

Voorzitter

de EVP, de Groep Scholten/Dijkman, de CP en de CD, het CDA, Groen-Links, de Groep Van der Spek, de SP, het AOV, de Unie 55+, de Christen-Unie, de Groep Ockels, de Groep Hendriks, de Groep Verkerk, de Groep Nijpels, de LPF, de Groep Wijnschenk, de Groep Winny de Jong, de Groep Lazrak en de Groep Wilders.

Dank u wel, voorzitter.

(Applaus)

De **voorzitter**: Aan dit applaus voeg ik vier woorden toe: heel, heel veel dank, Willem Hendrik. Dank je wel.

Ik sluit dit bijzondere deel van de Kamervergadering ter gelegenheid van het afscheid van de griffier. Ik nodig de heer De Beaufort, Willem Hendrik, je familie, je gasten, de leden, de genodigden, u allen uit om in het ledenrestaurant hierachter een glaasje te drinken op de toekomst van Willem Hendrik.

De vergadering wordt van 17.33 uur tot 19.00 uur geschorst.

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 2005 (29800-XVI).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Deze minister is de minister van eigen verantwoordelijkheid. Met andere woorden, mensen worden aan hun lot of aan hun omgeving overgelaten. Als u geld hebt, hebt u een mooi gebit en kunt u zich via IVF een kind veroorloven. Als u geen geld hebt, moet u uw verantwoordelijkheid maar dragen zonder kind en zonder gebit. Een van de eerste zinnen van de begroting is typerend voor de wijze waarop deze minister zijn verantwoordelijkheid tussen de burgers en de overheid ziet:

"VWS heeft indirect de verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg is in belangrijke mate een zaak van het particulier initiatief."

Het gaat hier wel over collectief opgebrachte premies. Volgens mij is

de overheid dus verantwoordelijk voor een zinnige besteding daarvan. Inderdaad, mijnheer de minister, de mensen voelen op hun klompen aan dat het allemaal een stuk soberder moet, zoals de minister gisteren zei in reactie op het SCP-rapport. De PvdA vraagt zich echter af voor wie hij deze ferme uitspraak bedoelt. Voor de mensen die toch al geen klompen meer dragen, omdat zij hun huis niet meer uit kunnen? Voor de mensen die meerdere paren klompen bezitten en kunnen shoppen, bijvoorbeeld langs de aanvullende verzekeringen, totdat zij erbij neervallen? Het kabinet lijkt met verantwoordelijkheidsverdeling vooral te bedoelen dat de verantwoordelijkheid van de overheid wordt afgeschoven op de burger. In plaats van de verantwoordelijkheid van de overheid zo goed en zo zorgvuldig mogelijk te definiëren en in te vullen, lijkt deze minister vooral bezig te zijn, de verantwoordelijkheid van de overheid zoveel mogelijk af te schuiven en te vertroebelen met de langzamerhand bekende uitroep: daar ga ik niet over!

In plaats van de huidige problemen in de zorg aan te pakken, is deze minister bezig historisch te scoren met de meest vergaande wetten om op die manier als de man van het stelsel de geschiedenis in te gaan. Verder is hij op de korte termijn bezig met pappen en nathouden. Om even in de sfeer van de zorg te blijven: zachte heelmeesters maken stinkende wonden. Straks hebben wij een systeem waarin zieke mensen geen zorg meer kunnen betalen die zij wel nodig hebben, waarin er een sanctie staat op ziek worden, waarin zorgaanbieders zich niet meer aan zorgvernieuwing of zorg op maat wagen uit angst in de knel te komen met hun budgetten, en waarin een toenemend aantal oudere mensen vereenzaamt en zonder noodzakelijke zorg thuiszit.

Wat doet deze minister? Hij sluit convenanten af met het veld, maar later horen wij van de partijen dat zij niet anders konden, omdat zij min of meer het mes op de keel kregen in de vorm van tariefkortingen. De koepels hebben net als de minister gekozen voor rust. Dat komt de minister natuurlijk heel goed uit, want dan heeft hij zijn handen vrij om er een nieuw stelsel doorheen te jagen. De grootste operatie in de zorg moet namelijk in minder dan drie maanden door de Kamer

behandeld worden. Aan wie wordt verantwoording afgelegd over de convenanten?

Deze minister is een minister van prestaties en afrekenen op resultaten. Ik ben het volledig met hem eens en steun hem in zijn aanpak om dit te realiseren, maar kan ik er ook van op aan dat wij als Kamer hem ook op zijn prestaties kunnen afrekenen? Kunnen wij ervan op aan dat de minister de beloofde bezuinigingen daadwerkelijk haalt? Het mag duidelijk zijn dat de PvdA deze bezuinigingen van het begin af aan heeft afgewezen. Ze zijn ondoordacht, onrechtvaardig en bovendien onrealistisch. Sterker nog, wij denken dat de kosten voor de bezuinigingen veel hoger zullen worden dan de minister doet voorkomen.

Dan IVF. Verschillende keren heb ik hier vragen over gesteld. Het is niet alleen onrechtvaardig dat mensen met weinig geld de behandeling en medicatie niet kunnen betalen, maar ook dat de kosten van het terugplaatsen van meerlingen vele malen hoger zijn. Wat kost dat?

De tandartsenzorg. Ook hierover heb ik verschillende keren met de minister van gedachten gewisseld. De minister bagatelliseert het probleem. Onlangs bleek echter dat mensen die kiespijn hebben niet naar de tandarts gaan maar naar de eerste hulp. Wat kost dat?

De pil. Bezuinigingen op de pil zouden 50 mln aan besparingen opleveren. Onlangs bleek uit onderzoek dat het aantal abortussen is toegenomen. Wat kost dat?

De graaiende managers of de clusterklungels zoals zij ook wel door collega Oudkerk werden genoemd. Wat kost dat? Ook daar gaat de minister niet over. Gelukkig ± ik ben het nooit met hem eens, maar in dit geval wel ± zei minister Zalm tijdens de financiële beschouwingen dat hij wel degelijk instrumenten heeft om de salarissen in de publieke sector aan banden te leggen en dus ook die van ziekenhuisdirecteuren en zorginstellingdirecteuren. Deelt de minister deze mening van de minister van Financiën en zo ja, wat gaat hij daarmee doen? Kortom, deze minister heeft ons niet weten te overtuigen met al zijn bezuinigingsmaatregelen. De evaluaties die de opbrengst moeten bewijzen worden allemaal op de lange termijn geschoven: evaluatie IVF, evaluatie tandzorg enz. De PvdA vindt dat de

Arib

bezuinigingsmaatregelen die tot nu toe zijn genomen, moeten worden geëvalueerd. Niet in 2005 en niet in 2006, maar door de signalen die nu door verschillende deskundigen en instanties worden afgegeven, serieus te nemen. Durft deze minister ook naar zichzelf te kijken? Als hij de beoogde opbrengst niet haalt, welke consequenties verbindt hij dan aan het niet-presteren? Hierop wil ik graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Eindelijk is de aap uit de mouw. Wij behoeven het niet meer te hebben over gereguleerde marktwerking, maar wij mogen het eindelijk de naam geven zoals die door deze minister altijd bedoeld is: liberalisering van de zorg. Het wordt steeds duidelijker wat dit kabinet wil. Verantwoordelijkheid afstoten en solidariteit verminderen noemen wij tegenwoordig omgekeerde solidariteit en hard bezuinigen. Een eerste stap die al niet erg hoopgevend is en ons doet afvragen voor wie wij de reorganisatie van het stelsel bedoeld hadden, betreft de DBC's. Door de invoering van de eerste DBC's gaat de premie al fors omhoog. Kan de minister uitleggen waarom mensen voor diezelfde zorg die wij alleen een ander etiket op plakken, meer premie moeten betalen? Een ander gevolg van invoering van DBC's is het feit dat gespecialiseerde centra zoals het MS-centrum in Nijmegen niet meer kunnen overleven. Welke oplossingen heeft deze minister hiervoor?

