De heer **Buijs** (CDA): Dat vindt de CDA-fractie ook.

De heer **Bos** (PvdA): Kom dan over de brug met uw oplossingen.

De heer **Buijs** (CDA): Er mag geen inkomenspolitiek worden bedreven inzake dit soort verzekeringen. Dit is een slechte zaak. Wij doen dit ook niet met andere verzekeringen.

De heer **Bos** (PvdA): U doet het zelf. Het wordt gedaan in deze begroting.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Kant, want dit leidt nergens toe.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit lijkt nergens op. Het sociale gezicht van het CDA is helemaal weg.

De heer **Buijs** (CDA): Wat goedkoop zeg!

Mevrouw **Kant** (SP): Goedkoop? Voor mensen met een uitkering die € 130 extra nominale premie moeten betalen vanaf 1 januari volgend jaar en het moeten doen met een minimum uitkering is dit helemaal niet goedkoop. Mensen met een uitkering worden niet gecompenseerd, nul komma nul! Is dit het sociale gezicht van het CDA?

De heer **Buijs** (CDA): Dit lijkt op planeconomisch denken.

Mevrouw **Kant** (SP): Pardon? Ik heb het over mensen die geen cent kunnen missen, maar die volgend jaar volgens u € 130 extra moeten kunnen opbrengen en daarvoor niet gecompenseerd worden. Dit heeft niets met planeconomie of wat dan ook te maken. Het heeft alleen maar te maken met het CDA dat sociaal beleid voert.

De heer **Buijs** (CDA): U kunt niet nu al zeggen dat er volgend jaar € 130 extra uitgegeven moet worden. Nominale premies zijn er juist om te variëren. Dit betekent dat er een concurrentieprikkel komt en dat wij niet aanbodgestuurd doorgaan, zoals in uw plan van een nationale zorgverzekering staat. Dat is pas Moskou aan zee en dat is pas planeconomisch denken.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn vraag staat daar helemaal los van. Ik ben het niet met u eens over de vraag of die nominale premies er moeten zijn of niet.

De heer **Buijs** (CDA): Onze solidariteit, mevrouw Kant ...

Mevrouw **Kant** (SP): Luistert u even. Het gaat mij niet om die discussie over de nominale premie. Wij verschillen op dat punt enorm van mening. Dat klopt. Het gaat daar nu alleen niet om. Zij zijn er en stijgen volgend jaar gemiddeld met € 130. U vertikt het om de mensen die dat geld niet kunnen missen daarvoor te compenseren.

De **voorzitter**: Nog één reactie van de heer Buijs en dan laten wij het hierbij.

De heer **Buijs** (CDA): Nee, wij willen maximaal solidariteit aanbrengen buiten het verzekeringsstelsel om het verzekeringskarakter te herstellen. Dat weet u net zo goed als ik. U gaat uit van € 130. Op dit moment ga ik uit van een verhoging van € 180 naar € 280 met een mogelijke tegenvaller. Deze minister zet zich ervoor in om de schade zo beperkt mogelijk te houden. In het stelsel dat u voorstaat reguleert de overheid alles in dit land en wordt het een gigantisch duur stelsel, terwijl u absoluut niet de centen bij elkaar kunt sprokkelen om mensen een normale premie te laten betalen.

Mevrouw **Kant** (SP): ...

De **voorzitter**: Nee, niet meer, mevrouw Kant. Ik voorspel u namelijk dat u elkaar niet zult overtuigen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het wordt tijd dat ik dat wel ga doen. De heer Buijs zegt dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen en dat er rechtvaardig gecompenseerd moet worden. Hij zegt ook dat mensen die geen werknemer zijn worden gecompenseerd.

De heer **Buijs** (CDA): Bij ouderdoms-aftrek en voor alle andere beroepsgroepen geldt dat ook.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ten eerste is dat nooit een volledige compensatie, dus het gaat altijd over

stijging. Dat weet u ook. Ten tweede is die compensatie niet evenredig. Mensen die geen werk en geen kinderen hebben vallen buiten al die inkomenscompensaties en gaan er enorm op achteruit. Het zou eerlijk zijn als u dat toegeeft, want dan weten die mensen op wie zij moeten stemmen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik onderstreep nogmaals dat, zoals blijkt uit de plannen die wij hebben gepresenteerd, het CDA er een voorstander van is dat de sterkste schouders de zwaarste lasten zullen dragen. Wij hanteren het systeem van de heffingskortingen om te zorgen voor behoud van de koopkracht, als de premie in de toekomst nagenoeg volledig nominaal is. Ik zal het nu niet uitleggen, maar ik kan het u zo meegeven.

Er is iets heel interessants. Kijkt u eens kijkt op blz. 2 van de antwoorden van de regering in de zorgnota, waar u de procentuele premie en de nominale premie in de afgelopen jaren ziet. Waarom heb ik u niet in het jaar 2000 gehoord, toen er een enorme stijging was van de procentuele en de nominale premie? Deze stijging is te vergelijken met de stijging van 1999 tot 2000, maar toen was u er niet. Waar was toen die compensatie? Kortom, het gaat erom het verzekeringskarakter te herstellen, prikkels in het systeem in te bouwen en ervoor te zorgen dat de solidariteit zodanig tot uitdrukking komt dat die buiten het stelsel om goed wordt geregeld door de overheid.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U leidt het debat even af. U gaat nu twee jaar terug in de tijd, omdat u weet dat ik toen toch niet in de Kamer zat.

De heer **Buijs** (CDA): Maar u kunt het ook lezen in de antwoorden op blz. 2 van de zorgnota.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Er is nu sprake van een verhoging van de premie. Mensen die al heel weinig verdienen, worden niet volledig en soms zelfs nauwelijks gecompenseerd. Zij gaan er dus enorm in inkomen op achteruit. Daar gaat het nu over.

De heer **Buijs** (CDA): De minister heeft de vorige keer gezegd dat hij bezig is om te bezien op welke

Buijs

manier hij geld zou kunnen terugkrijgen. Hij heeft een forse stap gezet door te proberen via de clawback-regeling meer geld terug te krijgen. Misschien is er helemaal geen sprake van een verhoging met € 135, zoals wordt beweerd. Daarover doen allerlei verhalen de ronde. Het enige wat voor mij vaststaat, is de in de zorgnota aangegeven stijging van de nominale premie. Tegenvallers uit de vorige periode zullen misschien automatisch daar bovenop komen. Ik acht het niet uitgesloten dat verzekeraars dan flink met elkaar in de slag gaan om ervoor te zorgen dat zij een aantrekkelijke, lagere nominale premie kunnen aanbieden. U gaat altijd van het slechte uit, maar ik ga ervan uit dat verzekeraars willen concurreren en willen vechten om de gunst van de cliënt.

De voorzitter: De heer Rouvoet mag één vraag stellen, evenals mevrouw Van Geen en mevrouw Arib. Daarna wordt het tijd voor de maidenspeech van mevrouw Vietsch. Vele mensen in het land wachten daar al uren op.

De heer Rouvoet (ChristenUnie): Ik weet niet waarom een aantal vragen van voorgangers in mindering moet worden gebracht op het aantal vragen dat ik mag stellen. Ik heb één concrete vraag voor de heer Buijs. Het lukt mij slecht om zijn argumentatie te volgen en dat ligt niet aan mij. Bij interruptie vroeg hij de heer Bos in diens eerste termijn waar deze het vandaan haalde dat er een eerste stap in de richting van een stelselwijziging wordt gezet; het ging alleen maar om een nominale premieverhoging, waarover je van mening kunt verschillen. Nu de heer Buijs zelf wordt geïnterrupteerd over de verhoging en over het ontbreken van compensatie, zegt hij dat wij de rest van het systeem erbij moeten betrekken. Hij heeft het over marktwerking en over de heffingskorting en zegt dat dit allemaal goed gaat en dat hij daar meer vertrouwen in heeft. Er zit nu een nominale premieverhoging aan te komen. Anders dan mijn fractie, heeft de CDA-fractie voor de nominale premie gekozen. Zij heeft dit gerechtvaardigd met het argument dat dit moet worden gecompenseerd. Dit blijft nu achterwege. Waar blijft dan de argumentatie waarmee de CDA-fractie de afgelopen acht jaar

wegkwam in de richting van de paarse kabinetten?

De heer Buijs (CDA): Ik wil best ingaan op hetgeen ik in eerste termijn tegen de heer Bos heb gezegd, maar dan verval ik in herhaling. Wat u nu vraagt, is iets concreter. Wegens de verhoging van de nominale premie van € 180 naar € 280 staat er in de zorgnota een pakket maatregelen, waaronder de ouderenkorting. In het gehele koopkrachtplaatje, waarin alle factoren zijn meegenomen, is er solidariteit getoond, waarbij geprobeerd is om de sterkste schouders zo goed mogelijk de zwaarste lasten te laten dragen. Ik denk dat de minister zijn uiterste best zal doen ernaar te streven dat de nominale premie binnen dat kader van € 280 blijft, maar het zou meer kunnen worden. Laat de verzekeraars maar concurreren.

De heer Rouvoet (ChristenUnie): Voorzitter ...

De voorzitter: Neen, u mag echt geen vraag meer stellen. Het is nu 21.00 uur. De derde spreker is nu bezig en wij hebben met elkaar afgesproken dat wij deze termijn op een redelijk tijdstip afronden.

Mevrouw Van Geen mag nog één vraag stellen.

Mevrouw Van Geen (D66): Het kabinet heeft als compensatie voor de gestegen ziektekosten onder andere de afschaffing van de onroerendezaakbelasting genoemd. Ziet de heer Buijs een verband tussen de mensen die problemen hebben met ...

De voorzitter: Op die manier kunnen wij alles erbij halen. Die vraag sta ik niet toe. Mevrouw Arib mag een korte vraag stellen.

Mevrouw Arib (PvdA): De CDA-fractie moet duidelijk zijn, want burgers hebben er recht op te weten wat zij aan het CDA hebben. De heer Buijs heeft gezegd dat de minister heeft toegezegd via de clawback-middelen, de kortingen en bonussen, de schade zoveel mogelijk te beperken, zodat men straks niet meer gaat betalen. Dat is dus niet helemaal waar, want de clawback-middelen zijn ervoor bedoeld om de taakstelling te halen. Zij zijn niet bedoeld voor het verlagen van de

premies. Het feit blijft overeind dat de burger vanaf 1 januari 2003 € 130 meer gaat betalen. Ik vind dat de CDA-fractie dat moet erkennen en daarin duidelijk moet zijn.

De heer Buijs (CDA): Als blijkt dat de geraamde kosten voor 2003 worden verhoogd met de tegenvallers uit de vorige kabinetsperiode, ontkomen wij er niet aan hogere premies in rekening te brengen. Zo eenvoudig is het. Het gaat om het evenwicht tussen de premies en de kosten in de zorg. Daarom stel ik het op prijs dat de minister zijn uiterste best doet om binnen het raamwerk te blijven en ervoor te zorgen dat het geld van bijvoorbeeld apothekers op deze manier kan worden teruggehaald.

De voorzitter: Het woord is aan mevrouw Vietsch die, zoals bekend, haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw Vietsch (CDA): Voorzitter. Als topprioriteit in het CDA-verkiezingsprogramma staat het volgende: de wachtlijsten worden teruggedrongen dankzij een nieuw vraaggestuurd zorgstelsel met minder centrale regelgeving, betere arbeidsvoorwaarden, meer keuzemogelijkheden voor de burger en behoud van solidariteit. De CDA-fractie heeft in de zorgnota en de begroting bekeken of er in het komende jaar tegemoetgekomen wordt aan deze uitgangspunten en op welke punten verbetering nodig is en risico's aanwezig zijn. De staatssecretaris heeft als doelstelling dat de wachtlijsten in de verpleging en verzorging met 20% dalen. Wij juichen dat toe. Wij hebben wel de vraag of dat een reëel doel is. De vraag aan zorg in de verpleging en verzorging stijgt door de dubbele vergrijzing immers ook. Voor bijvoorbeeld het aantal mensen met dementie voorspelt de Gezondheidsraad een toename van 175.000 naar 207.000 in 2010 en 382.000 in 2040. Van het aantal dementen is thans 35% opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis en bij gelijkblijvende indicatie en wachttijd zou dat betekenen dat de eerstkomende 10 jaar een uitbreiding van 1300 instellingsplaatsen of vergelijkbare voorzieningen per jaar nodig is. En dan is er natuurlijk ook nog de thuiszorg voor de niet opgenomen

Vietsch

ouderen. Verder zijn er nog andere ouderdomsziekten zoals CVA.

Uit het begrotingsoverleg bleek dat slechts een productiestijging voorzien was. Een productiestijging is echter niet hetzelfde als het wegwerken van wachtlijsten. Een productiestijging met 20% is in elke sector enorm, zeker als er in de voorgaande paar jaren ook productiestijgingen waren en men bedenkt dat de vorige kabinetten zorgden voor een afbouw van verzorgingshuizen van 160.000 naar 110.000 plaatsen en dat Paars I een planningsnorm invoerde waarbij 20% van de verpleeghuizen gesloten moest worden. Instellingen ontsloegen personeel en het aantal mensen in opleiding nam af. En nu vragen wij instellingen om met spoed weer capaciteit op te bouwen en personeel aan te trekken. Gezien de gehele situatie maakt het CDA zich ernstig zorgen. Kan de staatssecretaris voor de komende jaren een reële schatting maken van de groei van de vraag en van de mogelijke groei van het aanbod, inclusief de financiering? Kan zij aangeven wat de consequenties zijn voor de wachtlijsten in de verpleging en verzorging en dus ook voor de verkeerdebedproblematiek en daarmee de wachtlijsten voor ziekenhuizen?

De geestelijke gezondheidszorg is in beweging. Dat blijkt niet alleen uit de omvang van de wachtlijsten en de wachttijden en het beloofde recht op zorg, maar ook uit de ontwikkeling in de zorgketen. Daarnaast is afstemming en integratie met de forensische zorg aan de orde. Mede in relatie tot het rapport Zorg van velen is het belangrijk dat er snel helderheid komt over de positie van de GGZ in de keten en in de forensische zorg. Kan de staatssecretaris aangeven hoe de stand van zaken is? Via de media worden we steeds vaker geconfronteerd met schrijnende gevallen waarin sprake is van mensen met multiproblematiek. Een psychiatrische stoornis, verslaving, dakloosheid, ook nog gecombineerd met strafbaar gedrag. Het gaat om een diffuse groep die om wat voor reden dan ook ontoereikende zorg krijgt en niet voldoende in haar eigen bestaan kan voorzien. Omdat de problematiek van de verkommerden en verloederden een groot maatschappelijk drama is en de capaciteit in de GGZ en de maatschappelijke opvang

absoluut onvoldoende waren, hebben wij vorig jaar gevraagd om een plan van aanpak waardoor de capaciteit van gewenste hulp sneller op het vereiste niveau zou kunnen worden gebracht. Kan de staatssecretaris aangeven hoe het staat met de uitvoering van de motie-Buijs en hoe de kosten gedekt worden?

Specifiek voor de groep van overlastveroorzakers heeft het CDA een aanpak van sluitende sociale opvang gepresenteerd. Daarin krijgen mensen die overlast veroorzaken de keuze voorgelegd of zij in de rechtsketen willen verdwijnen dan wel of zij met behulp van een coach iets aan hun situatie willen doen, waarbij ook wordt gezorgd voor een dak boven hun hoofd. Achter deze kleine groep van aandachttrekkende overlastveroorzakers gaat een veel grotere groep van onzichtbare mensen schuil. Uit het oogpunt van preventie moet er veel meer aandacht zijn voor het bieden van een samenhangend zorgaanbod voor deze groep. Een goede preventie kan de instroom in de maatschappelijke opvang verminderen. Het grote knelpunt is echter dat de doorstroom in de maatschappelijke opvang onvoldoende is. Het CDA-plan zal voor enige doorstroom zorgen maar niet voldoende. Het CDA vindt daarom dat bij gebruikers van maatschappelijke opvang met een persoonlijk doorstroomprofiel gewerkt moet worden. Wat vindt de staatssecretaris van deze gedachte?

Voorzitter. De mens moet volgens het CDA centraal staan, ook in de zorg. De zorg moet afgestemd zijn op de vraag van de cliënt en niet op het aanbod van de instelling. Daarbij is de culturele identiteit van de zorgvrager van belang. Door de modernisering van de AWBZ wordt de omslag in de zorg met voortvarendheid ter hand genomen. Helaas moet ook het CDA erkennen dat enige controle nodig is en dat een neutrale integrale indicatie gemaakt moet worden, zodat het helder is waarom iemand recht heeft op slechts een beperkte hoeveelheid zorg. Dit mag – en dat is helaas vaak wel het geval – niet verworden tot een bureaucratisch proces of wachten om op een wachtlijst te komen. Mensen ervaren de tijd tussen het eerste telefoontje aan het RIO tot de zorgverlening als wachttijd en niet de periode tussen de indicatie en de zorgverlening. Het inlopen van wachtlijsten en

wachttijden bij RIO's was een grote prestatie. Wij willen de staatssecretaris en haar voorgangster daarvoor graag complimenteren. Het CDA maakt zich echter zorgen dat er weer wachtlijsten zullen ontstaan bij de RIO's door integratie van de RIO's met de LCIG en de LZA en de nieuwe functiegerichte indicatiestelling die volgens planning per 1 april 2003 ingevoerd zal worden. Wij zijn benieuwd of de staatssecretaris deze zorgen deelt. Verloopt de operatie echt budgetneutraal? Of ziet de staatssecretaris toch een kostenstijging door een andere wijze van indiceren? Er zijn indicatiecriteria voor de verschillende functies en sectoren, maar zijn deze helder genoeg en eenduidig? Wij willen dat graag van de staatssecretaris vernemen.

Dat na 1 april 2003 alle kosten via de AWBZ vergoed kunnen worden voor de palliatieve zorg en hospices is een zeer goede zaak. Hoe staat de staatssecretaris tegenover een PGB bij palliatieve zorg?

Een op de negen Nederlanders zorgt op dit moment voor een familielid, vriend of goede kennis die door ziekte, handicap of ouderdom niet voor zichzelf kan zorgen. De mantelzorg overtreft vier tot vijf maal het aantal uren dat door professionele thuiszorg geboden wordt. Dat is eens te meer reden om de mantelzorgers te koesteren. Mantelzorgers staan onder grote druk. Deze druk kan verlicht worden door degene die verzorgt, te laten logeren in een instelling. Wil de staatssecretaris garanderen dat op de voorzieningen voor de mantelzorgers niet bezuinigd wordt? Kan de staatssecretaris ook zorgen dat er weer voldoende logeerplekken komen in instellingen?

De uitkering van de AWBZ-zorg mag volgens het CDA niet afhankelijk zijn van het op dat moment aanwezige sociale netwerk van de cliënt. Mantelzorg is in onze ogen aanvullend op de AWBZ-zorg en de AWBZ-zorg behoort niet aanvullend te zijn op de mantelzorg. Dit is echter wel het geval. Wij pleiten daarom voor eenduidige en actuele criteria voor wat de mantelzorgers moeten doen en wat onder de AWBZ-zorg valt. Kan de staatssecretaris zorgen dat dergelijke criteria ontwikkeld en toegepast gaan worden?

Welke zorg een cliënt krijgt hangt af van de keuze van de cliënt. Scheiden van wonen en zorg is een belangrijk thema voor het CDA. Wij

Vietsch

hechten veel belang aan de uitvoering van de motie-Dankers, waarin gevraagd wordt naar brutering en bouwbudgetten. Kan de staatssecretaris aangeven hoe het staat met de uitvoering van deze motie en het plan van aanpak dat er volgens de motie-Dankers reeds voor 1 juni 2001 had moeten zijn?

Bij het CDA staat keuzevrijheid voor de cliënt en het vergroten van de keuzemogelijkheden voorop. Integratie van cliënten in de samenleving is een groot goed. Integratie mag echter niet betekenen dat instellingen worden verkleind en dat cliënten zonder zorg komen, zoals het geval was bij de psychiatrische instellingen. Integratie mag ook niet betekenen dat er alleen kleinschalige opvang is en dat bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten niet meer kunnen kiezen voor een groot terrein met eigen voorzieningen, zoals een zwembad. Integratie mag dus ook niet betekenen dat alle ouderen thuis moeten blijven. Sommige ouderen kiezen voor zo lang mogelijk thuis blijven, andere ouderen vereenzamen thuis. Gelet moet worden op de risico's voor de cliënten zelf, zoals het weglopen naar hun oude huis dat hun oude huis niet meer is. Tevens moet gelet worden op de risico's voor de omgeving, zoals het gebruikelijke openzetten van de gaskraan bij het zetten van een kopje thee zonder dat men het gas aansteekt. Men vergeet het.

De cliënt moet wel wat te kiezen hebben. Daarbij mag de keuze nooit een negatieve keuze zijn, gebaseerd op de slechte kwaliteit van zorg. 21.000 verpleeghuispatiënten delen een vier-, vijf- of zesbedskamer. Dat is toch niet meer acceptabel in dit land? Wil de staatssecretaris toezeggen dat zij het aanjaagteam van het CBZ hierop zet en dat ervoor gezorgd wordt dat deze plannen niet door bureaucratische belemmeringen zoals prioriteitenlijsten worden opgehouden?

Een cliënt moet niet alleen de keuze hebben tussen opgenomen worden in een instelling of thuiszorg of een PGB, maar hij of zij moet ook kunnen kiezen tussen verschillende soorten instellingen en verschillende instellingen. Dat kan alleen als er voldoende capaciteit is – en dus zeker geen wachtlijsten – en als instellingen in de regio's geen monopoliepositie of een beslissende stem hebben in de bepaling van de

toewijzing. Ook moet overplaatsing mogelijk zijn. In de huidige situatie met wachtlijsten heeft een eenmaal opgenomen persoon geen urgentie meer en zal hij de rest van zijn leven moeten slijten in een instelling waar hij per ongeluk in terechtgekomen is. Dat is in onze ogen strijdig met keuzevrijheid.

Met het oog op keuzevrijheid vragen wij de staatssecretaris om de fusie van instellingen tegen te houden en te bevorderen dat er in elke regio per soort aanbieder ten minste drie zorgaanbieders zijn. Wij verzoeken de staatssecretaris ook om de wet- en regelgeving in de zorg te schonen van verplichte "koffie-rondjes" en om informele "koffie-rondjes" te verbieden. Indien dit niet op korte termijn gebeurt, betekent het feitelijk dat de zorgaanbieders monopolisten zijn en dat concurrentie niet mogelijk is.

Instellingen moeten hun eigen signatuur hebben. Cliënten moeten wel invloed kunnen hebben op de instelling. Deze invloed is voor een groot gedeelte geregeld via de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Zo heeft de cliëntenraad de bevoegdheid om bindend een lid van de raad van toezicht voor te dragen. De CDA-fractie heeft echter geconstateerd dat veel instellingen nog steeds geen cliëntenraad hebben en dat de raden hun bevoegdheid niet gehonoreerd krijgen. Wil de staatssecretaris toezeggen dat op dit punt maatregelen worden genomen?