Dit kabinet lijkt er niet bepaald in te slagen een visie neer te zetten die begrepen wordt door de mensen in het land. Waarom gaan de bewindslieden niet eens de straat op om te vragen aan de mensen of ze snappen wat er met dit zorgstelsel gebeurt? Mensen zien vooral dat de premie wordt verhoogd en dat pakketten worden verkleind en dat het systeem minder solidair wordt. Maar kunnen zij beter kiezen? Zijn verzekeringen nu goed te vergelijken? Kunnen aanbieders worden vergeleken op kwaliteit? Ook de werkers in de zorg snappen het niet meer. De problemen in de gezondheidszorg worden niet opgelost door alleen met economische maatstaven te werken. Stageplaatsen zijn er nauwelijks omdat er op korte termijn niet aan verdiend kan worden. Er is in het algemeen steeds minder aandacht voor kwaliteit, innovatie en doelmatigheid. Het gaat vooral om geld. Vreemd genoeg lijkt de minister doof voor alle kritiek uit professionele en

wetenschappelijke hoek, waaruit blijkt dat de huidige maatregelen niet tot een duurzaam en stabiel zorgstelsel zullen leiden. Kan de minister mij uitleggen wat een burger ± ik zou haast zeggen "een gemiddelde burger", maar dat is een citaat van Balkenende ± precies gaat merken van de liberalisering, zowel financieel en materieel als wat betreft kwaliteit? Gaat hij of zij er op vooruit? Dezelfde vraag zou ik graag beantwoord willen zien voor de werkers in de zorg.

Vervolgens kom ik te spreken over de wet inzake maatschappelijke ondersteuning, een zeer omstreden wet, waar geen enkel draagvlak voor is. De staatssecretaris gaat een verzekerd recht op zorg overhevelen naar de gemeenten, maar in de praktijk komt het erop neer dat zij er gewoon haar handen van af trekt. Het persoonsgebonden budget, een belangrijk instrument voor patiënten om zeggenschap en keuzevrijheid uit te oefenen over hun eigen leven, wordt nu afhankelijk gemaakt van de toestand van de gemeentefinanciën. Met andere woorden: de staatssecretaris introduceert rechtsongelijkheid op een verworven recht. Toch wil deze staatssecretaris deze wet met ingang van 2006 doordrukken. Ik vraag haar duidelijkheid te bieden over de concrete gevolgen die deze wet met zich zal brengen, financieel en maatschappelijk, nog voordat zij onomkeerbare stappen gaat zetten. Met andere woorden: een pas op de plaats.

Steeds meer ouderen en chronisch zieken willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Zij willen ook graag in hun eigen omgeving verzorgd en verpleegd worden. Twee weken geleden verscheen het rapport "Verpleging en verzorging verklaard" van het SCP. Hierin wordt dit beeld bevestigd en wordt gewaarschuwd voor de consequenties van de toenemende vraag naar zorg. Het SCP heeft vorige week een rapport uitgebracht waaruit blijkt dat steeds meer mensen in een sociaal isolement komen te verkeren, niet omdat men geen baan heeft, zoals vaak wordt gedacht, maar vanwege lichamelijke en psychische klachten.

De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt, maar van hem mag niet verwacht worden dat hij zowel maatschappelijke en psychosociale problemen als gezondheidsklachten behandelt. Dat zou namelijk eenvoudigweg een verdere

taakverzwaring van de huisarts betekenen en dan wordt hij een vergaarbak voor van alles en nog wat. De overheid moet alles op alles zetten om te anticiperen op de geschetste ontwikkelingen.

De fractie van de PvdA heeft een plan opgesteld ter versterking van de eerste lijn. De eerstelijnszorg moet dicht bij de mensen worden georganiseerd. Middenin wijken moeten er duidelijk herkenbare centra komen zonder drempels. Deze centra moeten vrij toegankelijk zijn voor iedereen: voor ouderen, chronisch zieken, jongeren, kinderen enz. Het is de bedoeling dat alle beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg daarin bij elkaar zitten, dus huisartsen, verloskundigen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten enz. Redenerend vanuit de vraag van de cliënt moet er zo goed mogelijk worden samengewerkt tussen de onderscheiden disciplines. Deze centra komen echter heel moeizaam van de grond. Wij pleiten ervoor dat de minister dit soort ontwikkelingen stimuleert. Met het oog hierop dient hij de samenhang in de eerstelijnszorg te bevorderen. Alles wat daarin wordt geïnvesteerd, wordt later terugverdiend.

In die context pleiten wij voor wijkverpleegkundigen; een soort wijkzuster. Dit zal niet meer zoals vroeger een vrouw zijn die in een leren jas op een solex de wijk doorkruist, maar iemand die zorg verleent in de eigen omgeving van betrokkenen. De wijkverpleegkundige is goed op de hoogte van de situatie en kan op grond daarvan doorverwijzen naar en signalen afgeven aan de eerstelijns hulpverleners.

Voorzitter. Ik verzoek u dit plan als bijlage in de Handelingen op te nemen.

De **voorzitter**: Ik zal ervoor zorgen dat uw plan "Lang leve de eerste lijn, de wijkzuster moet terug" wordt rondgedeeld.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Er wordt voorlichting gegeven over prenatale screening. Voor vrouwen onder de 36 jaar is de screening gratis, maar oudere vrouwen moeten die zelf betalen. Hierover is heel veel onrust in het land. Wat is de laatste stand van zaken?

Waarom is er nog geen beslissing genomen over de zogenaamde 20 weken- of tweede-termijn-echo?

Arib

Samen met collega Lambrechts van D66 hebben wij hier vragen over gesteld.

Verschillende kinderartsen hebben aangegeven dat de politiek dringend haar verantwoordelijkheid moet nemen en duidelijkheid moet scheppen over de vraag in welke gevallen het leven van pasgeborenen met een afwijking beëindigd mag worden.

Het landelijk expertisecentrum draagmoederschap te Zaandam is een uitstekend initiatief. Daar zijn de minister, de zorgverzekeraars en de politiek het over eens. Toch blijken er problemen met zorgverzekeraars te ontstaan.

Vorige week verscheen een rapport van de GGD te Amsterdam waaruit blijkt dat een op de drie artsen kindermishandeling niet herkent. Ik heb in het verleden vragen hierover gesteld en moties op dit punt ingediend. Ik pleit voor het scholen van artsen in het herkennen van kindermishandeling. Er moeten vaker forensische artsen worden ingeschakeld bij het achterhalen van de oorzaak van het overlijden van minderjarigen. In dit verband vraag ik ook naar de uitvoering van de motie-Arib waarin wordt gepleit voor periodieke controle door jeugdartsen en praktijkverpleegkundigen. Zij hebben dan de taak om na te gaan of sprake is van overgewicht, genitale verminking of gedragsproblemen.

De jeugdzorg is de laatste tijd nogal negatief in de publiciteit. De staatssecretaris ontloopt haar verantwoordelijkheid als coördinator. Zij staat toe dat de minister van Justitie 40 mln bezuinigt op justitiële jeugdinstellingen. Zij heeft geaccepteerd dat minister Donner een financiële bijdrage vraagt van gezinnen waarvan de kinderen uit huis zijn geplaatst. Daarnaast weet zij vakinhoudelijk ook niet te overtuigen. De presentatie van het plan om ten onrechte in een justitiële jeugdinstelling verblijvende jongeren snel in behandelingsinstellingen te plaatsen, wordt keer op keer uitgesteld. Er wordt nauwelijks extra geld voor uitgetrokken. Van een mooi plan voor de gezinscoach komt evenmin iets terecht; een enkel experiment, maar geen structurele facilitering en vervolgens wordt er bezuinigd op de vrijwillige hulpverlening in de jeugdzorg. Hoe vult de staatssecretaris haar rol als coördinator de komende twee jaar

concreet in? Ik pleit er graag voor dat er eindelijk een minister voor de jeugd komt.

□

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Wij spreken eigenlijk over de belangrijkste begroting. Elk nieuwjaar wensen de meeste Nederlanders elkaar namelijk vooral geluk en een goede gezondheid toe en daar gaat de begroting van VWS over. Blijven wij gezond of hoe worden wij weer gezond? Die wens verpakken wij in dit parlementaire jaar, maar zeker in het komende begrotingsjaar, 2005, vooral in de debatten over de vernieuwing van het zorgstelsel. Deze minister lijkt vooral de betaalbaarheid van het stelsel als wens te hebben. Maar voor mijn fractie geldt dat doelmatigheid alleen echt te weinig is. Het gaat niet om goedkoper, maar vooral om beter. Natuurlijk wil ook de PvdA net als de minister dat de zorg betaalbaar blijft, want juist de mensen met lagere inkomens betalen heel veel voor de gezondheidszorg. Maar kwaliteit moet daarbij vooropstaan. Kwaliteit betekent bijvoorbeeld dat gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen kleiner worden. Helaas zijn in Nederland opleiding en inkomen nog steeds de beste basis voor de voorspelling voor hoe oud men wordt en hoe gezond men is.

Maar wat doet deze minister? Hij praat over doelmatigheid en kostenbeheersing. Hij wil vooral een groter kostenbewustzijn bij patiënten. Want de minister gelooft echt dat zieken denken dat de zorg gratis is. Hij kiest voortdurend voor het beter maken van systemen in plaats van het beter maken van mensen. De Partij van de Arbeid blijft deze minister aanspreken als regisseur of als eindverantwoordelijke. Hij moet ervoor zorgen dat wij betere zorgproducten krijgen tegen dezelfde of tegen lagere prijzen. Daarom hebben wij hem als Kamer met de WTG Express, met de herziening overeenkomstenstelsel, met de WTZi heel veel nieuwe instrumenten gegeven. Dat betekent moeilijke maatregelen durven nemen, als sommige instellingen inefficiënt werken.

Ook bij de Zorgverzekeringswet zal mijn fractie de minister aanspreken als eindverantwoordelijke. Vorige

week hebben wij gezien hoe het niet moet. Ook de minister vond de aangekondigde kostenstijging en mogelijke premiestijging van de particuliere verzekeraars te hoog, zo riep hij voor de camera. Maar dat waren praatjes voor de bühne, want vervolgens zei hij: ik ga er niet over. Of de minister doet er wat aan of hij houdt zijn mond. Nu creëert hij ten onrechte verwachtingen bij veel mensen die hun kosten, mede door het beleid van dit kabinet, toch al fors zien stijgen. Wat kan hij eraan doen en wat gaat hij eraan doen? Kloppen de ramingen van VWS structureel niet, zoals de zorgverzekeraars beweren en zoals overigens ook het Centraal Planbureau in een rapport heeft gesteld? Als dat het geval is, dan klopt de begroting ook niet. Graag een reactie.

Laat de minister de NMa de kostenstijgingen onderzoeken? Wordt elke kostenstijging, elke raming zonder afwijking automatisch in een premiestijging vertaald? Graag een reactie op de stelling dat, als de particuliere verzekeraars een tegenvaller hebben door de DBC-bekostigingssystematiek, de ziekenfondsverzekerden en de ziekenfondsen dan een meevaller moeten hebben. De werkelijkheid in de gezondheidszorg verandert niet, alleen de bekostigingssystematiek verandert. Wat vindt het CTG van de bekostigingssystematiek van de zorgverzekeraars?

Wat zijn de ambities van de Partij van de Arbeid voor een fatsoenlijk en solidair stelsel in de zorg? Wij willen bestaande gezondheidsverschillen overbruggen door meer aandacht en geld voor preventie. Het tweede punt is ruimte voor eigen keuzes van patiënt en professional, onder meer door betere informatie en minder bureaucratie. Het derde uitgangspunt is dat iedereen recht heeft op goede zorg en dat de lasten eerlijk moeten worden verdeeld tussen de huidige en toekomstige generaties. De vierde ambitie is dat resultaten centraal staan. Daarbij kiezen wij voor kwaliteit in plaats van alleen voor geld. De vijfde ambitie is dat de verantwoordelijkheden goed verdeeld moeten worden. Waar macht is, moet altijd tegenmacht worden georganiseerd, vooral voor patiënten.

Mevrouw **Kant** (SP): U zei over de introductie van marktwerking door

Heemskerk

DBC's bij de ziekenhuizen per 1 januari dat daarmee niets verandert. Mij dunkt, er wordt marktwerking geïntroduceerd bij de ziekenhuizen. Dan verandert er toch wel iets?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Nee, volgens de zorgverzekeraars is de oorzaak van de premiestijging dat de bekostigingssystematiek verandert. Zij profiteren van het feit dat zij veel jonge en gezonde mensen hebben en zij krijgen nu meer algemene, brede kosten voor hun rekening. Zij zeggen dat zij daardoor hun premies moeten aanpassen. De feitelijke hulp aan patiënten, wat er in de ziekenhuizen gebeurt, is nog niet veranderd. Als de kosten voor de particuliere verzekeraars als gevolg van deze systematiek omhoog gaan, moeten de kosten van de ziekenfondsen omlaag gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Die redenering gaat alleen op als er niets verandert, maar er verandert wel wat. Hiermee wordt voor een deel marktwerking in de ziekenhuiszorg geïntroduceerd. Heel veel deskundigen, bijvoorbeeld Zorgverzekeraars Nederland, zeggen vandaag, maar ook al eerder, dat de zorg door de marktwerking duurder wordt. Daardoor gaan de premies stijgen. Ik vrees dat dit volgend jaar ook voor de ziekenfondspremies geldt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Volgens mij bent u geen groot voorstander van de DBC-systematiek, maar kent u deze wel goed. Er zijn twee segmenten. Het ene segment verandert niet en het andere segment wordt vrijgegeven. Het A-segment van 90% waarbij geen marktwerking wordt geïntroduceerd, omdat de tarieven vast blijven staan, is volgens de zorgverzekeraars de hoofdreden waarom hun premies omhoog moeten. Dan zeg ik: nee, de werkelijkheid verandert niet, dus wat bij de ene partij omhoog gaat, moet bij de andere partij naar beneden. Daar wil ik graag antwoord op van deze minister. Ondanks de waarde-loze no claim zou dat toch goed nieuws betekenen voor een aantal ziekenfondsverzekerden.