De schaarste aan personeel is een van de grote problemen, dat in de toekomst nog groter zal worden. Zo stonden er in het jaar 2000 tegenover elke dementerende 63 potentiële werknemers. In 2010 zijn dat er nog slechts 55 en in 2040 nog slechts 28. Dat houdt in dat de voorzieningen in de toekomst aanzienlijk minder arbeidsintensief moeten zijn. Hiervoor is onder meer de bevordering van ICT nodig. Ook moeten de afschrijftermijnen van ICT reëel gemaakt worden. Vijf jaar voor een PC is echt niet meer van deze tijd.

Voldoende personeel is een voorwaarde om de benodigde uitbreidingen in de zorg te realiseren. Het behoud van salaris voor de alfa-hulpverleners, die door het Belastingplan 2001 gekort zouden worden, is door inspanningen van de CDA-fractie via de Veegwet III thans gerealiseerd. In hoeverre speelt de zorg een rol in het 10.000-banenplan van het Najaarsoverleg? Het CDA

steunt de inzet van het kabinet om de I/D-banen om te zetten in reguliere banen, ook ten behoeve van de zorgsector.

In sommige instellingen is sprake van een hoog ziekteverzuim. Deze instellingen hebben ook grote moeite om personeel te werven. Wie wil er tenslotte werken op een afdeling waar gemiddeld een van de vijf collega's niet komt opdagen! Kan de staatssecretaris aangeven op welke wijze ingegrepen wordt in deze situaties?

In het veld wordt integratie van de inserviceopleiding en het reguliere beroepsonderwijs ervaren als een verlies van "hun" opleiding. Afgestudeerden van de duale opleiding of beroepsbegeleidende leerweg worden ondanks het feit dat zij 70% van hun opleiding aan stage besteden, gezien als theoretici. Dit komt mede doordat de werkvloer in bijvoorbeeld een verpleeghuis ver weg lijkt van de grote instelling die een ROC is. Afstemming tussen een afdelingshoofd en leraren is niet meer zo eenvoudig als vroeger. Afstemmingsproblemen tussen de praktijk en de theorie zorgen voor knelpunten. Deze knelpunten en vooroordelen moeten zo snel mogelijk uit de weg geruimd worden. Een evaluatie van de opleiding en een actualisatie van de kwalificatiestructuur zijn volgens het CDA nodig. Wij horen op dit punt graag een toezegging.

In het voorgaande heb ik een groot aantal problemen gesignaleerd die samenhangen met de vergrijzing. Door coördinatie van het beleid ten aanzien van ouderen op diverse departementen kunnen een aantal problemen voorkomen of vereenvoudigd worden. Wij zijn dan ook ingenomen met het door de staatssecretaris beloofde plan, maar betreuren het dat wij nog enige tijd moeten wachten. Voor de behandeling van het plan wil het CDA een speciale interdepartementale commissie ouderenbeleid instellen. Ik hoor graag de mening van de andere fracties hierover.

De AWBZ heeft in Nederland een maatschappelijk draagvlak. Het CDA is voor een kostendekkende premie met maximalisering van de zorgkosten. Wij realiseren ons dat het draagvlak afhankelijk is van de premie die iedereen moet betalen. Wij maken ons grote zorgen om de toename van de zorgvraag en de consequenties daarvan op de

Vietsch

premie. De CDA-fractie heeft zich erover verbaasd dat thans een gemiddelde cliënt in een verpleeghuis, inclusief kapitaallasten, slechts de helft aan AWBZ kost in vergelijking met dezelfde cliënt met thuiszorg. In een verpleeghuis bedragen de kosten € 150 per dag en in de thuiszorg € 300 per dag. Vandaar dat wij uitkijken naar de door de staatssecretaris Vliegenthart toegezegde notitie over het omslagpunt in bekostiging, in relatie tot keuzevrijheid en kwaliteit. Wij bedreuen het dat de zorgnota niet ingaat op de omslagpuntendiscussie.

In verband met deze discussie heeft de staatssecretaris in het conceptbesluit zorgaanspraken AWBZ de mogelijkheid geschapen om via een ministeriële regeling wijziging aan te brengen in de aanspraken op de AWBZ. Gezien het belang dat het CDA hecht aan de diverse soorten zorg die via de AWBZ verstrekt worden, staat het CDA op behandeling van deze wijziging door middel van een voorrangprocedure in de Kamer. Wil de staatssecretaris die toezeggen?

Het CDA wil twee zaken met voorrang gerealiseerd zien. Aanpak van de wachtlijsten door minder regels en betere arbeidsvoorwaarden en keuzevrijheid van de cliënten. Het CDA wenst de twee bewindslieden succes en hoopt dat zij geen tijd verloren laten gaan.

De **voorzitter**: Ik feliciteer u van harte met uw maidenspeech.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Het is mijn taak om allereerst mevrouw Vietsch te feliciteren met haar mooie maidenspeech, waarin zij ontzettend veel aspecten van de care aan de orde heeft gesteld die ook de GroenLinks-fractie van groot belang vindt. Ik zie ernaar uit dat wij veel goede zaken kunnen doen, aannemende dat zij en ik in de Kamer blijven.

Het motto van dit kabinet is "duidelijkheid en daadkracht". Wat betreft het beleid van VWS zou "vaagheid en traagheid" toch passender zijn. Mijn vader noemde dat vroeger "slabberdesloerie met koekendeeg". Dit kabinet zou de zorg eindelijk eens serieus nemen, het zou

patiënten recht op zorg geven en wachtlijsten oplossen. Het recht op zorg is echter vooral een excuus om de patiënt meer te laten betalen: een schaamteloze verhoging van de nominale premie met 70%. De GroenLinks-fractie wil die verhoging terugdraaien. De stijgende kosten van de zorg moeten eerlijk, dus inkomensafhankelijk worden verdeeld. Daartoe hebben wij een amendement ingediend, dat hopelijk al circuleert. Wij bepleiten daarnaast ook een wettelijk maximum aan de nominale premie op het niveau van 2002. Daarna mag de premie alleen meestijgen met de inflatie.

Het kabinet heeft bijna alleen aandacht voor wachtlijsten en het personeelstekort in ziekenhuizen, terwijl je de schrijnendste wachtlijsten daarbuiten vindt. Een psychiatrische patiënt wacht bijvoorbeeld 37 weken op een plaats in een beschermdwonenproject. Een gehandicapte wacht ruim een jaar op dagbesteding. Demente bejaarden moeten maar liefst 41 weken wachten op een plaats in een verpleeghuis en als zij daar eenmaal binnen zijn, krijgen zij direct een luier om, want er is vaak geen personeel om mensen op tijd naar de wc te brengen. Veel mensen slapen nog in een slaapzaal en hun leven bestaat uit een keten van lege zondagen, zoals dat laatst in een onderzoek heette. In de gehandicaptenzorg en de psychiatrie leidt het personeelsgebrek tot meer agressie en dus ook tot meer noodmaatregelen als bijvoorbeeld vastbinden en opsluiten.

De GroenLinks-fractie vindt dat dit zo niet langer kan en dat betekend gewoon dat er meer geld, meer personeel en meer dagactiviteiten nodig zijn en dat de slaapzaaltjes tot het verleden moeten gaan behoren. Dat wil het kabinet trouwens ook, maar voor zo'n 8000 van de 22.000 slaapzaalbedden zijn nog niet eens plannen gemaakt. Kan de staatssecretaris daarom met een plan van aanpak komen, zodat die plannen er snel komen? Overigens is voorkomen beter dan verplegen. Het kabinet wil het zelfstandig wonen bevorderen onder ouderen. Is de minister dan bereid om de initiatieven voor woongroepen voor ouderen actief te ondersteunen?

Het belangrijkste is dat het werken in de zorg, voor ouderen, gehandicapten, psychiatrische patiënten en in ziekenhuizen, zo aantrekkelijk moet zijn dat mensen er graag hun hele

leven willen blijven werken. Het wegwerken van het personeelstekort is de crux voor het oplossen van de wachtlijsten en het leveren van meer kwaliteit. Mensen gaan nu voortijdig weg.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw Tonkens noemt een aantal problemen, vooral in de care. Ik ken de problemen en die zijn inderdaad groot. Erkent mevrouw Tonkens dat door het vorige kabinet, met name onder leiding van Margot Vliegenthart, juist heel veel in gang is gezet met de modernisering van de AWBZ waarbij recht op zorg in de care eerder tot resultaten heeft geleid dan bijvoorbeeld in de cure? Voor zover ik weet is de GroenLinks-fractie altijd positief geweest over het beleid van mevrouw Vliegenthart in het vorige kabinet. Het ex-kamerlid Hermann heeft altijd erkend dat met name in de care heel veel in gang is gezet en dat juist daar heel veel vernieuwingen zijn doorgevoerd om de problemen die u nu schetst, op te lossen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat erken ik volledig. Het gaat mij er nu vooral om wat het huidige kabinet in gang heeft gezet. Dit kabinet heeft steeds gezegd dat het de wachtlijsten gaat aanpakken, maar als je kijkt welke wachtlijsten dan worden aangepakt, zijn dat vooral de wachtlijsten in de ziekenhuizen en dan met name de wachtlijsten in de electieve zorg, dus de knieën en de heupen. De meest lange en schrijnende wachtlijsten zitten in de care en daar heb ik ook voorbeelden van genoemd, zoals een jaar wachten op dagbesteding. Als je dat echt nodig hebt, is dat heel erg. Maar goed, ik ben het ermee eens dat het vorige kabinet een aantal zaken op het gebied van de care goed in gang heeft gezet. Dat neemt niet weg dat de wachtlijsten nog steeds heel erg zijn en het huidige kabinet daarin niet zo ambitieus is.

Met name het personeelstekort is nu een heel dringend probleem. Het is ook een belangrijke reden waarom veel mensen voortijdig weggaan. Een personeelstekort leidt weer tot een groter personeelstekort, omdat mensen niet genoeg tijd hebben om persoonlijke aandacht te geven. En wat doet dit kabinet? Dat laat de zorgverleners vervolgens nóg harder lopen, door te bezuinigen op de 12.000 I/D-banen, zeg maar Melkert-

Tonkens

banen, want dat klinkt gemakkelijker. Waar die banen zijn, worden de mensen nog wél eens op tijd naar de wc gebracht. Melkertbanen zijn spotgoedkoop en zijn cruciaal voor de kwaliteit van de zorg. De minister kan dan ook niet tegelijkertijd het recht op zorg verdedigen en toch de I/D-banen in de zorg afschaffen. De GroenLinks-fractie vraagt de minister daarom met klem, zich voor het behoud van die banen uit te spreken.

Tijdgebrek leidt tot een hogere werkdruk en dat leidt weer tot ziekteverzuim en WAO. Bijna 90% van de nieuwe WAO'ers van het laatste jaar is vrouw en dan ook nog vaak allochtoon. Een groot deel daarvan komt uit de zorg. In de kabinetsplannen voor de zorg vinden wij niets over die grote toevoer van WAO'ers uit de zorg, laat staan dat daar beleid voor wordt gemaakt. Waarom gebeurt dat niet? In dit geval is het plezierig dat de minister van VWS toevallig ook de minister van SZW is.

Behalve tijdgebrek zijn er nog meer redenen waarom zorgverleners de zorg de rug toekeren, zoals te weinig zeggenschap over het eigen werk en de werktijden, gebrek aan passende kinderopvang, te weinig loopbaanmogelijkheden, toegenomen agressie en brutaliteit en toegenomen bureaucratie. Ten slotte valt te noemen: te weinig salarisgroei. Dat is allemaal al jaren bekend, maar er gebeurt zo weinig aan. Weliswaar zijn er sectorfondsen, fondsen waar het kabinet geld in stopt om het arbeidsmarktbeleid te verbeteren, maar de minister schrijft zelf in een van de vele stukken die wij ter voorbereiding hebben gekregen, dat het geld van de sectorfondsen niet doelmatig wordt besteed. Daarom wil hij er zelfs op bezuinigen. Echter, als die fondsen niet goed functioneren, waarom zorgt de minister er dan niet voor dat dit verbetert? Is het anders niet beter om het geld maar direct aan instellingen beschikbaar te stellen voor uitvoerend personeel, zodat de zorgverleners echt meer tijd krijgen om te zorgen? Waarom niet een kwartier extra zorg per patiënt per dag?

Tijdwinst is ook mogelijk door vermindering van bureaucratie. Veel zorgverleners hebben op de coalitiepartijen gestemd omdat die partijen beloofden dat de bureaucratie zou verminderen. Het regeerakkoord belooft dat zelfs wel 18 keer,

maar de voorstellen daartoe van de commissie-De Beer liggen al bijna een jaar in de la. Het kabinet maakt intussen de bureaucratie alleen maar erger. Onder het mom van bureaucratiebestrijding voert het kabinet overal efficiëncykortingen door, zeg maar: gewoon bezuinigen. Daardoor is er minder tijd voor zorg, terwijl de formulierenplicht intussen gelijk blijft. Papier is geduldig, zegt men, maar dat is natuurlijk niet zo. De cliënt is geduldig, papier is óngeduldig.

De GroenLinks-fractie wil hiervoor een concreet voorstel doen, namelijk dat de AWBZ-zorg geprotocolleerd wordt en vervolgens de indicatiestelling vooraf wordt afgeschaft voor de 80% van de indicaties die standaard zijn en die toch eigenlijk altijd worden doorgevoerd zoals aanvankelijk voorgesteld. In plaats daarvan kan een steekproefsgewijze toetsing achteraf plaatsvinden. Dit voorstel is al door de commissie-De Beer gedaan en zij heeft berekend dat dit 10 mln oplevert. Ik hoor graag de reactie van de staatssecretaris op dit voorstel.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Waar pleit mevrouw Tonkens precies voor? Pleit zij voor het afschaffen van formulieren of voor het afschaffen van onafhankelijke indicatie?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik pleit voor het maken van protocollen voor zorgverlening, bijvoorbeeld voor verpleeghuiszorg. Dat is bijna altijd standaard. Meestal krijgen de mensen de zorg die de huisarts ook al had bedacht. De commissie-De Beer zegt dat het in 80% van de gevallen zo voor de hand ligt wat iemand nodig heeft, dat de indicatiestelling daar weinig aan toevoegt. Het heeft dus niet zoveel zin om zo'n indicatie door een RIO te laten doen. De commissie-De Beer zegt dan ook dat men dit niet moet doen. Zij pleit voor het maken van protocollen. Volgens de commissie moeten mensen in standaardgevallen de zorg krijgen waarvan de huisarts zegt dat zij die nodig hebben. Er moet dan alleen achteraf steekproefsgewijs worden getoetst of dat grosso modo terecht gebeurt. Bij de zeer complexe gevallen zou dan alsnog het RIO kunnen worden ingeschakeld.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U vindt ook dat de onafhankelijke indicatiestelling

in stand moet worden gehouden? RIO's zijn niet voor niets ingesteld. Aanbieders mogen namelijk niet hun eigen klanten selecteren.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Iemand die naar een verpleeghuis moet, heeft in het algemeen al contact met een huisarts die daartoe dan heeft geadviseerd. In dat geval is het RIO niet meer nodig. De huisarts verzorgt dan de indicatiestelling en niet de aanbieder. Dan is niet de omweg via het RIO nodig, dat overigens ook wachtlijsten kent van soms enkele maanden.

Het personeelstekort in de zorg moet worden teruggedrongen, niet alleen door er meer mensen te laten werken, maar vooral ook door de mensen in dat werk te laten blijven. Een andere reden voor vertrek uit de zorg is agressie. Dit kabinet heeft als motto "fatsoen moet je doen". Wij hebben echter het gevoel dat het kabinet weinig doet om het gebrek aan fatsoen in de zorg te verminderen. Daarom stellen wij voor in ziekenhuizen een systeem van rode en gele kaarten in te voeren voor agressieve patiënten. In sommige ziekenhuizen gebeurt dat al en het blijkt preventief te werken. Hoe oordeelt de minister hierover?

Een andere bron van ergernis is het niet komen opdagen bij afspraken. Hoeveel dat kost, is niet bekend. Wel bekend is dat het erg veel kost. Kan de minister die kosten inschatten? Wij stellen voor om in ziekenhuizen een waarschuwings- en boetesysteem in te voeren. Wie niet op een afspraak verschijnt, krijgt eerst een waarschuwing, daarna wordt hij onderaan de wachtlijst gezet en vervolgens krijgt hij een boete als het nog een keer gebeurt.

Duizenden mensen hebben straks geen huisarts meer. Mijn fractie heeft een tienpuntenplan opgesteld ter bestrijding van het huisartsentekort. Wij willen dat herintredende vrouwen, vluchtelingen en gedeeltelijke WAO'ers met een medische opleiding in de zorg kunnen terugkeren door hen gepaste scholing aan te bieden. Wij willen ook de bureaucratie voor huisartsen terugdringen door de regel dat zij allemaal afzonderlijk moeten onderhandelen met zorgverzekeraars te schrappen. Laat de democratisch samengestelde vertegenwoordigden organen van huisartsen die onderhandelingen maar voeren. Een jaar geleden is daartoe al een motie

Tonkens

van GroenLinks en het CDA aangenomen en het wordt tijd dat zij wordt uitgevoerd. Ook stellen wij voor om de toeslag voor artsen in achterstandswijken te verhogen. Deze en nog een aantal andere punten staan in ons tienpuntenplan ter bestrijding van het huisartsentekort. Ik wil dat plan graag hierbij de minister aanbieden.

Een paar andere zaken kan ik vanwege de korte spreektijd alleen maar aanstippen. Het kabinet zegt echt te willen optreden tegen huiselijk geweld. De verantwoordelijkheid van VWS op dit terrein ligt onder andere bij de opvangplaatsen. Toch zijn er vorig jaar maar liefst 12.000 vrouwen en kinderen wegens plaatsgebrek bij opvanghuizen weggestuurd. En als je weet wat voor enorme stap het voor hen is om naar zo'n opvanghuis te gaan, dan besef je dat dit een ernstige zaak is. De minister kan dit toch geen fatsoen noemen! Verder is het probleem dat degenen die wel een plaats krijgen, geen perspectief hebben. Ze kunnen meestal niet meer naar huis, maar ze kunnen ook geen eigen leven opbouwen: ze hebben geen nieuw huis, te weinig opleiding en vaak ook te weinig kennis van de Nederlandse taal. Met andere woorden: er is een vervolgttraject nodig. GroenLinks zal hierover een motie indienen.

Ook zwervjongeren worden door dit kabinet letterlijk in de kou gezet. De Rekenkamer heeft geconstateerd dat het beschikbare geld voor zwervjongeren nauwelijks ten goede komt aan de hulpverlening die op hen is gericht, doordat te veel partijen zich hiermee bemoeien en niemand de leiding heeft. Ook is niet bekend hoeveel opvang er eigenlijk nodig is. Vindt de staatssecretaris het geen tijd voor een plan van aanpak en voor een speciale doeluitkering?

In het verlengde van al deze ellende: de vrouwenbesnijdenis. Ook dat is een ernstige aantasting van de autonomie van vrouwen. Wat doet het kabinet om deze misstand tegen te gaan? In de zorgnota vinden we daar niets over. Een succesvol project van Pharos wordt stopgezet. Graag vernemen wij waarom, want dit lijkt ons een buitengewoon slecht idee.

Het kabinet wil meer ruimte voor commerciële zorgaanbieders. Daarmee gaat de zorg in onze ogen in de uitverkoop. GroenLinks wil de commercie in de zorg tegengaan. Privéklinieken en ZBC's romen de

gemakkelijke en goed planbare zorg af en daarom zouden ze op zijn minst een afroompremie aan de ziekenhuizen moeten betalen. Ook graag hierop een reactie van de minister.

Er zijn ook problemen met de registratie van antroposofische geneesmiddelen. Dit zijn relatief goedkope middelen waar veel mensen baat bij hebben. Maar omdat ze niet voldoen aan de registratieverplichtingen, moeten ze van de markt. GroenLinks vraagt de minister om een overgangsregeling, in afwachting van de Europese regelgeving op dit gebied die in de maak is.

De heer **Buijs** (CDA): Zou u dat kunnen toelichten? Wij hebben hier eerder gesproken over de registratieperiode en kamerbreed is er bij de minister op aangedrongen om die met een jaar te verlengen. Wat is nu het probleem: de verstrekking of de registratieplicht?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het gaat om de registratieplicht. Omdat die nog niet in orde is, mogen deze middelen niet worden verstrekt. Deze zaken liggen dus in elkaars verlengde.

De heer **Buijs** (CDA): Bent u het wel met mij eens dat die middelen moeten worden geregistreerd?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ja.

De heer **Buijs** (CDA): Vindt u de verlenging van de termijn met een jaar onvoldoende?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Die is inderdaad onvoldoende gebleken.

De heer **Buijs** (CDA): En de toezegging van de minister dat alle reeds gedane aanvragen van de middelen tot na die periode konden doorlopen? Is het niet mogelijk dat de fabrikanten een probleem hebben?

Mevrouw **Van Geen** (D66): Ik denk dat hier een verwarring is tussen antroposofische en homeopathische geneesmiddelen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het probleem is dat je in andere landen die middelen wel kunt krijgen. Er zijn Europese regels in de maak, dus het lijkt me beter wanneer we een

overgangsregeling maken totdat de Europese regelgeving voor alle landen geldt.

De heer **Buijs** (CDA): Het is een Europese richtlijn, dus daar moeten wij ons aan houden. Het gaat mij nu om de termijn.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Mij gaat het erom dat die middelen nu wel in andere landen kunnen worden verkregen.

Mevrouw **Van Geen** (D66): In de discussie is niet duidelijk of het gaat om homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Ik ben het er zonder meer mee eens dat voor de antroposofische geneesmiddelen een Europese regeling in voorbereiding is. Intussen is wel een overgangsregeling nodig.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De afgelopen weken is gebleken dat de preventie in ons land nog zeer te wensen overlaat en dat Nederlanders ongezond eten en te weinig bewegen. Wat denkt de minister daaraan te doen?

Twee jaar geleden is over erkenning van gebarentaal een motie aangenomen in deze Kamer. Er zit echter weinig schot in. Waarom is dat?

Ik kom ten slotte bij het fameuze dossier van de geneesmiddelen. De minister heeft voorgesteld om van de kortingen en bonussen die apothekers van farmaceutische bedrijven ontvangen, 280 mln terug te eisen. Het komende jaar verwacht de minister een totaalbedrag aan bonussen en kortingen van maar liefst 650 mln. Waarom wil de minister niet dat gehele bedrag terughalen? Toegegeven, dan is wel een verhoging van de receptregelvergoeding nodig, want die is nu niet geheel kostendekkend. De fractie van GroenLinks stelt daarom voor, de kortingen en bonussen af te schaffen en de receptregelvergoeding te verhogen. Het bedrag dat daarmee vrijkomt, kan dan aan directe zorg worden besteed.

□

De heer **Wilders** (VVD): Mijnheer de voorzitter. "Niet de overheid en de regels staan centraal, maar de eigen verantwoordelijkheid van mensen en organisaties." Met deze mooiste zin uit de begroting wil ik mijn inbreng

Wilders

in eerste termijn beginnen. Wat mijn fractie in het algemeen zeer aanspreekt in de begroting van deze bewindslieden, is de consequente inzet van de regering om in de gezondheidszorg te komen tot een andere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de overheid aan de ene kant en burgers en organisaties aan de andere kant. De overheid doet een stap terug en patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders een stap vooruit. Meer ruimte en minder knellende regels. Als liberaal spreekt mij dat zeer aan.