Mevrouw **Kant** (SP): Als u zegt dat de werkelijkheid niet verandert door de marktwerking in de zorg, laten wij dan met die onzin en de bureaucratie stoppen, zou ik zeggen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb gezegd dat de werkelijkheid nog niet is veranderd door die bekostigingssystematiek. Als dat iets betekent voor de premies, is dat onbegrijpelijk. De minister moet dat maar uitleggen en er wat aan doen.

Marktwerking in de gezondheidszorg is een heel ingewikkelde discussie. In het pamflet zijn daarover heel verstandige dingen gezegd, zoals dat de gezondheidszorg geen normale markt is waar iedereen zomaar alles van de schappen kan kopen. Een verschil tussen de SP en de Partij van de Arbeid is dat wij denken dat een aantal economische wetten in de zorg wel opgaan. Het feit dat je een zorgverzekeraar als kritische inkoper neerzet die eens aan een ziekenhuis vraagt waarom het daar twee keer zo duur is of twee keer zo lang duurt, is een prima ontwikkeling.

Hoe scoort het kabinet op deze vijf ambities? Eigenlijk scoort het op alle vijf punten onvoldoende. De gezondheidsverschillen zijn groot en worden pas in 2020 wat kleiner volgens het kabinet. Bij het subsidiebeleid zijn er mooie doelstellingen, zoals kennis, innovatie en meedoen, maar de bezuinigingsmaatregelen kwamen hard aan bij de scouting, bij de speeltuinorganisaties, bij het nationaal jeugdebat en bij de dag voor de ouderen, terwijl die criteria volgens mij naadloos aansluiten bij die organisaties. Er zijn toch ook verwachtingen gecreëerd? Graag een reactie.

De eigen doelstelling om de bureaucratie en de administratieve lastendruk met 25% te laten afnemen wordt niet gehaald. De verdeling van premielasten wordt minder solidair. Daarom wil de Partij van de Arbeid geen no claim. Deze hebben wij gecompenseerd in onze begroting, waarin wij kiezen voor een eerlijke AWBZ-premie en een vermogensheffing, zodat de sterkste schouders zwaardere lasten dragen. Op dat punt draaien wij dus bezuinigingen terug. Graag een reactie van de minister op onze VWS-voorstellen in de Beterbegroting.

Ik ga iets uitgebreider in op de vierde en vijfde ambitie, kiezen voor kwaliteit en macht bij de patiënt. Patiënten verdienen inderdaad betere keuzes, maar dan moet een burger ook kunnen weten wat er te kiezen valt. Mijn fractie vindt datgene wat momenteel gebeurt om de patiënt,

juist de kwetsbare patiënt, te emanciperen, volstrekt onvoldoende. De minister denkt daar met een paar subsidies van af te komen. Hij denkt misschien dat de sector het zelf gaat oplossen en burgers of patiënten goed gaat informeren, maar in de financiële sector en de energiemarkt hebben wij geleerd dat zelfregulering niet werkt, want dan hoef je niet mee te werken. De NVZ-kwaliteits-database wordt daarom ook niet door al die ziekenhuizen gevuld, want dat hoeven zij niet te doen. Ook verzekeraars hebben belang bij onduidelijkheid. De Consumentenbond heeft uitgerekend dat in de nieuwe Zorgverzekeringswet theoretisch 14.000 verschillende polissen mogelijk zijn. Dan is door de bomen het bos echt niet meer te zien; iedereen blijft dan zitten waar hij zit en betaalt te veel. Daarom willen wij dat anders: er moet voor burgers een wettelijk recht op informatie komen. Als ik voor mijn oma een verzorgingstehuis moet uitzoeken of met mijn zoontje naar het ziekenhuis moet, wil ik het recht hebben om te weten over de recente oordelen van de inspectie, medische missers of kwaliteitsindicatoren. Mijn fractie zou graag van de minister een overzicht willen zien waar en hoe burgers recht hebben op informatie over de prestaties in de zorg, zowel van aanbieders als van verzekeraars. Ook verzekeraars gaan immers reclame maken om aan te geven dat zij "de beste ziekenhuizen" hebben gecontracteerd, maar waarop is dat gebaseerd en wie controleert die informatie of wat er in de polis staat?

Met een informatierecht voor burgers wordt het proces van het transparanter maken van de zorg ook vraaggestuurd. Dat moet de minister aanspreken, want dan wordt de informatie toegesneden op wat de patiënt of de verzekerde zelf wil weten. Zij krijgen dan terecht zicht op de prestaties waarvoor zij zelf betalen. Zij weten heus dat dat niet gratis is. Ik ga ervan uit dat een klein aantal mensen dat zal doen, maar dat vooral patiëntenorganisaties of media van dat recht gebruik zullen maken. Daar profiteren alle anderen van. Graag een reactie op deze informatierechten voor burgers. Hier is nou net regie van de minister nodig, want verzekeraars en zorginstellingen zijn er niet happig op om die informatie naar buiten te brengen, juist ook omdat zij in

Heemskerk

onderhandeling zijn met elkaar. Dan wil je niet in je kaarten laten kijken.

Juist omdat het zorgverzekeringsstelsel begint bij de curatieve zorg, wil mijn fractie een uitbreiding van inspanningen en dus ook van budgetten voor de vergelijkende benchmarks van ziekenhuizen en huisartsen. Met de op pagina 56 genoemde € 500.000 gaat het echt te traag. Daarop krijg ik graag een reactie, evenals op de vraag waarom in het programma Sneller beter de zorgvrager pas als vijfde taak voor een gezant staat. Waarom niet direct naar die patiëntveiligheid?

Als er sprake is van liberalisering, moet de inspanning op het punt van kwaliteitstoezicht worden vergroot. Een sterke markt vraagt om een sterke overheid. Juist in de VS zijn de toezichthouders groot en machtig. Daarbij is het kwaliteitstoezicht het allerbelangrijkste. Mijn fractie wenst het budget van de inspectie dan ook uit te breiden ten laste van de reclamecampagne van deze minister voor zijn nieuwe Zorgverzekeringswet van 49 mln euro. Ook daarop krijg ik graag een reactie.

Mijn fractie heeft een aantal alternatieve voorstellen gedaan. Een begroting van VWS gaat immers natuurlijk niet om wat je elkaar toewenst ± een betere gezondheid ± want elke begroting moet de ambitie hebben om de gezondheid en het welzijn van burgers niet te versoberen, maar verder te verbeteren.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. "De fundamenten zijn gelegd voor de hervormingsagenda zorg"; zo luidde de kop van het persbericht van de bewindslieden van VWS bij de presentatie van de begroting van 2005. Nu maar weer eens een ander geluid dan bij de voorgaande sprekers: de CDA-fractie deelt deze opvatting en complimenteert de minister en de staatssecretaris met de wijze waarop beiden zeer voortvarend met de gewenste verandering van structuur en financiering aan de slag zijn gegaan. Ik kom straks terug op de vraag waarom die verandering nodig is.

Wij hebben in een hoog tempo allerlei wetten zien passeren. De HOZ, de WTZi, de no claim, de WTG ExPres. Binnenkort komt de wet zorgautoriteit. Af en toe hing de tong op de schoenen. Toch begint het instrumentarium langzamerhand

zichtbaar te worden. Dat instrumentarium is nodig om de Zorgverzekeringswet, die onlangs is ingediend, goed te laten functioneren.

Is het noodzakelijk om ons zorgstelsel te hervormen? Jazeker. Niemand kan langer ontkennen dat de centrale aanbesteding volledig is vastgelopen, dat de bureaucratie de pan uitrijst en dat de overmaat en de wet- en regelgeving nagenoeg ieder lokaal initiatief doodmaakt. Het gaat om een andere verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg, met meer prikkels door middel van gereguleerde marktwerking. Tegen mevrouw Kant zeg ik duidelijk dat dit iets anders is dan "de markt". Dit moet ons zorgsysteem meer leucht geven om meer doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan. De nieuwe Zorgverzekeringswet biedt daar dan ook per 1 januari 2006 volop mogelijkheden voor.

Ook in het nieuwe systeem blijft de overheid verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, de bereikbaarheid en de betaalbaarheid. Ik zeg dit met nadruk tegen de heer Heemskerk. Het zijn kerntaken. Het gaat om een duidelijke publieke inbedding en een centrale verantwoordelijkheid van de overheid die niet verdwijnt. Kortom, de bewindslieden blijven verantwoordelijk voor het systeem van zorg en dienen randvoorwaarden te creëren waarbinnen partijen die verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Buijs spreekt over gereguleerde marktwerking in de zorg. Hij heeft natuurlijk kennisgenomen van het manifest van vele deskundigen, wetenschappers en mensen uit de praktijk van de zorg. Die zeggen dat het geen goede weg is. Marktwerking leidt tot duurder zorg en tast de kwaliteit aan. Het is een manifest tegen de marktwerking. Wat is de reactie van het CDA hierop? Deze deskundigen weten, net als de heer Buijs, wat de gevolgen kunnen zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Dit is stemmingmakerij van mevrouw Kant. Zij weet dat volledige marktwerking in de zorg niet mogelijk is. Het is een geheel ander systeem. Het gaat om een privaat systeem met publieke randvoorwaarden. Er is geen risicoselectie. Er is een acceptatieplicht. Bij een volledige markt-

werking is dat absoluut niet mogelijk. Mevrouw Kant probeert een punt te maken door vergelijkingen te trekken met andere sectoren waarin marktwerking is opgetreden. Dat kan zij niet waarmaken. Dit is een geheel ander soort markt. Ik kom daarop straks terug. Ik spreek liever van het aanbrengen van gerichte prikkels in ons stelsel, zodat gereguleerde competitie mogelijk wordt. Dat is iets heel anders. Mevrouw Kant is geen marktdeft. Ik ook niet en zeker niet voor de zorg. Wij moeten het dan wel fatsoenlijk benoemen en niet doen aan stemmingmakerij. Dat heeft mevrouw Kant ook wel eens op andere manieren gedaan. Ik houd daar niet van.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik houd er niet van als mensen ergens van weglopen. Dat doet de heer Buijs.

De heer **Buijs** (CDA): Ik loop nergens voor weg.

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat vandaag even niet om wat de SP vindt. Het gaat erom wat al die wetenschappers en deskundigen uit de zorg vinden. De heer Buijs moet die serieus nemen. Hij moet niet denken dat zij niet weten wat het kabinet van plan is. Dat volgen zij immers op de voet. Zij stellen dat de route met marktwerking, met alle voorwaarden, niet de goede route is. Er wordt iets geïntroduceerd wat de kwaliteit onder druk zet, wat risicoselectie met zich brengt en wat de zorg duurder maakt. Ik wil dat het CDA reageert op het laatste aspect. Als de zorg duurder wordt, gebeurt er immers iets dat de heer Buijs niet wil. De premies gaan dan omhoog zonder dat de zorg beter wordt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik herinner het mij nog heel goed dat wij vorig jaar omstreeks deze tijd een debat hebben gevoerd. Ik heb toen gezegd dat mevrouw Kant een overheid voorstaat die volledig verantwoordelijk is, aanbodgestuurd werkt en volledig is dichtgereguleerd. Dat betekent een zorgstelsel dat alleen maar duurder wordt, waarin de overheid alles bepaalt en waarin de kosten de pan uitrijzen. Het CDA wil toekomstgericht denken, met de zorg voor de mensen centraal. Dat is zorg met de verantwoordelijkheid waar die thuishoort. Mevrouw Kant wil het allemaal vanuit Den Haag regelen. Dat werkt niet.

Buijs

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat er vandaag niet om wat ik vind. Daarom heb ik dit initiatief genomen. Iedere keer als ik zeg wat ik vind, komt de heer Buijs met een jibak over wat de SP zou willen. De heer Buijs heeft nooit goed geluisterd naar wat de SP wil. De heer Buijs beschrijft immers niet wat ik wil. Ik vraag hem te reageren op de deskundigen. Het waren er veertig. Zonder enige werving is dat aantal vandaag vertienvoudigd tot vierhonderd. Dat zijn mensen uit de dagelijkse praktijk die weten wat de gevolgen zijn. Die hebben er onderzoek naar gedaan. Zij stellen dat het de verkeerde route is. Het maakt de zorg duurder. Wat vindt het CDA daarvan? Er zitten overigens ook mensen bij uit de gelederen van de heer Buijs.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb zeer goed gekeken, mevrouw Kant. Er zitten overigens ook wijze mensen in de SER en andere adviesorganen die met andere informatie komen. U zegt dat er veel deskundigen bij zitten, maar dan moet u ook het hele verhaal vertellen. Dan moet u niet zeggen dat er risicoselectie is, want dat is niet de hele waarheid. U vertelt wat mij betreft leugens.

Mevrouw **Kant** (SP): Zegt u dat over die 400 mensen, mijnheer Buijs? Kijkt u maar uit met wat u zegt.

De heer **Buijs** (CDA): Het is zo gemakkelijk om achter de muziek aan te lopen door alleen het woord "marktwerking" te scanderen zonder dat het effect heeft. Ik heb gezegd dat ik voor een systeem ben met meer prikkels, waarin de verantwoordelijkheidsverdeling elders wordt gelegd, waarin niet alles centraal geregeld wordt, waarin de kosten vanwege de bureaucratie niet de pan uit vliegen. Daarom wil ik een systeem met prikkels, met geregleerde competitie, waarbij de verantwoordelijkheid op het niveau terechtkomt waar zij hoort. U mag dat marktwerking noemen en u mag daartegen zijn. Wij zijn daar voorstander van, want dat is een betere zorg voor de patiënt.