De regering heeft een op hoofdlijnen indrukwekkende begroting en zorgnota voor het jaar 2003 naar de Kamer gestuurd. Aan veel belangrijke thema's – arbeidsmarktbeleid, curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleging en verzorging en ga zo maar door – wordt serieus aandacht besteed en er worden nieuwe ambitieuze plannen afgekondigd. Er blijkt vernieuwing uit, er blijkt deregulering uit waardoor de bureaucratie en de regeldrift kunnen afnemen. "Transparantie en doelmatigheid" zijn de nieuwe toverwoorden. Het Strategisch akkoord zet de overheid meer op afstand en geeft de overheid een meer voorwaardenscheppende dan sturende rol. Wachtlijsten moeten tot een aanvaardbaar niveau worden bekort. Er komt een nieuw vraaggestuurd zorgstelsel, waarin concurrerende verzekeraars zonder contracteerplicht scherp onderhandelen met de zorgaanbieders, zodat meer productie kan ontstaan tegen zo laag mogelijke kosten en door meer efficiency zodat de patiënten ten slotte de lachende derde zijn.

De inmiddels ambteloos burger Bomhoff sprak, toen hij nog minister was en per touringcar door mijn mooie provincie Limburg reed, van perestrojka in de zorg. Dat sprak en dat spreekt de VVD-fractie zeer aan. Ondanks de ongunstige economische voortekenen moeten wij ook nog steeds bereid zijn om meer te investeren in de zorg. Dat was bij de aanvang van het inmiddels demissionaire kabinet het geval en als het aan de VVD-fractie ligt, is dat nog steeds zo. Dit demissionaire kabinet houdt rekening met een volumegroei van 2,5%, er worden extra middelen ingezet, de zogenaamde enveloppen, en er is ook nog geld voor de loon- en prijsbijstelling. In totaal komen wij dan aan een uitgavengroei van maar

liefst 3,5%. Nominaal is dat 9 mld gulden extra voor de zorg. Dat is ongekend voor een naoorlogs kabinet.

Het is voor de zorgsector en vooral voor de zorgvrager dan ook jammer dat het vooralsnog bij voornemens blijft. Wij verliezen bij het teruggeven van de zorg aan de patiënt kostbare tijd. De urgente problemen vragen nog steeds om een voortvarende aanpak. De inzet van mijn fractie en van mijn partij voor de toekomst is dan ook nog steeds ongewijzigd: minder regels, minder bureaucratie, meer marktwerking en meer keuze voor de mensen. Het persoonsgebonden budget is daar natuurlijk een mooi voorbeeld van. Het uitgangspunt is: de patiënt staat centraal.

Vandaag zal de VVD-fractie geen nieuwe blauwdrukken of toekomstvisies ten aanzien van de gezondheidszorg presenteren. De paragraaf Zorg van ons verkiezingsprogramma kwam nagenoeg overeen met die uit het Strategisch akkoord en het zal niet verbazen dat wij nog steeds willen dat die plannen worden uitgevoerd. Volgens mij kan dit nog het beste met het CDA, maar dat zullen wij na de verkiezingen in januari zien.

Voorzitter. Ik zal bij deze begrotingsbehandeling namens mijn fractie vooral aandacht besteden aan de punten die nog wel doorgang vinden of die actueel zijn, zoals de problematiek rond de wachtlijsten en de experimenten rond marktwerking. Vervolgens zal ik ingaan op de onderwerpen die nodig zijn om de langetermijnperspectieven te bereiken waar ik het over had. Ik zal het vooral hebben over de "cure". Dat is geen disrespect jegens de staatssecretaris. Over de "care" zullen wij de komende weken en maanden nog vele debatten voeren. Ik wijs op het uitkomen van het rapport over de vergrijzing tot 2030, maar ook op het volgende week al te houden aparte overleg met het kabinet over de modernisering van de AWBZ.

Ik kom dan bij de experimenten in de zorg. Het huidige financieringssysteem van ziekenhuiszorg en specialist heeft bitter weinig te maken met de werkelijke kostprijzen en de daarmee verbonden prestaties. De VVD-fractie is verheugd dat deze minister de experimenten vanaf 1 januari 2003 wel wil laten doorgaan. Ik heb het zo-even al in een

interruptiedebatje met deze of gene gewisseld: die experimenten zijn niet perfect. Zij zijn op onderdelen wellicht bureaucratisch; zij zijn misschien ook hier en daar fraudegevoelig. Maar toch, wij vinden het belangrijk dat wordt geprobeerd om op 1 januari daar een aanvang mee te maken.

Wat wij teleurstellend vinden – ik wil dit vooral de minister niet onthouden – is het gebrek aan concrete kwantitatieve doelstellingen: niemand weet wanneer het experiment geslaagd is. Hoe kan het zijn dat deze minister het wel aandurft – ik prijs hem ervoor – om op 1 januari het experiment te laten aanvangen maar daar blijkbaar geen doelstellingen aan verbindt op grond waarvan het experiment wel of niet geslaagd is en waarop wij hem of zijn ambtsopvolger kunnen afrekenen? Wanneer acht de minister het experiment nu precies geslaagd? Meestal is het zo dat als je ergens aan begint, je ook doelen stelt en dat je achteraf kijkt of het gelukt dan wel mislukt is. Dat laatste hoop ik niet, maar het kan natuurlijk voorkomen. Hoeveel moeten bijvoorbeeld de wachtlijsten ten opzichte van de nulmeting zijn teruggedrongen bij de zeventien gekozen ingrepen om het experiment een succes te noemen? Ik zou de minister in overweging willen geven daar alsnog serieus op in te gaan.

Uit de brief van de minister maak ik op dat het experiment weliswaar nog binnen het regime van de WTG zal gebeuren, maar dan zonder een CTG-toets op de hoogte van de prijzen. Omdat wij eraan hechten dat het experiment met prestatiegerichte bekostiging ook op 1 januari ingaat, zullen wij deze constructie steunen, maar zij is wel ietwat merkwaardig. Op termijn vinden wij dan ook dat de prestatiegerichte bekostiging buiten de WTG en het domein van het CTG om zou moeten gaan. Ik wil de minister dan ook vragen om, nadat hij het experiment een jaar lang terecht goed heeft gemonitord op onder meer prijzen en volume, en het een succes blijkt te zijn, het vanaf 2004 buiten de WTG om te laten plaatsvinden. Ik vraag hem dit toe te zeggen.

Voorzitter. Gekozen wordt voor een zeventiental herkenbare behandelingen waarvoor nu te lange wachtlijsten bestaan. De behandelingen, gekozen vaak omdat zij arbeidgerelateerd zijn, kunnen ook

Wilders

door de ZBC's, waar wij al eerder over spraken, geleverd worden. Maar er staat nergens bij welke van die handelingen door de ZBC's kunnen worden geleverd. De minister zegt dit en ik neem het van hem aan, maar ik zou hem concreet willen vragen: welke van die zeventien behandelingen en hoeveel kunnen ook door ZBC's worden uitgevoerd?

Als verzekeraars en het ziekenhuis onderhandelen over het volume en de prijs, dan vraag ik mij af welke prijs nu eigenlijk in rekening wordt gebracht. Dat is mij onhelder uit de stukken. Laat ik één voorbeeld noemen. Een patiënt komt voor een consult bij een specialist en wordt gediagnosticeerd voor een bepaalde operatieve ingreep. Wat nu, indien de patiënt na de diagnose zegt daar geen behoefte aan te hebben en naar huis gaat? Wat wordt dan in rekening gebracht? Is dat de hele DBC, van operatie tot en met specialistenvergoeding en nabehandeling, iets wat niet heeft plaatsgevonden? Of is dat alleen de diagnose die wel heeft plaatsgevonden? Indien het eerste het geval zou zijn, zou dat toch merkwaardig zijn. Immers, als iemand in een restaurant na het voorgerecht naar huis gaat, betaalt hij ook niet voor het toetje.

Ik zou graag van de minister willen weten hoe dit nu zit en wat er precies in rekening wordt gebracht. Ik heb begrepen dat deze discussie ook in het CTG plaatsvindt en dat men er daar niet uit is gekomen. Ik zou daar derhalve graag helderheid over willen hebben.

Voorzitter. Heb ik het bij het rechte eind als ik zeg dat het experiment vooral tot gevolg heeft dat ziekenhuizen met elkaar gaan concurreren en de verzekeraars dat helaas niet doen? Immers, in de brief van de minister lees ik: een collectief van verzekeraars gaat onderhandelen met individuele ziekenhuizen over de prijs en het volume per DBC. Als een collectief van verzekeraars met ziekenhuizen gaat onderhandelen, is er, althans met het experiment, nog geen sprake van concurrentie tussen verzekeraars. Ik begrijp wel hoe dit technisch zit. Deze gang van zaken heeft te maken de verrekening van het FB-budget en het voorkomen van dubbele betalingen. Toch vraag ik de minister hierop in te gaan, want het is natuurlijk wel de bedoeling dat ook de verzekeraars vroeg of laat met elkaar gaan concurreren. Hoe denkt hij dat te kunnen bereiken?

Hopelijk komt de concurrentie al in de fase van het experiment of heel kort daarna.

Dan wil ik iets zeggen over de wachttijden. Uit de berichten in de media kwam vorige week een divers beeld naar voren. Eerst kwam minister De Geus in het nieuws met het mogelijk loslaten van de belofte van zijn voorganger Bomhoff om de wachtlijsten voor levensbedreigende ziektes binnen twee jaar weg te werken. Precies een dag later kwamen de verzekeraars met het nieuws dat sprake was van een heuse trendbreuk en waren er hoopvolle berichten over kortere wachtlijsten. Wie de brieven van minister De Geus en de zorgverzekeraars leest, kan inderdaad niet anders dan concluderen dat het aantal wachtenden en ook de wachttijden zijn afgenomen. Dat is goed nieuws. Hetzelfde geldt voor de care. Gelukkig zijn ook extra mensen geholpen in het kader van de ouderen- en gehandicaptenzorg, maar het feit dat voor de care de vraag de komende jaren excessief zal stijgen, vraagt specifieke aandacht.

Bij de algemene politieke beschouwingen heeft mijn fractievoorzitter gevraagd om concrete kwantitatieve doelstellingen voor het terugdringen van de wachttijden en het halen van doelmatigheidswinsten in de zorg. Premier Balkenende heeft op dat punt concrete toezeggingen gedaan. Echter, noch de heer Bomhoff noch waarnemend minister De Geus durft die concrete doelstellingen hier te noemen. Wij vinden dat ze zich daardoor te vrijblijvend opstellen. Minister De Geus komt weliswaar – daarvoor prijs ik hem – met een nulmeting, maar daarbij blijft het voorlopig. Naar die kwantitatieve doelstellingen per sector – hoeveel moeten de wachttijden concreet per jaar per sector worden teruggedrongen? – heb ik in de stukken vergeefs gezocht. Op het halen van dergelijke doelstellingen willen wij de minister of zijn ambtsopvolger kunnen afrekenen. Ik vraag de minister dan ook om deze doelstellingen aan te geven. Bij het begrotingsonderzoek heb ik gezegd dat wij de staatssecretaris prijzen, omdat zij dat voor haar sector wel doet. Ik meen dat zij daarbij een percentage van 20 hanteert. Ik heb de minister uitgenodigd om ook doelstellingen aan te geven. In de brief die wij van hem hebben gekregen, staan zij

helaas niet. Daarom vraag ik de minister nu: wat zijn de doelstellingen met betrekking tot het terugdringen van de wachtlijsten?

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ook ik ben nogal geschrokken van de brief van deze minister, omdat de doelstellingen ontbreken. De vorige minister, de minister die helaas is vertrokken: de heer Bomhoff, had wel een doelstelling. Die hield in dat binnen twee jaar een eind zou worden gemaakt aan het overschrijden van de wachttijden bij levensbedreigende ziekten. Deze minister zegt: dat vind ik te ambitieus. Wat zou volgens de heer Wilders de doelstelling moeten zijn voor het komen tot medisch aanvaardbare wachttijden voor mensen met levensbedreigende ziekten?

De heer **Wilders** (VVD): Ik vind dat die doelstelling absoluut moet gelden en ik hoop dat wij die kunnen realiseren. Ik wil de minister echter recht doen. Ik heb hem niet horen zeggen: dit is te ambitieus. Hij heeft gezegd: dit is ambitieus. Er is verschil tussen het een en het ander. De krantenkoppen zeiden dat minister De Geus de belofte van oud-minister Bomhoff niet waarmaakt. Dat was iets te kort door de bocht. U heeft echter in die zin gelijk dat het signaal was: ik weet niet of ik dit wel zal redden. Ik vraag toch aan de minister – en ik meen dat iedereen in de Kamer dat doet – om zich tot het uiterste in te spannen om de toezegging van zijn ambtsvoorganger waar te maken. Ik ga nog een stapje verder, mevrouw Kant, ik vind dat wij dit soort doelstellingen voor alle sectoren moeten hebben. Ik weet niet in welke sector ik wat volgend jaar van het kabinet mag verwachten. Ik ben het met u eens, maar ga dus nog verder: ik vind dat voor iedere sector concrete doelstellingen moeten gelden. Ik hoop dat de minister die ook zal aangeven, anders zal ik tweede termijn op dit punt een motie indienen.

Voorzitter. Zijn de wachtlijsten en de wachttijden voldoende teruggedrongen? Dat is niet het geval. Naar de mening van mijn fractie staan nog altijd te veel mensen op een wachtlijst. Ook zijn de gemiddelde wachttijden nog steeds veel te lang. Het is opmerkelijk dat er grote verschillen zijn tussen de verschillende specialismen en behandelin-

Wilders

gen. Volgens de cijfers van de verzekeraars daalde het aantal wachtenden voor kliniek- en dagopname dit jaar van 158.000 naar 144.000. Dat is een daling van 9%. Dat is mooi; dit kunnen wij incasseren, maar het is onvoldoende.

Overigens dalen niet alle wachtlijsten. Het aantal wachtenden voor interne geneeskunde, reumatologie, neurologie enz. stijgt zelfs. Zestig proces van de mensen die wachten op zorg, krijgen die niet binnen de gestelde normen, de zogenaamde Treek-normen. Er is dus nog heel veel te doen. Het verder uitbreiden van de opleidingscapaciteit voor personeel in de zorg hoort daar natuurlijk bij. De extra inspanning van deze minister voor radiotherapie en openhartchirurgie is dan ook terecht, getuige het recent rapport van de CVZ.

Hoe het ook zij, iedere wachtende minder en iedere dag minder dat patiënten op hun behandeling hoeven te wachten juichen wij toe. Zo simpel is het. Het boter-bij-de-visbeleid met extra geld werpt vruchten af, maar wellicht kunnen wij nog meer resultaat met diezelfde euro bereiken. Het is de uitdaging voor de komende jaren om meer te produceren tegen zo laag mogelijke kosten. Dat kan als verzekeraars en zorgaanbieders scherp gaan onderhandelen, wat een andere houding van hen vraagt. De verzekeraars moeten dadelijk voor de zorgvrager, voor de patiënt hun uiterste best doen en over scherpe reële prijzen onderhandelen met die zorgaanbieders. Dat wordt nog belangrijker. De zorgaanbieders zullen moeten knokken om hun patiënten te mogen behandelen. Zo zou het eigenlijk moeten zijn. De patiënt staat hierbij centraal. Wij hebben er vertrouwen in dat die andere houding van verzekeraars en van de zorgaanbieders er komt en dat beide goed in de oren knopen dat ook mijn fractie dat van hen vraagt.

Sinds 1994 is er meer dan 14 mld euro besteed aan extra uitgaven voor de zorg. Mijn fractie heeft vorig jaar al aangegeven dat zij dat extra geld voor de zorg van harte heeft ondersteund, maar wel graag wil weten of dat effectief is besteed en of het maximale uit iedere euro is gehaald. Wij weten vaak wel waar het geld naartoe is gegaan. De helft van die 14 mld euro is besteed aan nominale loon- en prijsontwikkelin-

gen, de andere helft aan volumegroei zoals productiegroei, werkdrukvermindering en genees- en hulpmiddelen. Slechts een kwart van die ruim 14 mld euro is in acht jaar tijd aan productiegroei besteed. Ondanks uitgebreide schriftelijke vragenrondes vorig jaar – ik heb al die vragen en antwoorden nog eens doorgelezen – is het voor mijn fractie nog steeds onduidelijk wat de precieze effecten van die extra miljarden euro's, toen gulden, voor de zorg zijn geweest. Laat ik wat voorbeelden geven zonder de illusie te hebben uitputtend te zijn.

Is bijvoorbeeld de aan de instellingsbudgetten toegevoegde 1 mld euro voor de werkdrukmiddelen echt effectief ingezet door de sectoren zelf? Hoe staat het met de middelen voor de zorgvernieuwingsprojecten? Waaraan zijn die precies besteed en waartoe heeft dat exact geleid? Is met de boter-bij-de-visgelden het maximale bereikt of hadden ze effectiever kunnen worden besteed met nog betere resultaten? Wat klopt er bijvoorbeeld van de signalen dat ziekenhuizen deze gelden soms al inzetten, terwijl nog lang niet is voldaan aan de voorwaarde dat eerst de reguliere productie moet zijn gerealiseerd? Zijn de budgetten voor de opleidingen die in de instellingsbudgetten zijn opgenomen allemaal effectief aan opleidingen besteed?

Ik weet het allemaal niet en de minister weet het volgens mij ook allemaal niet, als ik het heb over de effectiviteit van de besteding. Wij vinden het gewenst dat er transparantie in de effectiviteit van de miljarden aan geldstromen komt, niet om in het verleden te verzanden, maar om lessen te trekken voor de toekomst. Dat moet het doel zijn; wij kunnen er wat van leren. Bovendien betreft het miljarden aan euro's die door de burgers zijn opgebracht en waarvoor verantwoording over de effectiviteit van de besteding echt gewenst is. Om die reden acht ik het samen met de heer Buijs van de CDA-fractie en de heer De Graaf van de LPF-fractie gewenst dat een parlementair onderzoek wordt gestart naar de effectiviteit van de besteding van die extra middelen aan de zorg sinds 1994. Ik zal er in tweede termijn een motie over indienen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik hoor de heer Wilders regelmatig

pleiten voor meer marktwerking in de zorg. Dat betekent volgens mij meer autonomie voor de partijen in die zorg. Nu heeft hij een heleboel overigens relevante vragen over de bestemming van gelden. Ik voel mij daar heel goed bij thuis en er moet antwoord op komen; geen misverstand daarover. Maar voelt hij niet een spanning tussen die twee benaderingen?

De heer **Wilders** (VVD): Nee, ik denk juist dat wij uit het verleden heel veel lessen kunnen leren hoe het in de toekomst beter kan. Wij kunnen zien hoe dat geld is besteed en hoe wij het misschien wel of niet moeten doen. Ik kan er nu nog niet de vinger op leggen – daarvoor wil ik dat onderzoek – maar wij zijn ervan overtuigd dat veel van die ondoelmatigheid kan worden tegengegaan door middel van marktwerking: doordat je op prestatie afrekent, doordat je aanbieders niet meer verplicht hoeft te contracteren en doordat je kunt concurreren met een nominale premie, waarover de meningen in dit huis verdeeld zijn, maar wat past in de visie van de VVD over het nieuwe stelsel. Er is echter nog ontzettend veel te leren. Het gaat om zoveel geld dat wij het aan degenen die dat betaald hebben, de Nederlandse belasting- en premiebetalers, verplicht zijn om te kijken wat er precies met dat geld is gebeurd.

De heer **Van der Vlies** (SGP): U wilt uw vragen nu beantwoord hebben, maar wilt u dezelfde vragen in de toekomst ook beantwoord krijgen?

De heer **Wilders** (VVD): Het geld van de toekomst hebben wij nog niet besteed. Ik wil weten hoe het geld in het verleden is besteed. Wij kunnen daar ons voordeel mee doen in de toekomst.

De heer **Van der Vlies** (SGP): U weet als geen ander dat, als het gaat om de beleidsrichting die u bepleit, de rol van de overheid er een op afstand is.

De heer **Wilders** (VVD): Absoluut. Ik denk zelfs dat de rol van die overheid op afstand in een toekomstig stelsel, waarin doelmatigheids-prikkels zijn ingebouwd voor de zorgaanbieders en de verzekeraars en waarin de patiënt kan kiezen, een andere is – zover is het echter nog

Wilders

niet – en dat een en ander eerder aan partijen moet worden overgelaten. Daarom hebben wij onze steun gegeven aan het stuk dat daarover in het Strategisch akkoord is opgenomen. Dat hadden wij ook in ons verkiezingsprogramma staan. Wij willen nu weten hoe de gelden in het verleden zijn besteed. Ik ben ervan overtuigd dat wij heel wat dingen tegenkomen waar wij misschien van schrikken, maar wij kunnen daar zeker lessen uit trekken.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik probeer uw voorstel over een parlementair onderzoek te begrijpen. Wij hebben acht jaar lang paarse kabinetten gehad. VVD en PvdA konden op het punt van het zorgstelsel niet verder komen, omdat ze tegengestelde visies hadden. Moet ik begrijpen dat u een parlementair onderzoek wilt naar de gevolgen van het onvermogen van de twee paarse kabinetten, om vervolgens te komen tot een nieuw zorgstelsel en een meer efficiënte manier van werken? U noemde als beginjaar 1994. Dat vind ik interessant.

De heer **Wilders** (VVD): Dat is leuk geprobeerd, maar het slaat nergens op. Wij willen geen onderzoek naar het onvermogen van Paars. Paars heeft er heel veel geld aan besteed. Toen ik aankondigde wat ik ging doen, heb ik ook gezegd dat wij dat graag hebben gedaan. Wij willen nu alleen weten of het geld goed en effectief is besteed. Wij zijn een partij van financiële degelijkheid. Wij zijn ook een partij die verantwoording wil afleggen en die transparant wil zijn. Zonder bij voorbaat te zeggen dat het allemaal verkeerd is gegaan, willen wij bezien wat de effecten zijn geweest van de besteding van die 14 mld euro sinds 1994. Ik sluit niet uit dat er sommige punten iets te leren valt; dat zeg ik open en eerlijk.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik probeer u echt te begrijpen. Wij hebben twee paarse kabinetten gehad. U noemt allerlei zaken op, marktwerking met name, die in de toekomst tot een betere toedeling van middelen en een efficiëntere manier van werken moeten leiden. U wilt ook bekijken waarom dat in acht jaar niet is gelukt. Ik wijs alvast op een deel van die uitkomst. Het is niet gelukt, omdat de dingen die u wilde, marktwerking en dat soort zaken, niet zijn gerealiseerd. U heeft de

PvdA vervolgens acht jaar lang verweten dat men dat van die kant tegen heeft gehouden. Daarom concludeer ik dat het gaat om een parlementair onderzoek naar wat er sinds 1994 niet is gelukt. Dat weten wij toch?