De **voorzitter**: Naar aanleiding van het voorgaande merk ik wel op dat het debat niet helemaal klopt. U bent bezig met uw inbreng en dan nodigt u mevrouw Kant uit om dingen te zeggen die zij straks ongetwijfeld ook

in haar eigen termijn ter sprake zal brengen. Dat is een beetje de omgekeerde wereld. Dat gaan wij niet de hele avond doen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik denk dat het CDA andere ideeën heeft over marktwerking dan deze minister. De heer Buijs heeft het over geregleerde marktwerking en dat is wat anders dan de liberalisering van de zorg, zoals de minister schreef in zijn brief die de Kamer vorige week heeft gekregen. Hij stelt voor om de planbare zorg voor 80% aan de liberalisering over te laten. Dat is toch wat anders dan de geregleerde marktwerking waar de heer Buijs het over heeft.

Ik ben het met de heer Buijs eens dat de overheid verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Waaruit maakt hij op dat de overheid die verantwoordelijkheid ook draagt? In de afgelopen maanden hebben ons rapporten bereikt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, bijvoorbeeld over het vastbinden van ouderen in verpleeghuizen, de spoedeisende hulp en privé-klinieken. Uit al die rapporten blijkt dat de kwaliteit onder de maat is en dat deze minister zijn verantwoordelijkheid niet neemt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik was nog niet toegekomen aan de kwaliteit, maar ik wil daar nu best wat over zeggen. De drie kerntaken van de overheid staan voor ons centraal. Dat is een grondwettelijk afgeleide. Wij hebben in het debat over de inspectie ook een aantal dingen gezegd. Als wij de verantwoordelijkheidsverdeling elders meer body geven, dan moeten de taken en de functie van de inspectie wel worden verstevigd. De laatste tijd zijn er vier of vijf rapporten verschenen waarin de inspectie een aantal manco's constateert in diverse sectoren, onder andere in particuliere klinieken en in verpleeghuizen. De bedoeling is juist om verbetertrajecten aan te geven en dat is gebeurd. Bijna ieder inspectierapport bevat een lijst van aanbevelingen. Wij hebben er bij de minister ook op aangedrongen de inspectie regelmatig te laten controleren of die aanbevelingen uitgevoerd worden. Het systeem is dus voorradig. De heer Heemskerk zei al dat er wat versteviging nodig is. In het verlengde van de commissie-Abeln vindt hij mij aan zijn zijde.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wat hebben de mensen in de verzorgingshuizen daar nou aan? Zij worden vastgebonden of niet verschoond. Er wordt bezuinigd op wc-papier. Dat is de dagelijkse praktijk. Zegt u alleen dat er een lijst met aanbevelingen is en dat het de bedoeling is dat er wordt gemonitord en teruggedrapporteerd? Welke consequenties verbindt u aan de constatering dat de kwaliteit van de zorg onder de maat is? Bent u bereid minimale kwaliteitseisen te formuleren? Dan kan de Kamer daar een uitspraak over doen. Dat geldt ook voor de verpleeghuizen. Bent u bereid te investeren in de kwaliteit van de zorg en daarmee in de inspectie? De inspectie moet met steeds minder menskracht een belangrijke taak van de overheid uitvoeren.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb hier twee korte opmerkingen over. Ik deel de schildering die mevrouw Arib geeft van verzorgings- en verpleeghuizen zeker niet in de breedte. Er zijn wel excessen, dat is waar. De inspectie heeft dat aangetoond. Er is echter een Kwaliteitswet zorginstellingen. De inspectie heeft de punten waarop de instellingen tekort kwamen goed gesignaleerd. Waarom moeten wij dan nu nieuwe wetgeving maken met alle rompslomp van dien? Ik denk dat de inspectie goed bezig is.

Ik was bij de geregleerde marktwerking gebleven in mijn betoog. Geregleerde marktwerking zal pas kunnen slagen als er voldoende aanbod is. Gelukkig wordt het tekort aan specialisten langzaam ingelopen. Dat is niet het geval met de gewenste capaciteit voor de huisartsenzorg. Die beroepsopleiding blijft ver achter in aantal. Er zijn er 700 tot 800 nodig per jaar om de tekorten in te lopen, maar er melden zich nog geen 500 aankomende huisartsen. Dat is een zorgelijke ontwikkeling. Ik zie niet in hoe zij met dit soort capaciteitstekorten kunnen concurreren. Het capaciteitstekort is een groot probleem.

Hetzelfde geldt voor de regionale spreiding van ziekenhuizen. Het ziekenhuisaanbod moet zodanig zijn gespreid dat concurrentie werkelijk mogelijk wordt. De minister zendt binnenkort zijn beleidsvisie over spreiding van ziekenhuizen, een voortvloeisel uit de WTZi, aan de Kamer. Ik wil hem nu al vragen of er in die beleidsvisie staat dat er meer

Buijs

of minder concentratie van ziekenhuizen zal plaatsvinden in verband met de onderlinge prikkels voor de ziekenhuizen. De CDA-fractie is van mening dat ook de positie van de zorgvrager, de patiënt, moet worden versterkt zodat deze in voldoende mate gebruik kan maken van zijn keuzemogelijkheden. Bij de behandeling van de Zorgverzekeringwet zullen wij daar nader op ingaan.

Kostenbeheersing in de zorg is noodzakelijk. Daarvoor is het nodig dat de relatie tussen prijs en prestatie wordt verbeterd en meer inzichtelijk wordt gemaakt. De commissie-Mosterd heeft dat ook aangetoond. Naast kostenbeheersing, waarvoor dit kabinet al forse maatregelen heeft genomen, is het noodzakelijk om eens iets te doen aan het imago van de zorg. Maak eens zichtbaar dat de wachtlijsten teruglopen. Maak eens zichtbaar dat de tekorten bij het ambulancevervoer langzamerhand worden ingelopen. Het gaat te langzaam, maar zij worden ingelopen. Maak eens duidelijk dat het niet allemaal kommer en kwel is in de zorg. Laat eens een ander imago zien zodat het hartstikke leuk wordt om in de zorg te gaan werken. De Kamer moet niet de zorg bestempelen als een kommervolle sector die kostenverslindend is, een bodemloze put. Dan is niemand namelijk meer genegen om in de zorg te gaan werken.

Ik doe een beroep op de bewindslieden om de grauwsliuier die over de zorg hangt, en die soms in de debatten in de Kamer wordt versterkt, weg te halen. Laat zien dat werken in de zorg ook leuk is. Laat zien dat het ook prettig is om voor mensen te zorgen en dat dit dienstbaar kan zijn. Ik roep de bewindslieden, en ook de Kamer, op om eens op te houden met het bakkeleien over allerlei kosten. Wij moeten laten zien dat het ook heel mooi werk is. Het is immers nodig dat wij mensen in de zorg krijgen. Juist door de ontgroening en de dubbele vergrijzing wordt de kostenbeheersing niet het grote probleem, maar het grote capaciteitstekort in beroepspersoneel.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het is zeker nodig dat wij mensen in de zorg krijgen en houden. Ik ben het er ook mee eens dat er meer huisartsen moeten komen. U hebt echter de

huisartsen een enorm probleem gegeven door hen een korting van 50 mln in de maag te splitsen en ook een inkomenskorting van 4%. Hoe kunt u dat verantwoorden als u net zegt dat u het zo ontzettend belangrijk vindt dat mensen in de zorg gaan en blijven werken?

De **voorzitter**: Zelfs ik als relatieve leek herken dit onderwerp een beetje uit het debat over het wetsvoorstel over de no claim. Ik zou het dus bij deze vraag en een kort antwoord willen houden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Een begrotingsdebat is altijd een beetje een herhalingsdebat van alles natuurlijk.

De **voorzitter**: Nee.

De heer **Buijs** (CDA): Het is weer dezelfde misleidende vraag die mevrouw Halsema in het vorige debat stelde. Ik heb het nu al tien keer verteld. Het is onjuist. Er wordt geen 50 mln van de huisartsen afgepakt; het wordt niet opgebracht doordat zij niet onder de no-claimregeling vallen. Nu stop ik ermee, want dit is al zes of zeven keer verteld. U wilt het niet horen. Dat is de waarheid.

De **voorzitter**: Ik stop dit onderdeel ook. Hier is al zo uitgebreid over gesproken tijdens de behandeling van het wetsvoorstel. Ik vraag de heer Buijs om verder te gaan met zijn betoog.

De heer **Buijs** (CDA): De CDA-fractie komt zeer uitgebreid terug op de Zorgverzekeringwet en de Wet op de zorgtoeslag. Enkele van haar vragen hebben te maken met de acceptatieplicht en de risicoselectie. Mede gelet op de tijd wil ik daar nu geen vragen over stellen. Zij gaan namelijk ook over de reservevorming in de toekomst en dergelijke. De CDA-fractie wil de Zorgverzekeringwet en de Wet op de zorgtoeslag positief benaderen. Zij denkt dat die een goede stap in het kader van de hervormingen zijn. Zij zal wel veel aandacht besteden aan de risicoselectie, de acceptatieplicht en de gewenste solidariteit. Hierover zal zij vragen stellen. Ik kan u verzekeren dat dit een zeer lijvig stuk in het verslag aan het worden is.

Wij liggen nog steeds goed op schema. Als het voornemen nog

steeds is om in 2006 de Zorgverzekeringwet en de Wet op de zorgtoeslag in te voeren, wil de CDA-fractie voor de zomer weten hoe het pakket eruit ziet in 2006. Zij wil dus weten of de kortdurende, op herstel gerichte zorg van de AWBZ wordt overgeheveld naar het tweede compartiment. Als het aan de CDA-fractie ligt, wordt dit een onderdeel van het standaardpakket dat in de Zorgverzekeringwet per 1 januari 2006 wordt ingevoerd. Dan is substitutie namelijk beter mogelijk en kunnen de kosten worden beheerst. De CDA-fractie vraagt dus eigenlijk aan de bewindslieden om de Kamer ruim voor het zomerreces inzicht te geven in welke onderdelen van de GGZ zij willen of kunnen overhevelen per 1 januari 2006. Zij verzoekt ook om een tijdschema en een stappenplan. De CDA-fractie vindt dat moet worden geprobeerd om de zaken zo veel mogelijk parallel te laten lopen om bij de invoering van de Zorgverzekeringwet geen vertraging te ondervinden. De CDA-fractie wil dus de toezegging dat de Kamer in het voorjaar wordt geïnformeerd over het plan van aanpak inzake de overheveling van op herstel gerichte zorg vanuit de AWBZ naar de curatieve sector. Daarbij verzoekt zij om een tijdspad.

Wij hebben onlangs een brief gekregen. Daarin stond een fors bedrag aan informatieverplichtingen genoemd, namelijk een bedrag van 3,2 mld. Dit betreft informatieverplichtingen die in wet- en regelgeving zijn bepaald. De minister heeft beloofd, ook vorig jaar, om de reductietaakstelling van 25% oftewel 800 mln te halen. Hij is nogal bezig. Hij heeft er namelijk nog eens 66 mln bovenop gegooid. Hij heeft dus een forse taakstelling op het vlak van bureaucratie gecreëerd. De CDA-fractie juicht dit toe. Zij hoopt dat de minister die taakstelling haalt. Dit is namelijk hard nodig. De bureaucratie rijst de pan uit. Is bij de bureaucratie de administratievelastendruk als gevolg van de invoering van de DBC's inbegrepen? Is hierbij ook de verlaging van de administratieve lasten zoals voorgesteld door de commissie-De Beer inbegrepen? Daar was iets merkwaardigs aan de hand. Er is een besparingsverlies van 17 mln voor 2004 geleden. Wij lopen dus behoorlijk achter op het schema. Voor 2005 is een besparingsverlies van 26 mln ingecalculleerd. Loopt het

Buijs

wel naar wens? Welke zaken wil de minister nog aanscherpen?

De CDA-fractie wil ook de nadruk leggen op ICT. Het komt te langzaam op gang naar haar mening. Hoe gaat het met het elektronische medicatie-dossier per 1 januari 2006? Hoe geschiedt de implementatie? Welke rol kan dit spelen? Welke bijdrage kan het leveren aan het tegengaan van allerlei administratieve lasten?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De heer Buijs vraagt hoe het staat met de bureaucratie. Daar gaat het niet goed mee, want er wordt 53 mln extra aan uitgegeven. Dat heeft hij waarschijnlijk ook geconstateerd. Is hij het met mij eens dat geregleerde marktwerking \pm niet gewone marktwerking \pm automatisch leidt tot meer bureaucratie omdat de overheid aan de ene kant iets weggeeft aan de markt terwijl aan de andere kant de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit moeten worden gecontroleerd? Het is geen wonder dat er meer bureaucratie ontstaat als je inzet op de geregleerde marktwerking die de heer Buijs wenst.

De heer **Buijs** (CDA): Dat zal er helemaal van afhangen in hoeverre je de kunst van het loslaten verstaat. Tel maar eens alle informatieverplichtingen op die soms zes, zeven of acht keer verantwoord moeten worden, je weet dat een zorginstelling 31 verantwoordingsdocumenten heeft en er zijn vele wetten die allemaal centraal gestuurd, gecontroleerd en uitgezaaid moeten worden. Ik zou zeggen, laten wij die verantwoordelijkheid, als wij eenmaal voor een groot deel van de budgetwerking in de zorg af zijn, maar eens toetsen met de verlengde arm. Dan is er veel minder wet- en regelgeving nodig en ik ben er heilig van overtuigd dat de bureaucratie dan een heel stuk minder zal worden. Het zit bijvoorbeeld in de wijkzuster die elke minuut die zij gebruikt om te fietsen moet verantwoorden, de verantwoordelijkheid moet in de thuiszorg gelegd worden waar ze behoort. De mensen die in de zorg werken, moeten op hun prestaties worden afgerekend.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Maar dan is het weer gewoon marktwerking. Met marktwerking kun je natuurlijk een heleboel loslaten,

maar als je geregleerde marktwerking wilt, waarbij de overheid een belangrijke controlerende taak behoudt, juist op cruciale punten als kwaliteit en betaalbaarheid, dan blijft noodzakelijkerwijze een heleboel bureaucratie in stand, dan blijven een heleboel rapportageverplichtingen nodig. Je rekent jezelf rijk als je denkt dat er minder bureaucratie zal ontstaan, want dat is natuurlijk niet zo.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben al uitgebreid ingegaan op wat ik onder marktwerking versta, namelijk geregleerde marktwerking. En ik wijs u erop dat hierbij ook uitdrukkelijk de zorgautoriteit in beeld komt, iets wat er nu niet is, maar wat ik hard nodig vind, juist om de vrijheid controleerbaar en inzichtelijk te maken. Ik ben dan ook niet zo bang dat het uit de hand zal lopen, en zeker niet met de bureaucratie.