De heer **Wilders** (VVD): Ik vraag niet naar wat er politiek niet is gelukt. Wij zijn acht jaar lang inderdaad niet gekomen tot een nieuw stelsel. Dat ligt er nu wel, althans de voorstellen daartoe, ook al is het kabinet demissionair. Wij zetten ons ervoor in dat ze ook in het regeerakkoord van het nieuwe kabinet komen te staan. Wij willen onderzoeken of die 14 mld euro effectief is besteed en waar dat toe heeft geleid. Wij moeten daar niet bang voor zijn. Laten wij dat met elkaar onderzoeken. Wij willen dat samen met de fracties van het CDA en de LPF. Wij hopen dat wij daar lessen uit kunnen trekken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het parlementair onderzoek gaat wel degelijk over de vraag wie verantwoordelijk is voor wat.

De heer **Wilders** (VVD): Heeft u de onderzoeksopdracht al gezien?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Neen, maar de VVD heeft hier een aantal maanden geleden ook al voor gepleit. Ten tijde van het vorige kabinet is daar uitgebreid op ingegaan, aan de hand van een heleboel stukken. Het ging ongeveer om 10 kilo papier. Daarin is ingegaan op de vraag waar het geld aan is besteed. Vervolgens heeft de VVD geconcludeerd dat het geen zin had om een onderzoek in te stellen. Waarom maakt de VVD nu een ommezwaai?

De heer **Wilders** (VVD): Wij hebben toen ook al gedacht dat het goed zou zijn om het te onderzoeken. Wij zijn de initiator geweest van al die vragen. Wij hebben allemaal de antwoorden daarop gekregen. Vervolgens hebben wij nagegaan, ook in commissieverband, of er nog een onderzoek kon worden gedaan door de Algemene Rekenkamer, maar daar bleek geen ruimte voor te zijn. Daarna kwam het verkiezingsjaar. Evenals mevrouw Van Blerck vorig jaar, zijn wij nog steeds van mening dat wij de echte antwoorden niet hebben kunnen vinden in de

stukken van de regering. Wel wordt daarin aangegeven waar het geld naar toe is gegaan, maar niet duidelijk wordt waar het toe heeft geleid. Wij vinden nu dat wij via een meerderheid in de Kamer moeten proberen daarnaar een onderzoek te laten verrichten. Mijns inziens kan dat ons zeker wat leren. Ik hoop ook dat u daar voor bent.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik zou dan graag ook de Zalmnorm bij dat onderzoek willen betrekken.

De heer **Wilders** (VVD): Doet u vooral uw best, maar als u meedoet zijn wij al een heel eind.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben heel geïnteresseerd of u van mening bent dat de volgende vraag onderdeel van dat parlementair onderzoek zou moeten zijn. Voordat Paars begon met regeren zijn er allerlei waarschuwingen geweest van gerenommeerde instituten die berekeningen hebben gemaakt van wat het percentage groei in de zorg zou moeten zijn om problemen te voorkomen. Desalniettemin was de groei waarvoor de twee vorige kabinetten gekozen hebben minder. Ik zou graag bij dat parlementair onderzoek willen betrekken de vraag hoe dat heeft kunnen gebeuren en wat de gevolgen ervan zijn geweest. Hoe heeft het kunnen gebeuren dat onder de vorige twee kabinetten en onder de politieke verantwoordelijkheid van de Tweede Kamer waar wij hier allemaal bij waren, de wachtlijsten zijn gegroeid, de onnodige sterfte op de wachtlijsten is toegenomen, ouderen in de steek gelaten zijn en gehandicapten langer op de wachtlijst hebben gestaan. Dát vind ik een interessante onderzoeksvraag.

De heer **Wilders** (VVD): Het staat u vrij om bij de nadere bespreking van de opdracht uw punten in te brengen. Nogmaals, het gaat mij om een onderzoek naar de effectieve besteding van de 14 mld. Wij gaan niet alleen over de onderzoeksopdracht. Als de door ons in tweede termijn in te dienen motie ter zake wordt aangenomen en wij er vervolgens inhoudelijk over komen te spreken, kunnen wij gezamenlijk ingaan op de nadere definiëring van de onderzoeksopdracht.

De heer **De Graaf** (LPF): Mevrouw Kant zei zo-even: hier zijn wij als

Wilders

Kamer allemaal bij geweest. Ik haar vertellen dat wij er in ieder geval niet bij zijn geweest. Daarom ondersteunen wij van harte het voorstel van de heer Wilders tot het houden van een parlementair onderzoek.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Wij moeten natuurlijk ook geen inflatie krijgen van parlementaire onderzoeken en enquêtes die elkaar gaan opvolgen. Ik vind dat de heer Wilders op z'n minst een hypothese moet hebben van wat er zijns inziens verkeerd is gegaan. Als zijn enige motivatie is dat niet bekend is waar het geld gebleven is, dan kunnen wij de tijd en de moeite beter besteden.

De heer **Wilders** (VVD): Voordat ik tot het voorstel kwam, heb ik zeven of acht voorbeelden genoemd. Ik heb daar nog bij gezegd: zonder de illusie te hebben uitputtend te zijn.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik vraag niet naar voorbeelden maar naar een hypothese. Wat is er volgens u fout gegaan? Wie is daarvan de schuld?

De heer **Wilders** (VVD): Ook daarop ben ik al ingegaan in mijn inleiding. Ik ga dat echt niet herhalen.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Wat is de precieze reden om dit onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg te entameren en waarom bijvoorbeeld niet op het gebied van onderwijs, sociale uitkeringen of de waterstaat? Wat maakt dat dit speciaal voor de gezondheidszorg nodig is?

De heer **Wilders** (VVD): We behandelen hier de begroting van Volksgezondheid, niet die van Sociale Zaken of wat dan ook. U behoeft het natuurlijk niet met mij eens te zijn, hoewel ik natuurlijk hoop dat u dat wel bent, maar ik meen oprecht aangegeven te hebben waarom wij dat onderzoek nodig achten.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Uit andere sectoren ken ik toch voorbeelden die veel pregnanter zijn, maar moeten wij als Kamer daarnaar dan ook onderzoek doen?

De heer **Wilders** (VVD): Beantwoord u uw eigen vraag, zou ik zeggen. Ik doe dit voorstel. Als u een ander wilt doen, dan hoor ik dat graag.

Voorzitter. Dan het belangrijke thema van de arbeidsmarkt. Het is verheugend dat niet alleen de vraag in de zorg maar ook het arbeidsvolume de laatste jaren met ongeveer 20% is gestegen waardoor nu meer dan 1 miljoen mensen veelal naar tevredenheid in de zorg werken. Volgens het CPB groeit de werkgelegenheid in de zorg. De instroom in de opleidingen verpleging en verzorging stijgt en het nettoverloop uit de sector naar andere sectoren daalt. Ook de werkdruk is gedaald. Maar er blijven nog steeds vele mensen nodig, die bovendien goed zijn opgeleid.

Voorzitter. Er zijn op het gebied van de arbeidsmarkt nog een aantal onopgeloste problemen. Veel winst is te behalen met het verder terugdringen van het ziekteverzuim en de verlaging van de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Gelukkig daalt het ziekteverzuim in de sector voor het eerst sinds jaren en lijkt ook de WAO-instroom stabiel. Ik wil de minister echter toch vragen op welke wijze hij voor de zorg een extra slag gaat maken als het gaat om het terugdringen van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid. Welke rol spelen ook in de zorg positieve en negatieve prikkels? Welke concrete resultaten kan hij melden van de effecten van de arbeidsconvenanten die wij al vanaf 1999 in deze sector hebben? Waarom zijn er in die convenanten geen doelstellingen opgenomen als het gaat om de uitstroomkans? Kan de minister toezeggen dat hij zal proberen deze alsnog in de convenanten tot 2007 opgenomen te krijgen?

Voorzitter. Wij zijn benieuwd naar de begin volgend jaar te verschijnen evaluatie van het onafhankelijke onderzoek naar de uitvoering van de arbeidsmarktmaatregelen door de sectorfondsen. De sectorfondsen hebben volgend jaar maar liefst 200 mln euro tot hun beschikking. Een groot deel daarvan is overheidsgeld. Het rapport van een MDW-werkgroep hierover is niet mis. Ik weet niet of de minister dat tot zich heeft kunnen nemen. Daarin staat dat 78% van het budget van deze sectorfondsen rechtstreeks wordt doorgegeven aan de instellingen in de vorm van subsidies, wat niet strookt met de expliciete doelstellingen van de fondsen. De MDW-werkgroep stelt zelfs dat niet kan worden aangetoond dat de sectorfondsen Zorg en

Welzijn überhaupt moeten worden gecontinueerd. Dat zijn harde woorden. Wanneer niet duidelijk is waaraan het geld wordt besteed en de besteding niet overeenkomt met de doelstelling, dan zit daar natuurlijk wel iets in. Dezelfde MDW-werkgroep doet dan ook een voorstel om te komen tot een apart opleidingsfonds. Ik vraag de minister daarop te reageren.

Voorzitter. Nog een enkel woord over het initiatiefwetsvoorstel apotheekhoudende huisartsen. Ik hecht eraan hier vandaag mee te delen dat ik na goed overleg met mijn gewaardeerde collega Van Blerck heb besloten om dit initiatief van haar over te nemen. De naam van medeondertekenaar en oud-collega Oudkerk zal worden vervangen door de naam van mevrouw Arib. Uiteraard blijven ook de heren Bujs en Van der Vlies medeondertekenaar. Het advies van de Raad van State is binnen. Wij zullen dat snel van een nader rapport voorzien. Vervolgens kan de schriftelijke voorbereiding van dit wetsvoorstel, dat nu denk ik het initiatiefwetsvoorstel-Wilders c.s. zal gaan heten, beginnen.

Voorzitter. Namens mijn fractie heb ik ook bij kleine ziekenhuizen gepleit voor een onderscheid tussen te plannen en niet te plannen zorg. Het idee is dat de overheid een grotere taak heeft bij spoedeisende hulp en de markt meer bij te plannen electieve zorg. Ik zal de argumenten niet herhalen, maar ik ben verheugd dat deze minister getuige zijn recente brief over het bereikbare ziekenhuis de gedachte interessant vindt en zich er met wat kanttekeningen min of meer bij aansluit. Ik dank hem daarvoor. Wij hechten zeer aan dat thema. Ik vraag hem wanneer we de nadere uitwerking die hij in zijn brief aankondigt, tegemoet kunnen zien.

Voorzitter. In de zorgnota vraagt het kabinet aparte aandacht voor zelfstandige behandelcentra. Wij hebben daar zojuist al uitgebreid over gedebatteerd. Vermeld wordt dat zij voor bepaalde functies of aandoeningen voor een snelle groei van de capaciteit kunnen zorgen. Ik heb al eerder gezegd dat ik blij ben dat de keuze voor de zeventien ingrepen zodanig gemaakt is dat zij ook door ZBC's kunnen worden uitgevoerd. De minister noemt in zijn brief over het bereikbare ziekenhuis, waarover ik net al sprak, het onderscheid tussen voorzienbare en niet-voorzienbare zorg ook interes-

Wilders

sant vanuit het perspectief van het verruimen van de mogelijkheden van ZBC's. Mijn fractie vindt dat de ZBC's meer moeten zijn dan een nuttige luis in de pels. De ingezette daling van de wachtlijsten komt voor een deel ook door de ZBC's, zo lazen wij gisteren nog in het Financieel Dagblad. Ik vraag de minister of dit inderdaad het geval is.

Voorzitter. Als wij marktwerking willen hebben in de zorg, moeten wij er zeker in een tijd van schaarste voor zorgen dat de aanbieders gemakkelijker toegang krijgen tot die zorg. Wij hebben eerder meer dan minder aanbod nodig. Wij vinden dan ook dat ZBC's meer moeten worden gezien als een volwaardige vorm van zorgaanbod, welke de keuze voor de patiënt alleen maar vergroot. Natuurlijk blijft een goed toezicht op de kwaliteit zeer noodzakelijk. Vindt de minister het geen tijd om eens te kijken of hij de beleidsregels die nu gelden voor de ZBC's kan moderniseren? Het gaat nu te ver om precies te zeggen wat wel en wat niet moet gebeuren. Ik vraag de minister om eens te kijken of dat niet wat kan worden versoepeld. Ik noem de wachtlijstproductie waartoe het beperkt is, de dagbehandeling en noem maar op. Ik hoor daar graag een reactie op.

Volksgezondheid kent een oerwoud aan zelfstandige bestuursorganen die elk vechten om een bestaan, anticiperend op een nieuw zorgstelsel dat meer gericht is op de markt en het individu en minder op de overheid. Wij kennen nu verschillende organen. Wij kennen nu het CVZ, het CTZ, het CTG, het CBZ, het CSZ, het SUO, enz. Al die afkortingen, het is om gek van te worden! De regering heeft onlangs een brief geschreven over het functioneren van deze organen in de afgelopen jaren. Er ontbreekt echter een visie over het uitdunnen of überhaupt de positie van die organen in de toekomst. Ik nodig de minister dan ook uit om zeer kritisch na te denken over de toekomstige taken en dus ook het bestaansrecht van deze organen. Dat moet vooral worden getoetst aan de uitgangspunten van het nieuwe verzekeringsstelsel. Welke organen kunnen in het nieuwe stelsel verdwijnen? Welke kunnen in afgeslankte vorm blijven bestaan? Welke kunnen wellicht worden samengevoegd? Een dergelijke visie ontbreekt nu. Ik vraag de minister, die alsnog te geven.

De heer **De Graaf** (LPF): U spreekt over het oplossen van de wachtlijsten door middel van de ZBC's. Bent u dan ook van mening dat de vergoedingen voor verrichtingen die in die ZBC's plaatsvinden, naar een integrale kostprijs moeten? Je kunt die mensen toch niet onder de prijs laten werken? Dan kunnen zij niet functioneren. Hoe ziet u dat dan?

De heer **Wilders** (VVD): Als wij pleiten voor een grote rol van de ZBC's, moet er sprake zijn van een level playing field.

De heer **De Graaf** (LPF): Dat is een LPF!

De heer **Wilders** (VVD): Als u dat wilt, kunt een level playing field ook een LPF noemen. Ik was er niet opgekomen, maar dat zou inderdaad kunnen. De vraag, wanneer men waarvoor in aanmerking komt, moet worden bezien in relatie tot de overige aanbieders in de zorg. Dat geldt dus bijvoorbeeld ook voor het experiment, maar dat geldt in zijn algemeenheid. In die zin ben ik dat dus met u eens.

De heer **De Graaf** (LPF): Er is sprake van een oneerlijke concurrentiepositie van het ziekenhuis ten opzichte van het ZBC. Vindt u dan ook dat er in wezen een verrekening moet plaatsvinden met een stuk van de lumpsum die in het ziekenhuis aanwezig is? Die mist men in het ZBC. Er moet dus daadwerkelijk een ander tarief worden afgesproken.

De heer **Wilders** (VVD): Wellicht kan de minister uw vraag meenemen. Ik beoog in ieder geval om de ZBC's wat meer ruimte te geven. Er moet sprake zijn van een level playing field, zodat er geen sprake is van een bevoordeling of benadeling ten opzichte van andere instellingen in de sector.

Mevrouw **Kant** (SP): U scheidt nu mede naar aanleiding van de interruptie van de heer De Graaf een bepaalde ruimte. Dat staat mij niet aan. Er is gesproken over een integrale kostprijsberekening voor verrichtingen die in de ZBC's plaatsvinden. Dat vind ik allemaal leuk en aardig, maar dan moet er ook integrale zorg worden geleverd! Daarin zit natuurlijk het verschil! Ik neem aan dat u dat erkent.

De heer **Wilders** (VVD): Dat is inderdaad een van de verschillen. Dat is ook een van de voorwaarden die in de ministeriële regeling worden genoemd. Mijn vraag is om te bezien op welke manier een versoepeling kan plaatsvinden.

De heer **De Graaf** (LPF): Voorzitter. Mevrouw Kant heeft een vraag gesteld. Natuurlijk moet er ook echte zorg worden geleverd. Dat is het uitgangspunt. Integrale prijzen en integrale zorg leveren, natuurlijk!

De heer **Wilders** (VVD): Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog en ben toe aan het laatste punt: de taakstelling geneesmiddelen. De minister wil de kortingen en de bonussen van de apothekers afroemen. Een beperking van het ziekenfondspakket op basis van de trechter van Dunning laat hij liever aan het volgende kabinet over. Hij vindt de kortingen en bonussen onaanvaardbaar hoog. Opgemerkt wordt dat de receptregelvergoeding inmiddels kostendekkend is, zodat de inkomsten uit kortingen en bonussen ook niet meer nodig zijn om de praktijkkosten van de apotheekhoudende te dekken. De KNMP bestrijdt dit overigens. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Mijn fractie is het eens met de minister dat de kortingen en bonussen exorbitante vormen hebben aangenomen en onacceptabel hoog zijn. Wij neigen er dan ook naar om de plannen van de minister te steunen. Er moet echter wel op een zorgvuldige wijze worden gehandeld. De heer Buijs heeft ook een dergelijke opmerking gemaakt toen hij sprak over de jonge apothekers. Op de punten waar de apothekers zelf mee komen, moeten tegenargumenten komen.

Voorzitter. Dat hoeft niet allemaal nu te gebeuren. Ik erken dat het vrij technisch is, maar ik begrijp dat de AMvB wordt voorgehangen op grond van artikel 14 van de WTG. Wij willen in ieder geval ruim voor die tijd een stuk van de minister, waarin alle argumenten en tegenargumenten worden besproken. Wij vinden dat er op de langere termijn gewerkt moet worden aan een systeem van marktwerking, buiten het GVS en de WTG om. Nepharma heeft daarvoor een alternatief verzonnen. De heer Buijs heeft daarover ook gesproken. Kan de minister hierop inhoudelijk reageren? Vooralsnog steunen wij zijn voornemens voor volgend jaar.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De vorige minister van Volksgezondheid, de heer Bomhoff, begon voortvarend met uitspraken over het recht op zorg. Dat recht was inmiddels reeds afgedwongen door de rechter. De toenmalige minister zei echter voor het recht op zorg te gaan. Het waren mooie woorden. Aan daden is hij helaas niet toegekomen. De heer Bomhoff geloofde in meerdere opzichten in sprookjes. Helaas is zijn sprookje inmiddels uitgeblazen. Hij geloofde in sprookjes toen hij sprak over het recht op zorg en dacht dat recht voor elkaar te kunnen krijgen zonder extra investeringen. Dat is in onze ogen onmogelijk.

Eerlijk is eerlijk. Het extra geld dat voor de wachtlijsten is uitgetrokken volgens het zogenaamde boter-bij-de-visprincipe heeft aantoonbaar laten zien dat de wachtlijsten korter werden. Het is echter nog steeds onvoldoende. Het was een klein effect. Als het tot het door de toenmalig minister Bomhoff gepredikte volledig loslaten van de budgettering was gekomen, had dat veel meer geld gekost. Dat geld stelt dit kabinet niet beschikbaar. Sterker nog, het is de vraag of het systeem van extra geld voor het wegwerken van de wachtlijsten in stand blijft. Ik wil daar opheldering over. Ik begrijp dat dit principe losgelaten wordt als het experiment begint. Dat lijkt mij geen goede zaak.

Recht op zorg is geen recht op tijdige zorg. Ik heb in de vorige kabinetsperiode meermalen een debat over dit onderwerp aangevraagd en gevoerd. Na lang aandringen heeft dat geleid tot de erkenning dat er in ons land mensen onnodig overlijden omdat er wachtlijsten zijn. De heer Bomhoff heeft aangegeven het probleem van de onaanvaardbaar lange wachttijden bij levensbedreigende ziekten op te willen lossen. Ik schrok een beetje van de brief van zijn opvolger, de heer De Geus. Hij vindt die ambitie hoog. In de brief staat "uiterst ambitieus". Ik wil weten wat de minister daarmee bedoeld. Als het gaat om het oplossen van dit probleem, kan men immers niet snel te ambitieus zijn.

Recht op zorg is heel mooi. Als er niet gezegd kan worden wanneer die zorg komt en als mensen overlijden voordat de zorg geleverd is, heeft men daar niet zoveel aan. Wil de

minister de verantwoordelijkheid op zich nemen dat het nog langer dan twee jaar duurt voordat het probleem is opgelost dat mensen in ons land onnodig sterven? Ik hoop van niet. Wat mij betreft moet het veel sneller.

Ik ben ervoor om te werken aan een wet die maximale tijden stelt voor het wachten op zorg bij levensbedreigende ziekten. Ik wil dat wettelijk vastleggen. Ik ben in Denemarken geweest op werkbezoek. Daar is zo'n wet, die 2-2-2 heet. Als er vermoeden is van kanker of een hartprobleem moet iemand binnen twee weken doorverwezen worden naar de betreffende specialist. Binnen twee weken moet de diagnose gesteld worden en binnen twee weken moet met de behandeling worden gestart. Dat zijn de tijden waarbinnen mensen geholpen moeten worden. De deskundigen vinden dat dit moet gebeuren, medisch gezien. Dan moeten wij een en ander wettelijk vastleggen en garanderen dat het gebeurt. Ik vraag de minister of hij ervoor voelt zo'n wet in Nederland in te voeren. Het gaat specifiek om vormen van kanker en levensbedreigende hartaandoeningen. Met zo'n wet ligt de verantwoordelijkheid om binnen die tijd te handelen bij de ziekenhuizen. Als zij die niet kunnen waarmaken, omdat zij de middelen of de voorzieningen niet hebben, moeten zij aangeven waar het probleem ligt. Vervolgens moet de overheid met hen in overleg gaan over een oplossing. De wettelijke plicht heeft volgens de specialisten in Denemarken tot de nodige druk en tot oplossingen geleid. Ik hoor hierop graag een reactie.

Wachten kan ook niet bij de ambulancezorg. Ook hier is het een kwestie van leven of dood. Ik vind het daarom onbegrijpelijk dat de problemen zo lang niet opgelost zijn. Ik begrijp dat er een gesprek is geweest en dat er geld gevonden is. Ik hoor graag een reactie. Ik heb een amendement liggen voor het geval het geld niet is gevonden. Er moet een bedrag van 30 mln komen.

Recht op zorg is nog geen recht op menswaardige zorg. Wij hebben een kabinet dat veel heeft gezegd en op papier heeft gezet als het gaat over waarden en normen, maar ik vind daar niets van terug als het gaat om verlaging van de werkdruk in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg of de GGZ. Waarom wordt daar in

deze sectoren niets aan gedaan? Begin dit jaar hebben wij met het comité Zorg voor iedereen een meldweek gehouden voor werkers die werken in een verpleeghuis. Ik heb zelf ook aan de telefoon gezeten en je schrikt je echt kapot. Waar ik het meeste van schrok waren mensen die werken in een verpleeghuis en die zeiden dat het voorkomt dat je niet voldoende tijd hebt om bij een stervende te zitten of die te begeleiden. Dat gebeurt in ons land, door de hoge werkdruk. Hoezo waarden en normen?

Ik kom hiermee ook bij het punt van de arbeidsmarkt. De arbeidsmarkt in de zorg is nu misschien een klein beetje beter, maar er is natuurlijk nog steeds een structureel probleem. Wij moeten er echt naar toe dat wij die spiraal gaan doorbreken. Naast werkdruk en arbeidsomstandigheden hoort daar ook een betere beloning bij. Ik zeg dat al jaren en blijf het zeggen: hogere salarissen. Alle keren dat ik het in de Kamer had over hogere salarissen en er acties waren in de zorg, werd altijd gezegd: daar gaat het kabinet niet over. Wat zie ik nu tot mijn stomme verbazing in de zorgnota staan? 2,5% loonmatiging, ook in de zorg. Ik dacht dat het kabinet daar niet over ging. Als het hierom gaat, spreekt dit kabinet volgens mij met een dubbele tong. 2,5% loonmatiging in de zorg is wat mij betreft echt onaanvaardbaar. Men loopt nog steeds achter en er is echt méér nodig om dat werk aantrekkelijk te maken en te houden.

Eigenlijk vind ik het hele cao-proces in de zorg een oneigenlijk proces. De werkgevers verschuilen zich achter de overheid, want die stelt niet genoeg geld beschikbaar om een fatsoenlijke cao af te sluiten, en de overheid verschuilt zich weer achter de werkgevers, want die moeten maar onderhandelen met de werknemers en daar wil de overheid niet tussen komen. De salarisverhoging voor verpleegkundigen en verzorgenden gaat dan altijd weer ten koste van de zorg. Als zij een hoger salaris bedingen en dat ook krijgen, gaat de werkdruk weer omhoog omdat er minder mensen kunnen werken, of gaat het op andere manieren ten koste van de zorg zelf. Ik vind dat een heel oneerlijk systeem en zou daar graag van af willen. Waarom doe wij het in de zorg niet net zoals in het onderwijs: cao-onderhandelingen

Kant

met de overheid erbij? Die is immers verantwoordelijk voor het geld dat ervoor op tafel moet komen.

Ik krijg ook graag een reactie op de vraag, hoe deze minister denkt dat de zorg het verlies van zo'n 6000 I/D-banen zou moeten opvangen. Klopt het verder dat er geen financiële middelen zijn om een Arbo-convenant af te sluiten voor de verpleging en verzorging? Als dat klopt, hoe kan dat dan en wat wordt hieraan gedaan?

In een vragenuur is aandacht gevraagd voor het werven van Zuid-Afrikaanse artsen. De vorige minister heeft nog gezegd dat hij in overleg zou gaan met de Zuid-Afrikaanse regering. Mijn vraag aan deze minister is: is dat gebeurd, wat was de uitkomst van het overleg en wat zijn de consequenties daarvan? Ik heb inmiddels gehoord dat niet alleen Zuid-Afrikaanse artsen geworven worden, maar ook operatiepersoneel. In de Kamer hebben wij, na lang aandringen van mijn fractie, gezegd dat werven van verpleegkundigen uit landen waar men ze harder nodig heeft dan hier, niet ethisch is en dat wij dit dus niet moeten doen. Daarom werven wij niet in Zuid-Afrika en staan wij ook niet toe dat geworven wordt in Suriname. Maar als wij vinden dat dit voor verpleegkundigen geldt, waarom dan niet voor artsen en voor operatiekamerpersoneel?

Normen en waarden zijn ook ver te zoeken als je kijkt wat dit kabinet doet voor de daklozen- en de vrouwenopvang. Het actiecomité Onderdak heeft een tienpuntenplan opgesteld waarover met alle betrokken partijen overleg is gevoerd op het ministerie. Ik mocht daar zelf ook bij zijn. Door alle partijen is heel positief op het plan gereageerd en is vastgesteld dat het goede punten zijn en dat dit extra geld kost. Als dat dan zo goed ontvangen is, waarom komt het geld er dan niet? Ik heb op dat punt een amendement ingediend.

Voor vrouwenopvang geldt hetzelfde. Ik heb vernomen dat in 2001 zo'n 13.000 vrouwen die hun eigen huis of omgeving ontvluchtten, bijvoorbeeld wegens mishandeling, voor een dichte deur kwamen bij de vrouwenopvang. Helaas is dit nog steeds een groot maatschappelijk probleem en deze vrouwen komen dan vervolgens ook nog eens voor een dichte deur.

Nog een schrijnend probleem: kindermishandeling. Elke week overlijdt er een kind. Er staan mooie woorden over in het regeerakkoord. Woorden zijn mooi, maar ik wil daden zien. Er komt een proefregio waar wordt gekeken hoe kindermishandeling tegengegaan kan worden, maar het idee was aanvankelijk om dat in drie regio's te doen. Waarom doen wij het dan niet direct in drie regio's? Ook moet er op dit punt veel meer aan preventie worden gedaan dan nu gebeurt. Dat is heel goed mogelijk vanuit consultatiebureaus, maar die moeten daar dan wel meer ruimte en tijd voor hebben en zoals u weet, betekent dat meer geld. Ik heb ook op dit punt een amendement ingediend. Ik krijg veel mailtjes van ouders-on-line. Deze website, op initiatief van ouders opgezet, dreigt aan zijn eigen succes ten onder te gaan. Veel ouders vinden er echter steun bij en mijn vraag is nu of de staatssecretaris mogelijkheden ziet voor ondersteuning.

Wat betreft de nominale premies is het sociale gezicht van het CDA ver te zoeken. Hierover zijn al vragen gesteld in de Kamer en toen zei de minister dat hij niet wist of het zou lukken om de geneesmiddelenprijzen te drukken. Twee dagen later wist hij het echter wel. Flauwekul natuurlijk dat hij het tijdens het vragenuur nog niet wist. Daar komt nog iets bij. Gesuggereerd werd dat de nominale premies moeten stijgen omdat de kosten van de zorg stijgen. Daarmee neemt de minister de Nederlandse bevolking toch wel een klein beetje in het ootje. Het is immers dit kabinet dat 700 mln euro op de rijksbijdrage aan de ziekenfondskas heeft bezuinigd. Dat is een van de belangrijkste redenen waarom de nominale premies moeten worden verhoogd. Als dat niet gebeurd was, was deze enorme stijging niet nodig geweest. Nu dat gat van 700 mln euro en tegenvallers in de sfeer van de geneesmiddelen van 300 mln euro er is en ook wij met geen mogelijkheid dat ene miljard ergens vandaan kunnen plukken, stellen wij voor om het te dichten via de inkomensafhankelijke AWBZ-premie en niet via de nominale premie.

Ook ik ben van mening dat kortingen en bonussen in de wereld van de geneesmiddelen moeten worden aangepakt. Daar is iedereen het over eens. Dat moet echter wel gebeuren aan de bron. Als er flinke kortingen en bonussen kunnen

worden gegeven door de farmaceuten, kan er ook wel iets van de prijs af. Dat lijkt mij een logische conclusie. Daarom stel ik voor, die kortingen en bonussen af te romen door middel van een aanscherping van de Prijzenwet geneesmiddelen. Ook de marketing kan worden aangepakt want daar wordt eveneens erg veel aan uitgegeven. Er is veel verwarring geweest over de rol van de inspectie in het toezicht op de marketing. De door de minister toegestuurde stukken zijn een apart debat waard. Ik zal daarom dan ook vragen. Nu wil ik alvast opheldering over zijn uitspraak dat het wetsvoorstel geneesmiddelenvoorziening niet plenair in behandeling is genomen door de Kamer. Wat krijgen wij nu? Het was toch de minister die het wetsontwerp heeft ingetrokken? Ik ben benieuwd naar de visie van deze minister op de vraag in hoeverre het reclametoezicht aan zelfregulering kan worden overgelaten. Blijkbaar denkt hij er toch iets anders over dan zijn voorganger.

De heer **Jense** (Leefbaar Nederland): Voorzitter. Mag ik u ...

De **voorzitter**: Nee, u kunt zich voorstellen waarom ik nog even wacht met u de gelegenheid te bieden om een interruptie te plegen.

Mevrouw **Kant** (SP): Als de heer Jense een inhoudelijke vraag wil stellen, heb ik daar geen bezwaar tegen.

De **voorzitter**: Dat bepaal ik. Een van de weinige taken die ik hier heb, is het al of niet toestaan van interrupties.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik weet dat het al laat is, maar ik debatteeer graag met mijn collega's.

De **voorzitter**: Laat ik dan toch maar even zeggen waarom ik de heer Jense geen interruptie toesta. Iemand die tien minuten geleden kwam binnenwandelen, sta ik niet toe om meteen een interruptie te plegen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zou er geen enkel probleem mee hebben, want ook de SP-fractie is een kleine fractie geweest.

Ik wil ten slotte nog enkele losse vragen stellen. De opbrengsten van het elektronisch voorschrijfsysteem

Kant

vallen tegen, mede omdat de prijzen van de generieke geneesmiddelen vrij hoog blijven. Dat wordt door de maatregelen van deze minister niet opgelost en dat is een reden te meer om die prijzen rechtstreeks aan te pakken. Hierdoor komt echter de praktijkondersteuning van huisartsen, die toch al niet veel te verwachten hebben van dit kabinet, in gevaar. Dat is ernstig met het oog op de huisartsentekorten die er al zijn. Ik wil graag weten hoe de minister dit denkt te gaan oplossen. Kan hij een overzicht geven van de stand van zaken met betrekking tot de vijf actiepunten van de huisartsen?

De uitstroom van fysiotherapeuten vanwege de hoge werkdruk wordt een steeds groter probleem. Is de minister bereid de tarieven aan te passen conform het CTG-voorstel?

Ook over de kleine ziekenhuizen wil ik graag nog een apart debat. Ik houd het nu bij de opmerking dat ik op dit punt zeer teleurgesteld ben. De Kamer heeft een stop afgekondigd met betrekking tot de fusies van kleine ziekenhuizen. De stand-still is er, maar we komen geen stap verder. Wij in ieder geval niet, maar de ziekenhuizen gaan wel stappen verder bij de afbraak van kleinere ziekenhuizen. Er is een inventarisatie beloofd van de situatie in het land. Het lijstje dat is gepresenteerd, had ik al. Het gaat om de problemen en hun oplossingen. Wij willen dat er stappen worden gezet voor het behoud van de kleine ziekenhuizen.

Met preventie is er nog veel winst te behalen, met name bij de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De budgetten voor preventie zouden dan wel substantieel hoger moeten zijn. Is de minister bereid om in ieder geval de door de GGD berekende noodzakelijke extra uitgaven van 50 mln bij de invoering van de Wet collectieve preventie inclusief de jeugdgezondheidszorg, te investeren? Zijn de bewindslieden bereid om het project van Pharos rond vrouwenbesnijdenis te financieren?

Uit het deze week gepresenteerde rapport van de CG-Raad "Wachtstand-zorg" komt een veel negatiever beeld naar voren dan de staatssecretaris een week eerder schetste. Hoe kan dat? De CG-Raad wil graag een offensief inzetten. Is de staatssecretaris bereid om dit financieel te ondersteunen?

Verder nog een vraag over het instemmingsrecht van cliëntenraden

en de aparte financiering hiervan. Eerder zijn hierover na een kamerdebat toezeggingen gedaan, maar ook daar is volgens mij geen enkele stap gezet. Is de minister bereid om voor een vervolgprogramma voor de versterking van de positie van GGZ-cliënten in de regio een budget van 2 mln op jaarbasis beschikbaar te stellen in de periode tot en met 2006? Hoe worden de kosten voor vervoer en dagvoorziening in verzorgingshuizen gecompenseerd?

De beste toetsing van beslissingen rondom euthanasie is toetsing vooraf. De scanartsen leveren hier een heel belangrijke bijdrage aan. De minister erkent dit ook. Betekent dit dat de 1,8 mln euro er komt en hoe zit het met de langetermijn-financiering hiervan? Het sombudget wordt slechts voor een jaar aangevuld. Dat betekent op termijn een groot gat in de preventie-activiteiten. Of kan de minister mij geruststellen?

Mijn laatste punt: de Wet voorziening gehandicapten, met name de grote ontevredenheid over de dienstverlening rond het vervoer. Dit kabinet wil zelfs bij vervoer voor gehandicapten voor een dubbeltje op de eerste rang zitten. Onlangs was er een actiedag van de Vereniging Spierziekten Nederland. De ervaringen van de mensen die van dit vervoer gebruik moeten maken, waren echt schokkend. Wat gaat dit kabinet doen om voor deze gehandicapten en chronisch zieken fatsoenlijk vervoer op tijd te realiseren? De klachten zijn gigantisch, en terecht, want ik heb een dag op zo'n busje meegereden. De actie heette dan ook: "Het busje komt zo". Maar het busje kwam niet.

□

De heer **De Graaf** (LPF): Voorzitter. Alvorens ik aan de behandeling van de zorgnota toekom, moet ik eerst een opmerking kwijt over een naar mijn gevoel misplaatst gebruik van de wachtlijsten. De wachtlijsten worden tegenwoordig gebruikt als politiek instrument. Vlak voor de behandeling van de zorgnota roept Zorgverzekeraars Nederland bij monde van Hans Wiegel dat de wachtlijsten met 7300 wachtenden zijn afgenomen. Hij wijt dit aan het goede beleid van Paars II, dat nu zijn vruchten zou afwerpen. Wij hebben een tijd gehad dat wij ons als ontwikkeld land schaamden als wij

zulke wachtlijsten hadden. Die werden toen genegeerd. Nu probeert men er politiek mee te scoren en dat is beschamend. Vorige week werd in een brochure van de Nederlandse Hartstichting bekend gemaakt dat het aantal acute hartdoden in Nederland inmiddels was toegenomen tot bijna 50.000 mensen per jaar. Dat is 36% van de totale jaarlijkse sterfte in ons land. Voor velen van hen was de wachttijd te lang geweest. Of ze kwamen daar niet eens aan toe en zijn daarom onnodig gestorven. Bij een normale toegankelijkheid van de zorg zouden velen nu nog in leven zijn. Het aantal verloren levensjaren had niet zo groot hoeven zijn. Over andere wachttijden, zoals voor de aanspraak op AWBZ of huisartsenzorg in avond-, nacht- of weekenddiensten hebben wij het niet eens. Wiegel meldt trots dat er 7300 mensen minder staan op de wachtlijsten. Het lijkt erop dat de aantallen op de wachtlijsten als een concurrentiemechanisme worden gebruikt, in de trant van reclamespotjes: direct verzekeren, direct resultaat. Nederland moest zich schamen, we kunnen niet eens voor onze eigen burgers zorgen! Dit is in het buitenland niet meer uit te leggen.

De belangrijkste oorzaak van de wachtlijsten is de socialistische opvatting dat wij de kosten voor de gezondheidszorg in totaliteit moeten afwentelen op de collectieve sector. Hierdoor weet niemand meer wat de gezondheidszorg echt kost. Men denkt dat het gratis is en handelt daar ook naar. Men eist van de arts dikwijls de onmogelijkste dingen. Men wil direct een MRI-scan of men gaat winkelen voor een second opinion. Wij zijn door een gebrek aan kostenbesef volledig de weg kwijtgeraakt. Mede door de grote hoeveelheid inactieven in onze samenleving zullen de lasten voor het te kleine aantal actieve mensen onbetaalbaar worden om een ongelimiteerde optimale zorg te bieden. Het resultaat is dat wij allemaal niets hebben en dat de wachtlijsten voor velen te lang blijken te zijn, met vaak de dood als gevolg. Dat de innovatie in de zorg hierdoor ook jaren achterop is geraakt, zal voor zichzelf spreken.

De Sovjet-Unie en andere Oost-Europese landen zijn enkele jaren geleden al met hun neus op de werkelijkheid gedrukt en zagen in dat een systeem zonder prestatieprikkels

De Graaf

en marktwerking is gedoemd te mislukken, omdat de mens van origine zonder de juiste prikkels op de juiste plaats maatschappelijk disfunctioneert. Nu is het ook aan ons om te ontdekken dat wij de individuele verantwoordelijkheid centraal moeten stellen boven de verantwoordelijkheid van de staat of de gemeenschap, omdat wij de gemeenschap niet kunnen aanspreken op haar geweten. Alleen een drastische wijziging van het systeem kan ervoor zorgen dat er voldoende middelen beschikbaar zijn voor de ouder wordende mens. Bij ongewijzigd beleid zullen wij geconfronteerd blijven worden met vele problemen, zoals de tekorten aan personeel en de onbereikbaarheid van de zorg. Dit alles ondanks het feit dat er sinds 1998 meer dan 100.000 personen in zorg en welzijn zijn bijgekomen. Toch blijft de klaagzang dat er te weinig personeel in de gezondheidszorg werkt, terecht. Hiermee kunnen wij niet doorgaan. De OK's staan leeg, er liggen mensen in verpleeghuizen in vieze luiers en er is geen tijd om hun nagels te knippen. Hoe is deze paradox te verklaren? Misschien moeten wij wel naar een sociale stage voor schoolverlaters. Die kunnen dan worden ingezet in verpleeg- en verzorgingshuizen waar de nood momenteel erg hoog is.

De complexe regelgeving voor de budgettering die een enorme bureaucratie heeft veroorzaakt, draagt zeker niet bij aan een goede oplossing. Daarom komt de LPF-fractie met een alternatieve behandeling van de Zorgnota 2003, omdat beleidsverschuiving op zijn plaats is. De LPF-fractie vindt het onvoldoende om geld te schuiven naar het ene, wat vervolgens een tekort schept bij het ander. Zo hebben wij dat jaren gedaan en zie thans het resultaat in de zorgsector. Wij verdelen schaarste. De kloof tussen aanbod en vraag wordt steeds groter en de wachtlijsten worden langer. De LPF-fractie wil daaraan niet meedoen en kiest voor een andere structuur van het financieringsmodel, waarbij het evenwicht in vraag en aanbod kan worden hersteld en waarin beloning naar prestatie plaatsvindt. De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg binnen de landen van de Europese Unie, waaronder Nederland, dient gewaarborgd te zijn. Wij kunnen geen hek om Nederland zetten. De Europese burger is mobiel

en dus moet de gezondheidszorg ook mobiel zijn om het welzijn van haar burgers te bevorderen.

De LPF heeft zichzelf als doel gesteld om het land terug te geven aan de burger. Dat betekent dat op het gebied van de gezondheidszorg de LPF een samenhangend geheel van maatregelen wil treffen, dat ertoe leidt dat de burgers weer de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor hun eigen dokter en instelling. In het licht van deze doelstelling is de rest van mijn betoog opgebouwd. Op basis hiervan kiest de LPF-fractie haar uitgangspunten, die zijn gebaseerd op economische wetmatigheden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben erg benieuwd wat de concrete consequenties hiervan zijn.

De heer **De Graaf** (LPF): Dan moet u nog even luisteren.

Mevrouw **Kant** (SP): U sprak over de kloof tussen vraag en aanbod, de wachtlijsten en het bureaucratistische budgetteringssysteem. Wilt u af van het plafond in het budget voor de zorg?

De heer **De Graaf** (LPF): U hoort zo wat ik ermee wil doen, als u mij mijn betoog laat vervolgen.

Op basis hiervan kiest de LPF-fractie haar uitgangspunten, die zijn gebaseerd op economische wetmatigheden. Ten eerste dient een herstel plaats te vinden van de relatie tussen kosten en prestatie. Dat wil zeggen: loon naar werken. Zo kan de burger weer naar de dokter en kan de normale verhouding tussen de patiënt en de dokter worden hersteld. Onnodige wachttijden behoeven dan niet meer op de maatschappij te worden afgewenteld en de overheidsregulering kan worden teruggedrongen.

Ten tweede vindt de LPF het een democratisch recht dat burgers hun eigen gezondheidszorg in kunnen richten, maar dan moet er wel een keuze gemaakt kunnen worden uit zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het moet voor de burger duidelijk zijn waarop hij aanspraak kan maken.

Ten derde vragen de ziektekostenverzekeraars een nominale premie volgens het equivalentiebeginsel. Dit betekent dat iedere burger recht heeft op een verzekerde basiszorg.

Over de rol van de overheid merk ik het volgende op. De overheid bewaakt de toegankelijkheid van de zorg en ziet erop toe dat er voldoende bereikbare zorg is. Dat wil zeggen dat de dokter bij wijze van spreken om de hoek spreekuur houdt. Verder regelt de overheid de betaalbaarheid voor sociaal zwakkeren en houdt toezicht op de minimale kwaliteit. VWS regelt het beleid en zorgt voor de inventarisatie. Het toezicht op faire competitie – dus geen kartel of dubbelrol – hoort thuis onder Economische Zaken en niet bij VWS.

De overgangperiode van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg dient zo kort mogelijk te zijn ter voorkoming van nog meer doden op de wachtlijsten en ter voorkomen van een te hoog oplopend budgettair kader Zorg. Verder vindt de LPF dat schaarste in het aanbod van zorg onacceptabel is en dat er dus haast gemaakt moet worden met de nieuwe financieringsstructuur. Daarom dringt de LPF nu op structurele wijzigingen aan, teneinde zo snel mogelijk uit deze impasse te komen. De relatie tussen de zorgaanbieder en de patiënt moet hersteld worden, zodat er weer een vertrouwensrelatie kan ontstaan. Hierbij is van belang dat de patiënt zijn eigen dokter en instelling kan kiezen en dat hij weet welke prijs voor welke zorg betaald moet worden. Voor mensen die niet voor zichzelf kunnen zorgen of beneden een vastgesteld minimum aan te besteden loon zitten, dient er een fatsoenlijke solidariteitsfinanciering te zijn.

Als wij spreken over aanspraken op zorg, hebben wij het over de financiering van de zorg. Hoe is dat momenteel geregeld? Wij kunnen de aanspraken op zorg in drie groepen onderbrengen. Er is het ziekenfondspakket en voorts de particuliere verzekering, respectievelijk het later te vormen verplichte basispakket verzekerde zorg. Dit wordt thans gefinancierd uit nominaal premiegeld, rijksbijdrage en sociale premies en omslagregelingen. Ten tweede is er de aanspraak op de AWBZ-artikelen, gefinancierd uit de premie volksverzekeringen, de eerste schijf van de belasting. Hier is sprake van inkomenssolidariteit. Voorts zijn er wonen en zorg, nu gefinancierd via de AWBZ.

Het nieuw te vormen basispakket geeft recht op verzekerde zorg. De

De Graaf

omvang van het pakket zou overeen kunnen komen met het huidige ziekenfondspakket, maar dit is uiteraard een politieke keuze van de Kamer. De zorg wordt gegeven volgens evidence based standards. Een gedeelte van de geestelijke gezondheidszorg, evenals de huisartsenzorg, valt in de visie van de LPF ook onder verzekerde zorg. De dokter om de hoek is ons uitgangspunt.

Het ziekenhuis of ZBC als geïntegreerd medisch bedrijf is een instelling die zorg levert, afgestemd op een flexibele behoefte in de sociale infrastructuur van een regio, in een open marktsituatie met publieke toegang. Kortom, het ziekenhuis of ZBC speelt in op de wensen van de bevolking. Voorwaarde is een gegarandeerde leveringsplicht van het zorgaanbod, uitgevoerd op basis van protocollen met transparante prijzen en een regionale variatie. De regio bepaalt zijn eigen verschijningsvorm van het ziekenhuis of ZBC.

De structuur van de organisatie zal aangepast moeten worden om onderdeel van de interne markt te kunnen zijn. Bestuurlijke transparantie is dan vereist, met verantwoording in een jaarverslag en jaarrekening. Kortom, een gewone onderneming. Er zullen eisen gesteld worden aan kwaliteit, specialisatie en efficiëntie van de geleverde zorgproducten voor een kostprijscalculatie op basis van een minimumschaalomvang. Gewerkt wordt met integrale kostprijzen, inclusief de kapitaalslasten.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb het betoog tot nu toe zo goed mogelijk proberen te volgen. Er zijn een heleboel dingen die in confesso zijn, omdat dit al heel lang gemeengoed is. Ik heb een beetje zitten zoeken naar de eigen keuzen van de LPF en dat is nog best lastig. Ik hoor u onder andere spreken over recht op zorg en gegarandeerde levering van zorg door zorgaanbieders. Eerder hoorde ik de term: budgettair kader. Dus u sprak over een budgettair plafond. Ik meen daarom dat de vraag van mevrouw Kant actueel is. U spreekt over vraagsturing, gegarandeerde levering en recht op zorg, maar geldt daarvoor nu wel of niet een budgettair kader? Dat is toch de politieke keus waarover wij het moeten hebben. Voor de rest neem ik kennis van uw

opmerkingen over het totaal. Nu gaat het mij even om de politieke keus van de LPF. Die probeer ik in beeld te krijgen.

De heer **De Graaf** (LPF): Ik zeg dat wij zo snel mogelijk moeten komen tot een basiszorg. Die basiszorg zou u kunnen vergelijken met het hanteren van een budgettair kader.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit maakt het lastig. Wij spreken over: aanspraken, verzekeringen en een basispakket. Die elementen zijn allemaal breed besproken. Er is ook brede steun voor in de Kamer. Echter, er doet zich nu wel een vraag voor, want u spreekt ook over marktwerking en economische wetmatigheden. Overigens, het is nogal wat om hierop bij de zorg aan te sturen, maar vooruit, dit is uw politieke keus en die mag u maken. Als er meer vraag is, geldt dan voor iedereen die op grond van verzekeringen zorg claimt recht op zorg? Geldt in dat verband geen budgettair kader? Als dat niet zo is, is mij uw verhaal niet duidelijk.

De heer **De Graaf** (LPF): Zoals ik heb gezegd, zal iedereen van de basiszorg gebruik kunnen maken. Zo is het nu ook.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wat verstaat u dan onder basiszorg? U kunt namelijk niet zeggen dat er gegarandeerde levering is en recht op zorg en dat er tegelijk de beperking tot de basiszorg is.

De heer **De Graaf** (LPF): Ik zeg niet dat een beperking tot de basiszorg moet gelden. Wij willen allerlei soorten marktwerking invoeren. Dat zal ook blijken als u wacht en naar de rest van mijn betoog luistert. U zult dan horen dat wij aanvullingen willen. U kunt de basiszorg vergelijken met het budgettair kader. Dat is correct.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dat kan ik dus niet.

De heer **De Graaf** (LPF): Maar ik zeg dat u dat kunt.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik zeg u dat ik daartoe niet in staat ben, omdat u ik niet net als u de twee elementen aan elkaar kan koppelen. Ik geloof dat ik niet de enige ben die dat niet kan. Ik wil heel basaal

aangeven waarom het mij gaat. U zegt dat de economische wetmatigheden het uitgangspunt moeten vormen. Tegelijk spreekt u echter over recht op zorg en het land en de zorg teruggeven aan de burgers. Dat zijn allemaal fraaie woorden, maar de vraag op de man af is: vindt u dat iedereen recht heeft op alle zorg waarvoor hij is verzekerd en dat er voor het verkrijgen van die zorg geen plafond moet gelden?

De heer **De Graaf** (LPF): Ja. Daarom willen wij zo snel mogelijk naar het nieuwe stelsel, omdat anders dat budgettair kader te groot zou worden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Er is geen budgettair kader.

De heer **De Graaf** (LPF): Nu wel, maar met marktwerking is het mogelijk om inderdaad geldstromen te verleggen, maar dat zal een politieke keus van deze Kamer zijn. Aan het maken van die keus doen dus alle leden mee.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Maar van dat budgettair plafond wilt u dus af.

De heer **De Graaf** (LPF): Met het invoeren van het nieuwe stelsel wil de LPF-fractie uiteraard van het budgettair kader af. Het is namelijk onjuist de schaarste op deze manier over de bevolking te verdelen en de wachtlijsten in stand te houden. Men zegt nu dat die wachtlijsten nodig zijn om binnen de gezondheidszorg de efficiency te verhogen. Dat zegt Zorgverzekeraars Nederland op zijn internetpagina. Wij vinden dat ontoelaatbaar, inderdaad, mijnheer Rouvoet.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik probeer uw standpunt in beeld te krijgen en ik meen dat u het begin aangeeft van de politieke keus van de LPF. Daar zocht ik naar. Dank daarvoor.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil het niet hebben over het stelsel waarover u steeds spreekt. Ik wil weten wat u verstaat onder basiszorg. U begon uw betoog met te zeggen dat uw fractie een andere zorgnota heeft. Neemt u daarmee afstand van de begroting en de zorgnota die de Kamer nu behandelt?

De Graaf

De heer **De Graaf** (LPF): Nee, mevrouw Arib, daarvan nemen wij geen afstand. Wij zien die echter niet als een oplossing. Ik kan wel verschuivingen voorstellen, maar die zouden het probleem niet oplossen. Het probleem is dat het vanwege het budgettaire kader onmogelijk is om de wachtlijsten daadwerkelijk weg te werken, de innovatie daadwerkelijk mogelijk te maken en de ouderenzorg in de toekomst te financieren. Dat kan met dit kader niet, omdat anders de collectieve kosten veel te hoog zouden worden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): In de begroting en de zorgnota wordt echter een budgettaire kader vastgesteld. Gaat u daar straks mee instemmen?

De heer **De Graaf** (LPF): Daarom zijn wij in wezen afgeweken van de huidige begroting. Wij hebben een andere manier van opereren voorgesteld. De tekst daarvoor sta ik nu voor te lezen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dus u gaat straks niet instemmen met de begroting.

De heer **De Graaf** (LPF): Wij gaan straks wel instemmen met de begroting.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik sta hier een beetje bedremmeld. Ik kan de discussie namelijk niet meer helemaal volgen.

De heer **De Graaf** (LPF): Is die dan niet gemakkelijk?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Nee, maar ik span we wel in. Daarom de volgende vraag. Stel dat ik een medische ingreep moet ondergaan. Gelukkig is dat niet nodig, althans voor zover ik weet. Stel echter dat die nodig is en dat ik woon in een omgeving waar drie concurrerende ziekenhuizen zijn. Naar welk ziekenhuis moet ik dan gaan?

De heer **De Graaf** (LPF): Dat is uw vrije keuze. Wij willen straks naar een stelsel waarin u dat zelf uitmaakt. U mag kiezen waar u naartoe gaat.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat antwoord verwachtte ik al. Ik ga dus letten op bepaalde kenmerken.

De heer **De Graaf** (LPF): Ja.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mogen die voor bijvoorbeeld een galblaasoperatie significant verschillen tussen die drie ziekenhuizen?

De heer **De Graaf** (LPF): Dat kon u uit mijn tekst al opmaken: per regio zou de prijs van de zorg kunnen verschillen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): En de kwaliteit?

De heer **De Graaf** (LPF): De kwaliteit moet uiteraard aan normen voldoen. Daarvoor moeten wij een zorgkamer inrichten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Waar zit het verschil, als de kwaliteit en de ingreep hetzelfde zijn? Waar zit dan de motivering voor het prijsverschil?

De heer **De Graaf** (LPF): Kunt u zich voorstellen dat ziekenhuizen per regio anders zijn ingericht? Op de ene plaats heb je een kind ziekenhuis en op de andere plaats zijn er meer geriatrische patiënten; de ene plaats is op het platteland en de andere plaats is midden in de stad? Dat heeft wel degelijk consequenties voor de prijs. Als u met marktwerking bezig bent, moet daarin differentiatie mogelijk zijn.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik vat niet waarin precies. Als ik een ziekenhuis binnenstap voor een galblaasoperatie, verwacht ik dat ik deskundig geholpen word, dat er een kwaliteitskeurmerk op zit, dat daarop wordt geïnspecteerd en dat ik de best mogelijke behandeling onderga. Dat is toch mijn verwachtingspatroon? Dat is kwaliteit; dat is voor al die ziekenhuizen hetzelfde. Ik zie dan ook nog steeds niet scherp – helpt u mij nu, dan kan ik van mijn bedremmelde positie afkomen – waar nu de motivering ligt voor die prijsverschillen. Zit dat dan in de luxe in de kamer?

De heer **De Graaf** (LPF): Dat zou later kunnen, maar op dit moment is het niet daarop afgestemd. Dat is weer een politieke keuze van de Kamer: wat zit er wel in het basispakket en wat niet? Wij zeggen nu dat een ziekenhuis in het ene deel van Nederland qua facilitaire kosten wegens zijn voorzieningen niet

precies hetzelfde hoeft te zijn als een ziekenhuis in een ander deel van Nederland. Als je met marktwerking bezig bent, mogen die verschillen terugkomen in de integrale kostprijs, die wij voorstaan, van dat ziekenhuis. De zorgkwaliteit moet boven twijfel altijd perfect zijn, natuurlijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben het eens met de kwaliteitsvraag die de heer Van der Vlies heeft gesteld. Ik heb ook zo'n casus, al gaat het gelukkig niet om een galblaas. Gesteld dat ik een ernstig gehandicapt kind heb met een heel bijzondere aandoening die bijna niet voorkomt. Als die ziekenhuizen met elkaar moeten concurreren om de patiënten, waarom zou een ziekenhuis of een kinderarts zich dan toeleggen op het zoeken naar behandelingsmethoden voor die enkele kinderen in Nederland met die ernstige ziekte?

De heer **De Graaf** (LPF): U noemt een soort specialisatie, maar daar zijn wij op dit moment niet mee bezig. Dat is allemaal verzekerd in de basiszorg. Wij bepalen in de Kamer dat het in het pakket zit, dus er is wat dat betreft geen probleem.

Mevrouw **Kant** (SP): Het mag wel in het pakket zitten, maar die ziekenhuizen moeten volgens u toch op de een of andere manier met elkaar concurreren.

De heer **De Graaf** (LPF): Op dit moment kunt u in het ene ziekenhuis voor een gespecialiseerde afwijking ook beter terecht dan in het andere. Wij hebben nu ook een orthopeed, een cardioloog en een kinderspecialist voor bijzondere dingen. U zult straks ook naar een gespecialiseerd ziekenhuis gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, maar ik denk dat het nu zo is omdat ziekenhuizen niet met elkaar hoeven te concurreren, maar samenwerken en besluiten dat het ene ziekenhuis zich beter op het ene kan specialiseren en de andere kinderarts beter op het andere. Als u van de zorg een markt wilt maken, zal de zorg zich ook als een markt gedragen en zich richten op die dingen waarvan het meeste kan worden verkocht. Er zal dan veel moeite moeten worden gedaan om een kinderarts die tijd besteedt aan of een ziekenhuis die investeert in aandoeningen van ernstig gehandicapte kinderen als

De Graaf

gevolg van ziektes die weinig voorkomen. U moet toch erkennen dat dit onder druk komt te staan?

De heer **De Graaf** (LPF): Nee, dat is niet het geval. Ik heb reeds gezegd dat wij in de Kamer ervoor zullen zorgen dat al die dingen in het pakket zitten. Als wij dat niet doen, blijft de situatie zoals die nu is. Dat wil zeggen dat er 70.000 mensen op de wachtlijsten staan en dat zij dood gaan. Daar willen wij toch vanaf? Daarom willen wij naar een nieuw systeem. Als u een ziek kind heeft dat iets bijzonders heeft, dan wilt u straks ook naar de dokter kunnen. Daarom kantelen wij het systeem.

Ik ga verder. Er kan dan vrije concurrentie onder gelijke voorwaarden met ZBC's plaatsvinden. Dat kan leiden tot uitwisseling van modulaire functies, specifieke specialisaties in disciplines, netwerken in samenwerking, zelfs partnership is mogelijk. Kortom, zoals Pim Fortuyn in zijn boek "De herbergzame samenleving" zegt: "De vrijheid van ondernemen vindt haar beperking in de vrijheid van anderen om ook te ondernemen, onder dezelfde basiscondities."

De huisarts om de hoek behoort volgens de LPF zonder twijfel tot het basispakket verzekerde zorg. Een goede verhouding tussen de patiënt en zijn huisarts is van belang. De patiënt betaalt de rekening op basis van reële kosten. De praktijkkosten van de huisartsen zijn onderling verschillend, afhankelijk van de woonlasten en zorgzwaarte van de regio. Het systeem van beloning naar prestatie is ook op de huisartsen van toepassing. Het beroep van huisarts wordt hierdoor weer aantrekkelijk gemaakt.

Bij de apothekers moet het uitgangspunt zijn: het mogelijk maken van het voorschrijven van vernieuwende medicijnen. De overheid geeft richtprijzen voor de vergoeding van gepatenteerde en generieke middelen die voldoende ver uit elkaar liggen. De LPF vraagt de minister om serieus naar het recente voorstel van de apothekers te kijken, te meer daar dit een concurrerende prikkel tot vernieuwing bevat en geen beperking in volume van de middelen. Uiteraard is het een politieke keus welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen binnen het basispakket. Via de registratie van DBC's is een eerste aanzet gegeven tot integrale kostprijzen per

discipline. Herstel van de relatie tussen kosten en prijzen van de geleverde zorg is een vereiste voor het herstel van de normale verhoudingen tussen de aanbieder en de cliënt. Door transparantie van de geleverde zorg is inventarisatie door de overheid mogelijk. Die is nodig om te kunnen beoordelen of er voldoende zorgaanbod in de regio is. De voormalige minister van VWS de heer Bomhoff, heeft een begin gemaakt om tot integrale kostprijzen te komen door in enkele experimenten een gedeelte van de lumpsum in de DBC-prijs te stoppen. Wat ons betreft moet de DBC-systematiek sterk worden vereenvoudigd om als uitgangspunt te dienen voor packet-prices. Voor een aantal zorgproducten is inmiddels vrijstelling van de Wet tarieven gezondheidszorg verleend. Voor ZBC's is deze lijn eenvoudig voort te zetten, aangezien deze geen gebruik maken van lumpsumfinanciering en voor hun exploitatie toch al zijn aangewezen op integrale kostprijzen willen zij überhaupt bestaansrecht hebben. Is de minister ook van mening dat ZBC's vrijgesteld moeten worden van de WTG en dat ze zelfstandig moeten kunnen onderhandelen met de ziektekostenverzekeraars over hun tarieven en over een richtlijn voor de vergoedingen? Wij dienen hier eventueel graag een motie over in.

Wat betreft de verzekeraars verwijs ik naar het Strategisch akkoord. De LPF wil concurrerende verzekeraars die op basis van premiedifferentiatie polissen aanbieden voor het basispakket, met eventueel een eigen bijdrage voor hogere risico's. Solidariteitsbijdragen, als toevoeging op het basispakket, worden rechtstreeks gegeven aan degenen die daarvoor in aanmerking komen of die zelfs vrijstelling hebben van premiebetaling. Preferred provider arrangements behoren voor het gemak tot de mogelijkheden tussen aanbieders, ziekenhuizen en patiënt. Omslagregelingen, zoals de Wet toeslag zorg, passen niet in dit systeem. De aanpassing van de verzekeringssystematiek dient gelijktijdig met de aanpassing van de geliberaliseerde zorgaanbod plaats te vinden, want op die manier kan kanalisering van de geldstroom worden voorkomen. Uiteraard is het mogelijk aanvullende verzekeringen af te sluiten.

Een marktmeester is nodig om de totstandkoming van de tarieven en het omgaan daarmee te controleren. In wezen is dit een zaak van het ministerie van Economische Zaken. De LPF denkt echter dat op dit moment een gespecialiseerde zorgkamer binnen de NMa de meest geschikte oplossing zou zijn. Wij vernemen graag hoe de minister hierover denkt. De Wet exploitatie zorginstellingen als vervanger van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, vraagt zoals die op dit moment als uitvoeringstoets voorligt, om een nadere uitleg. Momenteel moet er voor een initiële toestemming voor het bouwen van een instelling getoetst worden aan een strak beleidskader voor de bouw door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Wil je aan genoemd beleidskader voldoen, dan is het praktisch onmogelijk om over te gaan tot verwezenlijking van de bouw. De LPF is van mening dat wetgeving op het gebied van bouw en exploitatie in één keer moet worden afgeschaft. Een tijdelijke wet exploitatie zorginstellingen zou om een overgang te bevorderen van centraal naar decentraal aangestuurd, een optie zijn. De overheid behoeft slechts te toegang en de kwaliteit van passende zorg te garanderen. Het bouwen en in stand houden van voorzieningen is primair een rol van de zorgsector zelf.

In de visie van de LPF zou het restrictieve beleid ten aanzien van de vergunningverlening van ZBC's moeten worden afgeschaft. Een ZBC moet eenvoudig op te richten en te exploiteren zijn om op zo kort mogelijke termijn een divers zorgaanbod te creëren en om keuzevrijheid voor de patiënt waar te maken. Ten aanzien van het waarborgen van de kwaliteit voor zorginstellingen is de Kwaliteitswet zorginstellingen een goed uitgangspunt. Voor individuele vrijgevestigde beroepsuitoefenaren is de Wet beroepen individuele gezondheidszorg vertrekpunt. Wij vragen aan de minister of hij met de LPF van mening is, dat het restrictieve beleid ten aanzien van ZBC's moet worden opgeheven. Ook hierover willen wij een motie indienen.

De AWBZ is een vergaarbak voor financiering ter dekking van onverzekerbare risico's voor burgers die een tekort hebben aan zelfredzaamheid in diverse vormen. Dat wil zeggen dat de Nederlandse

De Graaf

staatsburgers gezamenlijk deze pot vullen en solidair zijn met elkaar. De uitvoering van de AWBZ geschiedt door de keten van ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en instellingen zelf, maar zelden heeft de burger hier invloed op. De LPF wil hierin verandering brengen. Verdere transparantie en omschrijving van AWBZ-gefinancierde artikelen is noodzakelijk. Herstel van de relatie tussen kosten, productie en de financieringsbron is een van de uitgangspunten van de LPF. Wij vinden dat de burger daar recht op heeft.

In het traject van de modernisering van de AWBZ is een aanzet gegeven tot functiegerichte zorgaanpakken, waarbij de cliënt kan kiezen uit een persoonsgebonden budget of een vergoeding in natura. Een sterk vereenvoudigd onafhankelijk bemiddelingsbureau vervangt het indicatieorgaan en bepaalt op welke functies een cliënt aanspraak kan maken. De instellingen kunnen uit de aangeboden functies zelf een pakket van te leveren producten samenstellen. Een richtlijn in de prijs bij de indicatietelling is nodig voor de verrekening met de cliënt. In de visie van de LPF is ook de functie van het zorgkantoor overbodig. De patiënt kan immers zelf een keuze voor een instelling maken. Een opmerking van de Raad van State is hier op haar plaats. Deze constateert dat er niet voldoende waarborgen zijn om een voldoende zorgaanbod te mogen verwachten. Evenmin vindt de Raad het voldoende duidelijk op grond waarvan verwacht mag worden dat de formulering van de zorgaanpakken zal leiden tot de beoogde keuzevrijheid van verzekerden. In de bekostigingssystematiek die moet leiden tot de financiering van de modernisering van de AWBZ is in het ontwerpbesluit geen mechanisme opgenomen voor kostenconformiteit van het tarief. Een tarief op basis van reële kosten ontbreekt al helemaal.

De functiegerichte benadering voor aanspakken op de capaciteit van AWBZ-zorg kan volgens de Raad worden vergroot door de woonfunctie van de zorgaanpak te scheiden. De Raad geeft aan dat zorg die voorheen uitsluitend intramuraal plaatsvond, nu ook extramuraal geboden kan worden.

Het Strategisch akkoord spreekt over de mogelijkheden om wonen en zorg gescheiden aan te bieden. Het

betreft hier slechts een eerste aanzet tot ontrafeling. Verdere ontrafeling is volgens de LPF nodig, omdat aanspraak op AWBZ-artikelen een andere prioriteit heeft dan wonen en uiteindelijk ook een andere financieringsbron zal kennen.

Voorzitter. Zoals u al in mijn betoog heeft kunnen horen, kiest de LPF voor het zoveel mogelijk scheiden van wonen en zorg, omdat wonen en aanspraak op zorg vanuit de AWBZ een duidelijk andere prioriteit heeft. Een vernieuwde vorm van financiering van de kapitaalslasten, die tot de component wonen behoren, is dringend gewenst en wel op basis van het marktprincipe. Door de kapitaalslasten van de instelling voor wonen los te koppelen van de zorg wordt de keuzevrijheid van de cliënt vergroot. Er dient een scherpe grens getrokken te worden, daar waar het toekomstig verplichte basispakket verzekerde zorg ophoudt en de aanspraak op AWBZ-zorg begint, gezien de verschillende bronnen van financiering. In het kader van de vergoeding dient er een herstel plaats te vinden tussen productie en gemaakte kosten van de zijde van de aanbieders.

Voorzitter. Op deze manier kan de burger zijn woonvorm kiezen, los van zijn aanspraak op AWBZ-zorg en los van zijn recht op verzekerde zorg in het basispakket. De Nederlandse zorgverlening kent te weinig prikkels tot het leveren van goede kwaliteit. De wachtlijstproblematiek dwingt de overheid tot het nemen van stappen. Door het wegnemen van de toetredingsbelemmering voor nieuwe aanbieders op het gezondheidszorgterrein kan onder meer een oplossing gevonden worden. De LPF meent dat dan wel aan bepaalde voorwaarden voldaan moet worden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is jammer dat de fractie van de LPF vorige week heeft verzuimd om aanwezig te zijn bij het debat dat wij hebben gehad met de directies van de zorginstellingen. Daar kwam het punt van scheiden van wonen en zorg ook aan de orde. Wij hebben daarover met elkaar gesproken. Ik hoor de heer De Graaf nu zeggen dat iemand zelf in zijn woonbehoefte kan voorzien, los van de AWBZ in de zorg. Wij zijn het over dat principe allemaal eens. Maar heeft de heer De Graaf wel oog voor het feit dat het door de dure grond

steeds lastiger wordt om te voorzien in voldoende woningen voor dat sociale segment waarin met name ouderen zich bevinden? We hebben daar buitengewoon weinig greep op. Stelt hij de autonomie van de cliënt op het gebied van de woonfunctie niet wat al te rooskleurig voor?

De heer **De Graaf** (LPF): Wij stellen ons dat niet te rooskleurig voor. Het is bepaald niet gemakkelijk. Wij spreken hier alleen een wens uit. Wij spreken uit hoe wij het graag zouden willen. Wij hebben gezegd dat het wonen daar niet in hoort. Er zullen mensen zijn die zeggen dat zij veel luxer willen wonen. Als deze mensen daarvoor willen betalen, moeten zij dat doen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mijn vraag ging niet over mensen die luxer willen wonen en dat dan maar moeten doen. Wij zijn het over het principe eens. Maar dit wordt in uw benadering erg ver doorgevoerd. U zegt dat u de autonomie van de zorggebruikers zo groot acht dat mensen zelf voor het wonen kunnen zorgen. In de praktijk blijkt echter dat er door de te dure grond te weinig gebouwd wordt in de sociale component waar met name de ouderen zitten. Heeft u daar wel oog voor?

De heer **De Graaf** (LPF): Ik heb daar natuurlijk oog voor. Ik vind dat ook dat de basisvoorziening daarvoor in het basispakket moet zitten, mijnheer Rouvoet. Zo simpel is dat. Als dat niet gemakkelijk gaat, hebben wij er een probleem bij, maar dat wil niet zeggen dat het niet kan. Het zal niet gemakkelijk gaan. Er zijn veel meer dingen in onze maatschappij die niet gemakkelijk gaan, maar daarom moet u er nog niet van uitgaan dat het niet gaat.

Voorzitter. Ik zei dat dan wel aan bepaalde voorwaarden voldaan moet worden. De patiënt/cliënt moet kunnen zien hoe het met de kwaliteit van instellingen en de door hen geleverde zorg gesteld is. De patiënt van tegenwoordig stelt eisen op het gebied van behandeling, begeleiding, voorlichting en bejegening. Hij wil hier inzicht in hebben en een vrije keuze. Momenteel wordt de keuze van de patiënt beperkt doordat er geen informatie beschikbaar is om tot een keuze te komen. Er bestaat geen transparantie over het

De Graaf

zorgaanbod. Verder zijn er ook te weinig aanbieders om uit te kiezen.

De Kwaliteitswet stelt dat de zorgaanbieder verplicht is verantwoorde zorg aan te bieden. De elementen van deze zorg zijn doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Met name de doeltreffendheid is van belang om de bijdrage aan de volksgezondheidsdoelstellingen te kunnen meten. Rond de informatie over prestaties is een discussie gaande over de wenselijkheid hiervan. De LPF denkt dat de burger recht heeft om te kiezen uit prestaties van te leveren zorg. Een systeem dat zorgresultaten kan meten, lijkt ons dan ook een goede zaak. Het is een instrument om de kwaliteitsverbetering te stimuleren. DBC's kunnen hierin meegenomen worden. Bij loon naar werken moeten de prestaties en de geleverde kwaliteit meegenomen worden met als uitgangspunt normale verhoudingen tussen cliënt en aanbieder.

Voorzitter. De conclusie van de LPF is dat de zorg terug moet naar de burger op basis van onze uitgangspunten. 1. Transparantie van de markt. 2. Keuzevrijheid. 3. Financiering van het recht op verzekerde zorg. Dit vereist een volledig transparante markt, waarop het voor iedere deelnemer duidelijk is wat hij kiest voor zijn geld en waarvoor hij verantwoordelijk is. En dit is nu wat Pim Fortuyn bedoelde met "at your service".

□

Mevrouw **Van Geen** (D66): Voorzitter. De regering zegt het recht op zorg te garanderen. Wordt dat concreet gemaakt? Is de regering ook voornemens om aanpassing van de wetgeving te plegen, zodat belemmeringen worden weggenomen? Over de wachtlijsten maakte Hans Wiegel vorige week namens Zorgverzekeraars Nederland bekend dat zij dalen dankzij het beleid van Els Borst. Het CDA heeft de wachtlijsten altijd verweten aan het parse beleid. Minister Bomhoff rekende erop dat hij binnen twee jaar de wachtlijsten zou oplossen. De heer De Geus noemt dat een beetje te ambitieus. Wil het echte kabinet nu opstaan? Wat mogen we verwachten op het gebied van wachtlijsten in de verschillende sectoren?

De regering vindt preventie belangrijk. Nu blijkt echter dat de

totale uitgaven aan preventie alleen maar dalen, van 965 mln euro in 2002 naar 899 mln euro in 2005. Hoe gaat dat werken, meer preventie voor minder geld? Het is ook door anderen al gezegd: er is reden tot zorg over onze volksgezondheid. Dat is vooral het gevolg van ongezond gedrag. Met verwaarlozing van preventie en eenzijdige aandacht voor cure lossen wij geen wachtlijsten op. Dat is te beschouwen als dweilen met de kraan open. Wat doet de regering aan preventie? Hoe zit het met de opdracht voor de ontwikkeling van een vaccin voor de te verwachten griepvaccinatie? Het stijgende aantal tienerzwangerschappen geeft aan dat er meer of betere seksuele voorlichting nodig is. Stoppen met roken moet in het ziekenfondspakket. Meer bewegen, goed eten! Is het mogelijk om gezond gedrag te belonen met een lagere verzekeringspremie?

D66 maakt zich ernstig zorgen over de grote sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ouderen, uitkeringsgerechtigden en armen zijn vaak juist de grootgebruikers in de zorg. Door de combinatie van een slecht inkomen, hogere ziektekostenpremies, veel eigen bijdragen en onvoldoende PGB's dreigen zij definitief buiten de boot te vallen. De regering heeft in dit verband over een compensatie gesproken. Daar geloof ik niets van. Onze samenleving wordt harder, maar het is aan de regering om deze groepen erbij te houden. Heeft de minister instrumenten om daarvoor te zorgen?

In de begroting voor 2003 is het budget voor ZonMw vanaf 2005 structureel verlaagd. Daardoor komen nieuwe programma's waarvoor al toezeggingen zijn gedaan, in gevaar. D66 diende op 27 juni een motie in waarin de regering werd verzocht, voldoende financiële middelen beschikbaar te stellen teneinde onderzoek op het gebied van preventie, innovatie en doelmatigheid in de gezondheidszorg voort te kunnen zetten. De regeringsfracties vonden dat toen overbodig. Ik denk echter dat ik nu medestanders kan vinden als ik het kabinet nogmaals vraag om voldoende financiering voor dit soort programma's. Dat hoop ik althans.

Ik kom te spreken over cannabis. Uit onderzoek blijkt dat matig gebruik van cannabis minder schadelijk is dan alcoholgebruik. Daarom stelt D66 bij motie voor om

de verkoop van cannabis te legaliseren en een goed verstrekingsbeleid op te zetten.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het zou misschien goed zijn als u voor de volledigheid ook ingaat op de recente berichten dat het gebruik van cannabis in ieder geval zes keer schadelijker is dan het roken van sigaretten. Als wij het toch over preventie hebben, is het misschien goed om die zaken even naast elkaar te zetten. U moet niet selectief in de gegevens winkelen. Cannabis is behoorlijk schadelijk hoor!

Mevrouw **Van Geen** (D66): Het is niet gebruikelijk dat mensen twintig joints per dag roken. De tabak van een joint is zeker een schadelijk element. Er zullen ook andere schadelijke elementen zijn. De intensiteit van het roken van mensen die niet kunnen leven zonder twee pakjes sigaretten per dag wordt echter niet snel bereikt met het roken van cannabis. De mate van verslaving aan tabak is daarmee veel sterker dan de mate van verslaving aan cannabis. Ook wat dat betreft is cannabis minder gevaarlijk. Het is niet zo verslavend. Het is dus veel gemakkelijker om jezelf te beheersen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mevrouw Van Geen gaat hiermee voorbij aan een aantal recente onderzoeksgegevens. Dat is haar goed recht. Erkent zij dat de effecten van cannabis de laatste jaren drastisch erger zijn geworden doordat het THC-gehalte voortdurend is gestegen? Daar moeten wij niet aan voorbijgaan.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Dat is een belangrijke reden voor legalisering van cannabis. Dan kan men immers ook de productie controleren. Hetzelfde is het geval bij het produceren van jenever. Wij weten precies hoeveel procent alcohol daarin zit. Dat is bij bier anders. Op eenzelfde manier zijn grenzen te stellen aan de schadelijke ingrediënten van cannabis. Dat is mogelijk als het is gelegaliseerd. Het is onmogelijk zolang dat niet het geval is.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Hoe moet ik dit zien in de internationale context? Bij rijksvoorschriften over samenstelling van een product zullen wij onze opstelling immers afhanke-

Van Geen

lijken moeten maken van de inbedding in Europees gebied.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Dat ben ik met u eens. Wij maken deel uit van Europa. Wij moeten daarmee rekening houden. Nederland is in Europa een voortrekker geweest op het gebied van een omgang met drugs die meer recht doet aan het gezondheidsaspect en minder de nadruk legt op het juridische aspect.

De heer **Van der Vlies** (SGP): ...

De **voorzitter**: Laten wij geen discussie overdoen of opnieuw starten om half twaalf 's avonds. Ook dat is niet goed voor de gezondheid.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Dat vind ik niet eerlijk. U laat mij om half twaalf beginnen en zegt vervolgens dat het te laat is om te discussiëren

De **voorzitter**: U bent in discussie met de klok. Die zegt niets terug.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Ik kom bij het toezicht op de zorg.

In de krant lezen wij over misstanden in ziekenhuizen. Een legionellabesmetting in Delft die geheim wordt gehouden. Een overleden baby in Utrecht. Toezicht is belangrijk. Het toezicht moet beter. Vorige week bleek dat een rechter vond dat een verzekeraar moet toezien op de kwaliteit van de zorg die instellingen leveren. Volgens D66 werkt de toezichtsfunctie in de gezondheidszorg niet goed op het moment. Het toezicht past niet bij de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling. De inspectie houdt kwaliteitstoezicht op de taken van de overheid. Als regietaken bij verzekeraars komen te liggen, moet het kwaliteitstoezicht worden ingevuld op een manier die past bij die regierollen: kwaliteitseisen stellen, aanbieders ertoe brengen de zorg aan te passen aan de wensen van de klant, goede prijs-kwaliteitverhouding, toegankelijkheid en beschikbaarheid. Volgens D66 is daarvoor een nieuwe, proactieve toezichthouder nodig. Hoe ziet het kabinet dat?

De Pensioen- en verzekeringskamer, de PVK, en de NMa, vervullen nu ook een rol. De PVK ziet er vooral op toe dat verzekeraars hun verplichtingen kunnen nakomen. De NMa ziet toe op de marktwerking. Zijn de PVK en de NMa toegerust om

de nieuwe rol van verzekeraars en aanbieders in de gezondheidszorg te bewaken? Zijn er goede regels over fusies, samenwerkingsafspraken en ketenzorg in relatie tot concurrentie, toegesneden op de zorg? Is daarbij steeds duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is?

Ik kom bij de positie van de zorgvragers. Op basis van de zorgnota is D66 van mening dat de positie van consumenten/patiënten ernstig bedreigd wordt. Pilots op het gebied van wachtlijstinformatiepunten, professionalisering van de informatie en klachtenbureaus gezondheidszorg en de ontwikkeling en implementatie van consumenteninformatie kunnen niet worden voortgezet omdat financiële middelen ontbreken. Over de klachtenbehandeling komen veel brieven binnen waaruit blijkt dat de klachtencommissie en de functie van hoor en wederhoor in de gezondheidszorg niet goed werken. Daarom wil D66 dat er haast gemaakt wordt met de uitbouw van laagdrempelige regionale beroepsmogelijkheden. De informatie en klachtenopvang gezondheidszorg binnen de RPCP's moeten daartoe worden uitgebreid met professionele en juridische ondersteuning van cliënten die hun beklag willen doen en die hun recht willen halen. D66 wil de Wet medezeggenschap cliëntenzorginstellingen aanpassen om de positie van cliëntenraden te versterken. De financiering moet verankerd zijn. De motie van 18 maart 2002 voor het vervangen van verzaamd adviesrecht door instemmingsrecht en het uitbreiden daarvan met bouw en innovatie willen wij nogmaals indienen. Als iemand anders de motie indient, zullen wij hem steunen. Waarom zijn er met cliëntenorganisaties in de GGZ geen meerjarenafspraken gemaakt? Welk bedrag is in 2003 nu werkelijk beschikbaar en in hoeverre betreft het gelden die al eerder zijn toegezegd? Is het kabinet het met mij eens dat hiervoor structurele financiering nodig is?

Ethische grenzen moeten niet worden gedicteerd door de levensbeschouwing van een minderheid, maar door respect voor mensen en hun keuzen. Geestelijke verzorging in ziekenhuizen en verpleeghuizen moet volgens de Kwaliteitswet van 1996 zoveel mogelijk aansluiten bij de levensovertuiging van cliënten. In veel

instellingen is sprake van een monopolie van een of meer christelijke groeperingen. Pluriform aanbod is echter nodig. Ook de moslim, de hindoe en de humanist moeten aan hun trekken komen. Tussen 1996 en 2002 zijn er in dit opzicht geen vorderingen gemaakt. De sector kan het blijkbaar niet zelf oplossen. Wil de minister krachtens de Kwaliteitswet een aanwijzing geven?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wat bedoelt u precies met dat monopolie binnen bepaalde instellingen?

Mevrouw **Van Geen** (D66): Ik doel op een situatie waarin alle formatieplaatsen voor geestelijke verzorging worden bezet door bijvoorbeeld rooms-katholieke verzorgers – gebruikelijk in Limburg – terwijl een groot aantal patiënten niet rooms-katholiek is en prijs stelt op geestelijke verzorging van een niet-katholiek. Dat andere aanbod is er echter gewoon niet. Het is werkelijk schrikbarend. Ik meen dat in slechts 31 van de meer dan 400 verpleeginstellingen een humanistisch geestelijk verzorger aanwezig is.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik weet niet waar u de klachten over de geestelijke verzorging vandaan hebt, maar heeft het ook niet te maken met de motivatie op grond waarvan een instelling ooit begonnen is? Ligt het niet voor de hand dat de geestelijke verzorging dan een bepaalde invulling krijgt? Wilt u nu dat de minister tegen bijvoorbeeld een rooms-katholieke instelling zegt dat de formatie anders moet worden ingevuld?

Mevrouw **Van Geen** (D66): Het is mijn bedoeling dat ervoor wordt gezorgd dat de geestelijke verzorging aansluit bij de levensovertuiging van de patiënten. Dat staat ook in de Kwaliteitswet en ik vraag de minister om die wet uit te voeren, vooral ook omdat het niet vanzelf goed gaat. De minister heeft krachtens die wet de bevoegdheid, een aanwijzing te geven.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wij zullen de reactie van de minister afwachten. Ik denk dat het voorbeeld van een rooms-katholiek verpleeghuis verhelderend kan zijn.

Van Geen

Mevrouw **Van Geen** (D66): Voorzitter. Naast het te waarderen beleid op het gebied van palliatieve zorg is aandacht nodig voor het project Steun en consultatie bij euthanasie in Nederland. Er zijn toezeggingen gedaan, maar er ontbreekt geld voor 2003 en ook de structurele financiering voor latere jaren is nog niet in orde.

De toegenomen zorgvraag is mede het gevolg van de overigens allang verwachte vergrijzing. Dit behoeft meer aandacht van de regering. Heeft de staatssecretaris concrete actiepunten ten aanzien van implementatie en monitoring van de uitkomsten van de Second World Assembly on Ageing in Madrid?

De kwaliteit van de zorg in de intramurale zorg is soms abominabel. In verpleeghuizen worden mensen incontinent gemaakt. Decubitus komt heel veel voor. De gemiddelde zorgwaarde en de boekwaardeproblemen leiden tot verschralling in de gehandicaptenzorg. Het is een schande dat in verpleeghuizen heel veel mensen geen privacy hebben. Er zijn nog steeds ruim 8000 mensen die met meer dan 2 personen op een kamer verblijven, zonder dat er plannen zijn om hier iets aan te doen. Ieder van ons kan door een ongeluk in een verpleeghuis terechtkomen. Accepteer je dan zes mensen op een kamer? Vindt het kabinet dit kwaliteit van zorg? Zo niet, wat doen de inspectie of anderen hieraan? Het management van gezondheidszorginstellingen is verantwoordelijk voor het initiëren van verbouwplannen. Daar is ambtelijke ondersteuning en geld voor beschikbaar. Maar als men het niet doet, wat doet de regering dan?

Gemeenten voeren de WVG uit, maar krijgen voor deze AWBZ-verstrekking geen geoormerkte budget. Het gevolg is dat je in de ene gemeente wel een bepaalde woningaanpassing of een vervoersvergoeding kunt krijgen, maar in een andere gemeente niet. Bureaucratische regels maken mensen het leven zuur. Hoe is het mogelijk dat het drie maanden duurt voor een gehandicapte de rolstoel krijgt waar hij recht op heeft? Kunnen gedupeerden schadevergoeding eisen?

Het artsentekort moet worden bestreden, dat kan geen uitstel velen. Hoe gaat de regering de braindrain van academische ziekenhuizen oplossen en tegemoetkomen aan de

mede door de vergrijzing sterk toegenomen vraag naar huisartsenzorg? Zijn er plannen voor verdere uitbreiding van de opleidingscapaciteit? Kijkt de regering daarvoor ook over de grenzen? Zo niet, waarom niet? Wat doet het kabinet met het rapport "De arts van straks"?

De arbeidsvoorwaarden voor verplegenden en verzorgenden moeten voor D66 beter. Naast verschillende cao's, gebaseerd op een goede functiewaardering, is maatwerk nodig om de schaarste aan te pakken. Hoe denkt het kabinet over regionale beloningsverschillen, belastingvermindering voor deze beroepsgroepen, gunstige huisvestingsmogelijkheden? D66 pleit voor een verdere professionalisering van deze beroepen. Onderzoek is nodig, evenals de opleiding van HBO+-verpleegkundigen met meer doorgroeikansen en taakverlichting voor artsen, nurse-practitioners, physician assistants en dergelijken.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Wij debatteren vandaag niet alleen over het beleid van een kabinet dat, na amper te zijn begonnen, alweer demissionair is, maar ook met een demissionaire plaatsvervangende minister. Toch neem ik het debat, noch mijn inbreng minder serieus. In de afgelopen jaren had ik met de minister van VWS menig appeltje te schillen. Mijn oordeel over het paarse VWS-beleid was eigenlijk steeds vooral negatief. Voor zover sprake was van daadkracht en voortvarendheid, had dit helaas geen betrekking op belangrijke onderwerpen als stelselwijzigingen, zorgverschralling, wachtlijsten of personeelstekorten, maar vooral op het doorsteken van de dijken op het terrein van de medische ethiek. Dat heb ik steeds betreurd. Aan de samenleving is daarmee grote schade toegebracht, terwijl belangrijke problemen onopgelost bleven. Wij hoopten natuurlijk dat dit kabinet in beide opzichten voor een drastische ommekeer zou kunnen zorgen. Er moet worden gezegd dat in de eerste begroting genoeg nieuwe ideeën en beleidsvoornemens staan, maar de realisering daarvan is op zijn minst vertraagd door de val van het

kabinet. Dat is jammer, want langslappende discussies over bijvoorbeeld het zorgstelsel moeten nu toch echt een keer tot conclusies worden gebracht.

Mijn fractie heeft al eerder aangegeven teleurgesteld te zijn over het gebrek aan ambities van dit kabinet, met het CDA als grootste partij, om de onder Paars aangebrachte schade te herstellen. Ik denk hierbij met name aan de legalisering van euthanasie, de liberale abortuspraktijk en de Embryowet. Evalueren is mooi en goed en wij zijn daar erkentelijk voor, maar het is niet genoeg. De schade moet worden hersteld. Dit zijn gemiste kansen.

Ik heb twee concrete vragen. Wat de Wet afbreking zwangerschap betreft, vraag ik of de staatssecretaris het met mij eens is dat wij echt toe moeten naar een strikte interpretatie van het begrip "noodsituatie". En als het gaat om euthanasie of om hulp bij zelfdoding, vraag ik het kabinet welke conclusies het verbindt aan de afgenomen meldingsbereidheid van artsen in dezen.

Over de palliatieve zorg heb ik vorig jaar een amendement ingediend ten bedrage van 10 mln euro. Dat was een goede impuls, maar die bleek incidenteel te zijn opgevat. Mede gezien het op de lange baan schuiven van de bespreking van het rapport-Beelaerts van Blokland lijkt het mij een goede zaak om op zijn minst nog voor 2003 een extra impuls aan die palliatieve zorg te geven, die ook van invloed is op het werk in de hospeszorg. Graag hoor ik een reactie van de bewindslieden. Ik overweeg hierover een amendement in te dienen.

Een ander onderwerp dat voor de ChristenUnie een duidelijk ethisch gehalte heeft, is het drugsbeleid. Wij zijn blij met de nieuwe accenten: een steviger beleid om drugsverslaafden tot ontwenning te brengen, geen XTC-testen en geen uitbreiding van het heroïne-experiment. Ik blijf het echter onbegrijpelijk vinden dat het paarse gedoogbeleid ten aanzien van softdrugs gewoon wordt voortgezet, maar misschien zullen de recente kritiek van de christen-democratische oostenburen en zelfs het dreigement om de grenscontroles maar weer te herstellen dit kabinet wel aan het denken zetten.

Wat ik ook slecht kan begrijpen, is dat instellingen in de verslavingszorg soms de grootste moeite hebben om extra bedden en plaatsen vergoed te

Rouvoet

krijgen, maar dat er wel geld is om een organisatie als Mainline fors te subsidiëren. In de stukken van het kabinet staat dat Mainline harddrugsgebruikers informeert over de negatieve bijwerkingen van drugsgebruik. Dat is maar de helft van het verhaal. De boodschap van het 220 pagina's dikke magazine vol goede tips aan drugsverslaafden, medegefinancierd door de Nederlandse overheid, is niet dat harddrugs slecht zijn voor de gezondheid, maar – ik citeer de coördinator van Mainline – dat je drugs kunt gebruiken als je verstandig bent en je grenzen kent. Dit lijkt mij geen boodschap die de overheid kan ondersteunen. Vandaar mijn amendement om die subsidie stop te zetten.

Minister De Geus heeft in de korte tijd dat hij VWS onder zijn hoede heeft, al wel degelijk van zich laten horen. Je kunt daarbij ook goed merken dat de verkiezingscampagne is begonnen. Als je dan toch 200 mln moet bezuinigen op het medicijnenpakket, kun je het maar beter verpakken in de leus "wij gaan de apothekers verlossen van hun imago van zakkenvullers". Dat valt vast beter, zo moet hij gedacht hebben. Hij zal echter gemerkt hebben dat deze creatieve aanpak hem niet in dank is afgenomen. Het is goed dat de apothekers worden aangesproken op de stijging van de medicijnkosten. Maar kiest de minister hier niet voor de gemakkelijkste weg, die bovendien voor met name kleine apothekers desastreuze gevolgen heeft tot en met een faillissement aan toe? Waarom zet de minister niet in op het al eerder gedane voorstel van de KNMP, te weten: het invoeren van een wettelijke prijsverlaging van zo'n 30% wanneer het patent op geneesmiddelen is verlopen? Daarmee is een besparing van 300 mln euro te realiseren en wordt bovendien de patiënt minder hard getroffen. Dan hebben wij meteen vanaf volgend jaar de cholesterolverlagers en maagzuurremmers ook te pakken, want dan verloopt het patent op de meeste van die middelen.

Ik heb wel vaker het gevoel dat deze minister iemand is van grote stappen, snel thuis. Nu is dat niet altijd verkeerd, maar ik heb er toch ook wel bedenkingen bij, bijvoorbeeld als hij op het punt van de marktwerking de vergelijking maakt met slagers, waar op zaterdagmiddag de rij bij de een ook langer is

dan bij de ander. Is marktwerking in de zorg inderdaad wel op deze wijze te vergelijken? Hoever kan marktwerking in de zorg in zijn visie gaan?

Het recht op zorg is niet nieuw, hoewel dit kabinet het zo ongeveer lijkt te claimen. Het is ook niet onprobleematisch, zoals niet alleen is gebleken uit veel reacties die ons bereiken, maar ook uit het betoog van collega Buijs, waar het budgettaire probleem in beeld komt. Hoe valt het recht op zorg, waaraan wij op zichzelf onze steun hebben gegeven in die discussie, te rijmen met bezuinigingen en kostenbesparingen? Is er duidelijkheid over de omvang en de inhoud van hetgeen waarop men recht heeft? Recht op zorg betekent ook voldoende beschikbaarheid van zorg, kwalitatief en kwantitatief. Ik heb het dan natuurlijk ook over de wachtlijsten.

Recht op zorg heeft ook een keerzijde, want rechten impliceren ook plichten. Aan een goede gezondheid hechten mensen erg veel waarde en terecht. Het behouden van een hoog niveau van de gezondheidszorg vraagt echter ook om keuzes en die vertalen zich ook in financiële termen. De gemiddelde burger heeft vaak alleen inzicht in de premies die moeten worden betaald, en niet in de werkelijke kosten die moeten worden gemaakt om de zorg waar zij recht op hebben, te krijgen. Het zou goed zijn als mensen zich meer bewust werden van de reële kosten van de eigen consumptie in de gezondheidszorg. Ziet de minister mogelijkheden om de mensen dit betere inzicht te geven, zodat verantwoord zorggebruik wordt bevorderd?

Uit het recent verschenen onderzoek Gezondheid op koers van het RIVM blijkt, dat de stijging van de gemiddelde levensverwachting achterblijft in vergelijking met andere Europese landen. Het RIVM constateert dat met preventie de komende jaren de meeste gezondheidswinst valt te boeken. Ook in de regeringsverklaring wordt benadrukt dat voorkomen beter is dan genezen, maar helaas worden die woorden niet voldoende in financiële daden omgezet. Ik richt mij met name op het punt van ZONMw. Ik sla de passage die ik op schrift heb, korthedshalve over en verwijs naar hetgeen de collega's hierover hebben gezegd. Ik zal ook mijn steun geven aan moties die erop zijn

gericht, toezeggingen die nog door minister Borst zijn gedaan op het punt van ZONMw ook gestand te doen en om te zetten in daden, met het geld erbij.

In de zorgnota is ook sprake van een herinrichting van de eerstelijnsgezondheidszorg en het terugdringen van het tekort aan huisartsen. Onder andere de VGN heeft aandacht gevraagd voor het feit dat steeds minder specialistische artsen beschikbaar zijn voor bijvoorbeeld instellingen van verstandelijk gehandicapten. Er is sprake van een afnemende bereidheid onder huisartsen om in de benodigde zorg te voorzien. Ook de inspectie heeft daarvoor al aandacht gevraagd. Wil het kabinet bij de beoogde herinrichting van de eerstelijnszorg extra aandacht geven aan de voorzieningen in de gewone huisartsenzorg voor de bijzondere doelgroepen, waaronder met name de gehandicapten?

Over het gehandicaptenbeleid heb ik nog een specifieke vraag. Is deze staatssecretaris van plan concrete stappen te ondernemen die leiden tot een officiële erkenning van de Nederlandse gebarentaal? Eerder is hierover kamerbreed een motie ondersteund, maar als ik het goed heb gezien, is er nog steeds niets ondernomen, ondanks die aansporing van de hele Tweede Kamer.

Op het punt van de dak- en thuislozenzorg en de zwerfjongeren sluit ik mij aan bij eerdere pleidooien van collega's over de maatschappelijke opvang.

In één zin zou ik nog willen pleiten voor het behoud van kleinschalige voorzieningen, daar waar het gaat om zaken als spreiding van ziekenhuizen. Er is al veel over gesproken. Ik denk daarbij ook aan de huisartsenposten, maar ga daar nu niet verder op in.

Een laatste punt waar ik nog een opmerking over zou willen maken, betreft een punt waarover ik met de paarse voorgangers van deze bewindslieden voortdurend in gevecht was: de plaats van de identiteitsgebonden zorg- en hulpverleningsinstellingen in een regionaliserende omgeving. Daar zou veel over te zeggen zijn. Mij dunk, als wij de cliënt en zijn zorgvraag centraal stellen, ook als het gaat om kwaliteit van zorg, is er een evident belang gelegen in het garanderen van de bestaansmogelijkheden van deze instellingen die in een

Rouvoet

specifieke behoefte voorzien en zich méér dan bewezen hebben. Mag ik de bewindslieden uitnodigen ook op dit punt hun visie te geven?

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mijnheer de voorzitter. Recht op zorg, bereikbare zorg, zorg van goede kwaliteit: dat zijn uitgangspunten die het waard zijn verdedigd en gehanteerd te worden. Mijn vraag is simpelweg: hoe gaan deze bewindslieden dat precies doen?

Als het gaat om de wachtlijsten, is het eigenlijk beschamend dat zij er zijn in onze welvarende samenleving. Onderzoek heeft uitgewezen dat elke patiënt in zijn eigen regio binnen gemiddeld zeven weken geholpen kan worden, maar er is een geweldige spreiding om dat gemiddelde. Vaak zijn er te lange wachtlijsten die er onder andere op duiden dat men de weg nog niet weet naar optimalisering van de totale capaciteit. Daarbij zou de centrale elektronische registratie helpen. Hoe staat het daarmee precies? In Limburg is er een project waarbij mensen die onverwacht directe zorg nodig hebben, die zorg ook thuis kunnen krijgen. Kan dat niet een breder bereik krijgen van lieverlee?

Mantelzorgers kunnen op vrijwillige basis een grote inbreng hebben in het terugbrengen van wachtlijsten. Welke rol ziet de regering nu concreet weggelegd voor deze mantelzorgers? Wij zouden dat wel wat aangezet willen zien worden. Krijgen mantelzorgers voldoende bescherming, ook als zij vanwege deze zorgtaak voor langere tijd niet kunnen werken?

Bereikbare zorg, ziekenhuizen en ambulancevervoer: het is een belangrijk thema, ook voor de SGP-fractie. De bereikbaarheidsnorm van 30 minuten lijkt vervangen te gaan worden, sluipenderwijs, door die van 45 minuten. De bewindslieden zeggen dat er eigenlijk kwalitatief gezien geen onverantwoorde zorg wordt gerealiseerd. Is de regering wel voldoende van plan om dat te blijven controleren? Ik zou mij willen aansluiten bij het voorstel van onder anderen collega Buijs om in te steken op het plan van Ambulancezorg Nederland: in drie jaar tijd 90 mln euro en voor het komende jaar 30 mln. Ik steun hem in die lijn.

Over Flevoland is er grote zorg. Wij hebben de brief gezien over de kleine streekziekenhuizen, maar daar lijken de ontwikkelingen maar gewoon door te gaan en dat kan toch niet zijn. Ik sluit mij aan bij de ergernis die door enkele collega's op dit punt is verwoord.

De huisarts als poortwachter tot de zorg staat onder druk. Vooral in grote steden ondervinden mensen steeds meer problemen bij het vinden van een huisarts. Er zijn ook de effecten van de vergrijzing die de vraag doen toenemen. Het aantal opleidingsplaatsen wordt weliswaar uitgebreid, maar er is toch een gigantisch tekort. De werkdruk en het als aantrekkelijk of onaantrekkelijk worden ervaren van het beroep zijn daarbij in het geding. Ik zou willen vragen of daar nog iets aan kan gebeuren, uiteraard in samenspraak met betrokkenen.

Een ander probleem wordt gevormd door de huisartsenposten. Het gaat dan om de bereikbaarheid 's nachts. In de landelijke gebieden moeten mensen vaak te grote afstanden afleggen, zo is mijn waarneming. Ik zou de minister willen vragen of hij te dien aanzien aan oplossingen wil werken.

De "apothekerszorg" in landelijke gebieden en in kleine kernen verschraalt. Dat is helder. Dit is echter niet goed en ook op dit punt wil ik mijn zorg uitspreken, in de hoop dat ik een beleidsreactie krijg.

In de Jaaragenda Ethiek en Gezondheid komen onder meer de evaluatie de abortus- en de euthanasiepraktijk aan de orde. Het lijken wel "technische" evaluaties, waarmee wordt nagegaan of alles volgens de procedures verloopt. Dat is mijn fractie duidelijk te weinig. Wat wil het kabinet op dit terrein bereiken? Vindt de regering niet net als de SGP-fractie dat het gewenst is om te komen tot afschaffing van deze wettelijke regelingen? Wat vindt de regering van het in de Jaaragenda aangegeven uitgangspunt dat het streven is dat betrokkenen een natuurlijke dood kunnen sterven en dat het niet acceptabel is dat het achterwege blijven van een aanbod aan pijnbestrijding de vraag naar euthanasie tot gevolg heeft?

Bij de algemene politieke beschouwingen heeft de minister-president toegezegd dat er al voor de evaluatie van de abortuswet maatregelen zouden worden genomen om abortus tegen te gaan.

In de beantwoording van de vragen over de Jaarrapportage 2001 wordt gesteld dat er begin december een deskundigenbijeenkomst wordt gehouden met als doel na te gaan hoe de seksuele gezondheid van jongeren kan worden bevorderd. Is de staatssecretaris ook van plan in deze bijeenkomst en in de evaluatie nadrukkelijk de positie van en verantwoordelijkheid voor het ongewenste ongeboren kind aan de orde te stellen? Ik aarzelde even bij het uitspreken van "ongewenste". De vraag kan zijn: wanneer is het ongeboren kind ongewenst? Ik plaats dit woord daarom tussen aanhalingstekens.

Hoe is de stand van zaken met betrekking tot de genderkliniek? Daar hoor ik niet zoveel meer over. Wil de minister de Kamer aangeven wat de situatie is?

We hebben een brief over de voortgang en de verdere verbetering van de palliatieve zorg gekregen. In de Jaaragenda staat dat het niet acceptabel is dat het achterwege blijven van een aanbod aan pijnbestrijding de vraag naar euthanasie tot gevolg heeft. Palliatieve zorg moet kwalitatief goed en verantwoord zijn. Welke kwaliteitseisen ziet de regering als norm voor kwalitatief hoogwaardige palliatieve zorg zolang de instelling zelf nog niet voldoende kwaliteitskaders heeft?

Er zijn nog steeds signalen uit het veld waaruit blijkt dat er grote problemen zijn. Voldoende financiële middelen en een goede informatievoorziening zijn van groot belang. Ik steun natuurlijk collega Rouvoet. Vorig jaar had hij ook het voortouw en toen heb ik hem eveneens gesteund met zijn amendement. Er moet nu een vervolg komen. Het moet niet voor één jaar gelden, maar structureel en wel tot wij een volledige setting hebben gerealiseerd.

Kunnen alle mensen die dit willen nu reeds die vorm van palliatieve zorg krijgen die zij willen? Hoe wil de regering het communicatie- en afstemmingsprobleem tussen de actoren zo snel mogelijk oplossen? Krijgt palliatieve zorg in de opleidingen zelfstandige aandacht als belangrijke vorm van zorg zonder een directe koppeling met euthanasie? Ten slotte vragen wij ons af in hoeverre het ook uit financieel oogpunt mogelijk is om zelfstandige

Van der Vlies

hospices te laten vallen onder de PGB-regeling.

Bij de behandeling van de begroting van Justitie heeft collega Van der Staaij een motie over uitstapprogramma's voor prostituees ingediend die breed wordt ondersteund. Tijdens de behandeling van de begroting werd duidelijk dat dit thema tot het beleidsterrein van VWS hoort. De motie is aanvaard en mijn vraag is: hoe denken deze bewindslieden daarmee om te gaan? Op welke manier wordt aan de uitvoering ervan vorm gegeven? Misschien krijg ik de toezegging dat wij hierover binnenkort iets horen.

Voorzitter. Ongezonde leefgewoonten van jongeren zijn investeringen in ongezondheid, aldus de Toekomstverkenning van het RIVM. De aan ongezond leefgedrag verbonden kosten zijn tussen de 5% à 9% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Dit is onverantwoord! De hoge kosten van de gezondheidszorg en de wachtlijsten kunnen dus niet alleen te wijten zijn aan het gehanteerde systeem. Is er oog voor deze problematiek? Wat de eventuele bezuiniging op ZONMw betreft, sluit ik mij aan bij wat daarover is gezegd. Ook wij vinden dat dat programma, zeker in de preventieve sfeer, zijn kansen de komende jaren voluit moet krijgen.

Bij preventie gaat het ook om de verslavingsproblematiek: roken, drank, drugs en gokken. Wij willen de oorzaken daarvan helder benoemen. Ik denk in dit verband aan besmetting met SOA. Er is de veiligvrijencampagne. Laten we toch klip en klaar zeggen wat de oorzaken zijn en laten wij opkomen voor trouw binnen het huwelijk. Laten wij dus helder benoemen waar het om gaat.

Over slachtofferhulp wil ik twee korte opmerkingen maken. Mensen die betrokken zijn bij een ongeval krijgen slachtofferhulp. Vallen ook niet-slachtoffers onder de reikwijdte van deze hulp? In het werkveld is opgemerkt dat de grens wordt getrokken bij de direct betrokkenen, terwijl omstanders en de mensen die de helpende hand hebben geboden, van hulp verstoken zouden blijven. Ik vind dat die hulp laagdrempeliger moet worden.

Ik heb met verbazing kennisgenomen van de uitbreiding van de subsidieregeling voor topsportaccommodaties. Wij hebben nu zoveel geld nodig voor wachtlijsten en dergelijke.

Is dat dan een hoge prioriteit? Ik kan het mij haast niet voorstellen.

Ik ben heel geroerd door de positieve belangstelling van enkele woordvoerders voor mijn motie ter zake van de gebarentaal. Hoe staat het met de uitwerking daarvan?

Ik heb niet gesproken over de AWBZ en het PGB, ook niet in relatie tot de gehandicaptenzorg, omdat deze onderwerpen binnenkort in AO's aan de orde komen.

□

De heer **Jense** (Leefbaar Nederland): Voorzitter. De fractie van Leefbaar Nederland pleit voor het behouden van de menselijke maat in de zorg. Dat betekent dat wij ook willen pleiten voor het behoud van kleine ziekenhuizen. De bereikbaarheid van ziekenhuizen voor zowel patiënten als het bezoek van die patiënten en ook de aanrijtijden voor ambulances baren ons zorg. Met lede ogen hebben wij het proces moeten aanzien dat ziekenhuizen werden gesloten of samengevoegd. Andere zijn verworpen tot dagbehandelcentra en dat in een tijd waarin mensen steeds ouder worden en dus automatisch steeds meer zorg nodig hebben. Niet voor niets willen steeds meer gemeenten wijkgebonden medische centra. Leefbaar Nederland wil dat er echt wordt nagedacht over en plannen worden gemaakt voor een goede en verantwoorde spreiding van ziekenhuizen. Het is toch te gek voor woorden dat uit het oogpunt van soms vermeende efficiency van ziekenhuizen die al op ruime afstand van elkaar liggen er één wordt afgebroken en dat je ziekenhuizen dicht bij elkaar ziet terugkomen. Daardoor moeten ambulances soms langer rijden dan eigenlijk verantwoord is. Dit alles is geen goede zaak. Het zal in de toekomst echt anders moeten. Inmiddels bereiken ons zorgwekkende berichten over het negeren van aanwijzingen die aan bestuurlijke organisaties van sommige ziekenhuizen zijn gegeven door de voorganger van de minister. Kan hij ons de laatste ontwikkelingen melden?

Leefbaar Nederland is van mening dat wij ons sterk zullen moeten maken voor de ontwikkeling van een nieuw verzekeringsstelsel. Wetten moeten worden aangepast en de invoering moet worden gepland. Wij streven naar een voor iedere burger verplichte zorgverzekering, waarbij

voor de verzekeraar, oud-ziekenfonds en oud-particulier, een acceptatieplicht geldt. Elke verzekeringsnemer kan gedurende zijn gehele leven kiezen of hij inkomensafhankelijk of nominaal, dat wil zeggen een vaste premie, zal betalen. Als hij weinig verdient aan het einde van zijn carrière- of pensioentijd, kan hij de inkomensafhankelijke variant kiezen; gaat hij meer verdienen, dan kan hij de nominale variant kiezen. In dit premiesysteem is een al dan niet fiscale overheidssubsidie om de premie betaalbaar te houden overbodig. Dat is weer winst.

Het uitgebreide standaardverzekeringspakket is bij beide premiesystemen exact gelijk. De pakketvoorwaarden worden in algemene termen omschreven en door de overheid gecontroleerd, evenals de goedkeuring van de premie en het premiepercentage. De premies voor het standaardpakket zijn gelijk. Verzekeraars gaan concurreren op service en op de extra's die zij in de onderhandelingen met zorgaanbieders weten te bereiken. De regionale klanten- en patiëntenorganisaties zullen de noodzakelijke pressie uitoefenen om de verschillende partijen scherp te houden. Eenieder behoudt zijn mogelijkheden om verbeteringen voor te stellen.

De bekende oorzaken van de wachtlijsten moeten worden weggenomen. Privéklinieken mogen niet leiden tot stijging van de kosten van de medische infrastructuur. Dat zou niet te rijmen zijn met de principes van solidariteit. Vervolgens wil de fractie van Leefbaar Nederland waarschuwen voor het fenomeen dat zorgverzekeraars privéklinieken kunnen bevoordelen, als zij zo'n kliniek in hun organisatie zouden kennen. Kan de minister aangeven of die situatie zich in ons land voordoet?

Een heel ander punt van zorg is de toekomst op korte termijn van de vier mobiele medische teams. Door het niet maken van afspraken tussen het ministerie van VWS en de tien traumacentra over de kwaliteit en spreiding van dit netwerk dreigt deze zorg in gevaar te komen. Dit wordt mede veroorzaakt door het niet maken van afspraken over het benodigde budget van 4,5 mln euro. Hierin is voor 2002 al wel voorzien, maar dat bedrag dreigt nu niet te worden besteed. Ook voor 2003 kan dat tot problemen leiden. Worden

Jense

daar alsnog afspraken over gemaakt? Ik overweeg hierover in tweede termijn een motie in te dienen.

Ik kom op de klachten van de apothekers. Leefbaar Nederland begrijpt niet waarom deze beroepsgroep door de waarnemend minister wordt bejegend op de manier, zoals thans gebeurt. Kan hij aangeven waarom er met deze beroepsgroep geen goed overleg kan plaatsvinden? De manier waarop de minister nu met deze materie omgaat, kan alleen maar leiden tot problemen in de branche. Dat wil Leefbaar Nederland graag voorkomen, omdat wij vinden dat er de afgelopen jaren bijzonder veel geld, extra zorg en personeel is geïnvesteerd in de kwaliteit van de apothekersbranche.

Ik zou ten slotte graag zien dat de minister en de staatssecretaris nog eens kijken naar de mogelijkheden om het Project ouders online te handhaven.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Als u wist wat ik aan het begin van de avond dacht over het eindtijdstip, dan valt het eigenlijk enorm mee. Ik dank u allen voor uw medewerking.

De minister en de staatssecretaris zullen morgenmiddag omstreeks half vijf met hun antwoord beginnen.

Sluiting 0.03 uur



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

1. drie koninklijke boodschappen, ten geleide van de voorstellen van (rijks)wet:

Wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet financiering volksverzekeringen mede in verband met het scheiden van de financiering van de beheerskosten Zfw en AWBZ (28678);

Regels ter bespoediging en vereenvoudiging van procedures met het oog op het zo spoedig mogelijk vergroten van de capaciteit van een aantal hoofdwegen door middel van een betere benutting en verbreding van die wegen (Spoedwet wegverbreding) (28679);

Wijziging van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek in verband met versnelde

invoering toets nieuwe opleiding (28681).

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, inzake het sluiten van een aantal uitvoeringsverdragen (23908, R1509, nr. 58);

een, over de nieuwe Amerikaanse nationale veiligheidsstrategie (28600-V, nr. 12);

een, ten geleide van het tweede Protocol bij het verdrag inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Verenigde Staten van Amerika (28683);

een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, inzake de voorgenomen deelname aan het Emerging Africa Infrastructure Fund (EAIFF) (28603, nr. 4);

twee, van de minister van Justitie, te weten:

een, over de geannoteerde agenda van de JBZ-raad van 28 en 29 november 2002 (23490, nr. 249);

een, ten geleide van de gecorrigeerde tabel "Productietoename begroting Raad voor de Rechtspraak" (28600-VI, nr. 71);

drie, van de minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie, te weten:

een, over een onderzoek naar gemeentelijke vervolgoepvang van uitgeprocedeerde asielzoekers (19637, nr. 695);

een, over de ama-campus te Vught (27062, nr. 19);

een, ten geleide van het uitgegeven persbericht inzake mogelijke herinvoering van de doodstraf (28682);

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

een, over de uitvoering van de moties van de leden Spies c.s. en Van Gent, nrs. 16 en 17 (28243, nr. 19);

een, over uiteenlopende beloningsvraagstukken die spelen rondom de beloning van topfunctionarissen in de publieke sector (28479, nr. 3);

een, over het project Kiezen op Afstand (28600-VII, nr. 17);

een, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, over toezeggingen gedaan in de 2de termijn van de begrotings-

behandeling van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (28600-VIII, nr. 77);

een, van de minister en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, ten geleide van een reactie op de amendementen en moties ingediend bij de Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen-begroting 2003 (28600-VIII, nr. 73);

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

een, over ict in het onderwijs (25733, nr. 36);

een, over de mediabegroting 2003 (28600-VIII, nr. 72);

een, van de staatssecretaris van Financiën, over de FARBO (28600-IXB, nr. 14);

een, van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, over een toetsingskader in- en uitvoer (Handhavingsrapport) (22343, nr. 73);

twee, van de minister van Verkeer en Waterstaat, te weten:

een, ten geleide van een reactie op de bij de behandeling van de begroting voor 2003 ingediende motie nr. 36 van de leden Duyvendak, Giskes en Gerkens en motie nr. 40 van het lid Gerkens (28600-XII, nr. 56);

een, over de beperking in taakstellingen voor het openbaar vervoer (28600-XII, nr. 57);

een, van de minister van Economische Zaken, over de R&D-uitgaven (21501-30, nr. 9);

een, van de staatssecretaris van Economische Zaken, over het tariefbeheersingssysteem van de post (21693, nr. 60);

een, van de minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, ten geleide van de agenda voor de vergadering van de landbouw- en visserijministers van de Europese Unie die van 27 tot en met 29 november 2002 in Brussel plaats zal vinden (21501-32, nr. 7);

een, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van aanvullingen op de vierde voortgangsrapportage SUWI (26448, nr. 61);

drie, van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, te weten:

een, over gelijke beloning (27099, nr. 8);

een, ten geleide van antwoorden op vragen die gesteld zijn tijdens het AO van 6 november 2002 over de