Uit de brief van de minister van 6 oktober wordt duidelijk dat bijna 25% van de bestuurders van zorginstellingen een beloning van meer dan € 150.000 heeft, exclusief bonussen, die er ook niet om liegen. De minister wil dit aanpakken, hij wil de transparantie van de inkomens verbeteren, de positie van de raden van toezicht versterken en oproepen tot het hanteren van een gedragscode. Ik vind dit eerlijk gezegd toch een beetje te mager. De heer Heemskerck vermeldde het al, de heer Zalm was onlangs zeer duidelijk in zijn uitspraak over deze inkomens. Het was in een debatje met de heer Bakker, ik heb het stenogram er nog eens op nagelezen. Hij zei letterlijk: "Zowel voor de publieke als voor de semi-publieke sector kan het salaris niet hoger zijn dan het salaris van de minister." Is het nu minister Zalm die deze kwestie stevig wil aanpakken of is het deze minister? Mijn fractie vindt in ieder geval dat er iets meer moet worden gedaan. Is de minister bijvoorbeeld bereid om de gedragscode van een wettelijk kader te voorzien? Wij willen niet hier de salarissen zelf gaan bepalen, maar er kan toch wel een wettelijk kader worden gemaakt met een bepaalde bandbreedte voor de honorering van directeuren van instellingen? Er is namelijk ook nog een addertje onder het gras. Het uurloon van specialisten is in de DBC-systematiek \pm dit moet volgens de minister later budgettair neutraal worden \pm op € 140 vastgesteld, maar hij geeft

tegelijktijd in de brief aan dat de inkomens van bestuurders afgeleid zijn van de inkomens van specialisten. Betekent dit dat dit uurloon van € 140 straks automatisch gaat meetellen in die inkomens? Dan lust ik er nog wel een paar! Graag een reactie en ik moet zeggen dat de opmerkingen van de heer Zalm ons toch wel erg aanspreken.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Voorzitter. Ik heb de minister verweten dat hij praatjes voor de bühne hield, maar dit verwijt ik de heer Buijs nu ook, want er is al een brief van minister Zalm waarin hij heel duidelijk aangeeft dat hij bij de WTZi de norm van de ministers-salarissen eigenlijk niet wil overnemen. De heer Buijs is het dus gewoon met deze minister oneens over dit uitgangspunt. Wat gaat hij nu doen als deze minister herhaalt wat minister Zalm al zei, namelijk "sorry, ik heb me vergist, ik wil er niet op ingrijpen"? Wat zijn zijn woorden waard?

De heer **Buijs** (CDA): Het is precies zoals ik het gezegd heb, ik wil juist de topinkomens in de zorg als referentiekader, want het begint aan de top. Maar u weet net zo goed als ik dat er een brede managementlaag is, met vele adjunct-directeuren en clusterhoofden, allemaal met salarissen die afgeleid zijn van die van de top. Ik heb dan ook een voorstel gedaan omdat de gedragscode die nu gehanteerd wordt, blijkbaar niet zo goed af te dwingen is dat er maatregelen genomen kunnen worden. Ik wil dat de minister ook voor de semi-publieke sector waarom het hierbij gaat, zich bijvoorbeeld wettelijke goedkeuring van een gedragscode voorbehoudt of een bandbreedte vaststelt. Dat zijn mijn suggesties. De brief van minister Zalm heb ik ook gelezen en ik was zeer verwonderd over deze brief, want de minister was in het debat met de heer Bakker tot drie keer toe zeer stellig. Daarom vraag ik het nog maar eens aan deze minister.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Dan hoop ik dat u met de PvdA-fractie zaken wilt doen. Wij hebben er voortdurend voor gepleit dat je een governance-code, zoals die in het bedrijfsleven bestaat, wettelijk moet verankeren, waarbij je aan de buitenwereld moet uitleggen

Buijs

waarom je eventueel van die normen afwijkt. Immers, dan kunnen mensen er wat aan doen. Bent u het met de PvdA-fractie eens dat wij zo'n code wettelijk moeten verankeren?

De heer **Buijs** (CDA): Wat dat betreft deel ik uw mening. Die governance-codes duiken op dit moment bijvoorbeeld bij de woningcorporaties op; zij zijn op dit moment overal in ontwikkeling. Wij kennen de commissie-Meurs, de commissie-Tabaksblat en ga zo maar door. Ik ben met u van mening dat, daar waar het ook publieke middelen zijn, er wel degelijk een sturing van bovenaf plaats moet kunnen vinden. Dat betekent echter niet dat ik zeg dat een directeur van een ziekenhuis met 600 bedden een inkomen van deze omvang heeft en een directeur van een ziekenhuis met 300 bedden een inkomen van die omvang. Het zullen richtsnoeren en bandbreedtes moeten zijn; ik wil niet op de stoel van een bestuurder gaan zitten.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar dat moeten geen vrijblijvende codes zijn; dat dienen wettelijk verankerde codes te zijn. Het moet zijn zoals het bij de code-Tabaksblat is gezegd: je past hem toe óf je legt uit waarom je hem niet toepast. Dat moeten wij wettelijk verankeren en daarbij dient geen zelfregulering te worden toegelaten. Bent u dat met mij eens?

De heer **Buijs** (CDA): Het antwoord daarop is: ja.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Schippers voor een interruptie. Ik heet u welkom, mevrouw Schippers, nu u terug bent in ons midden na uw ouderschapsverlof.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dank u, voorzitter.

De commissie-Meurs heeft in een analyse aangetoond dat de corporate governance in de zorg heel gebrekkig is, om het netjes te zeggen. Deze commissie gaat zich er op verzoeken van de minister nogmaals over buigen, teneinde na te gaan welke mogelijkheden er zijn om evenwicht te krijgen in het systeem, zodat je zelfregulering krijgt in de zin van een zelfreinigend vermogen in het systeem. Vindt de heer Buijs het dan niet wat snel om nu al te vragen om wettelijke maatregelen, terwijl dit zelfreinigend vermogen niet in het

systeem zit? Eigenlijk hebben wij nu een heel gebrekkig systeem dat logischerwijze ook niet werkt, want er zit geen evenwicht in. Ik had zelf ook aandacht hiervoor in mijn bijdrage voorzien. Ieder jaar schrikken wij van wat daar verdiend wordt; dat willen wij allemaal niet. Is het dan niet logischer dat je eerst zorgt dat het systeem zo gaat werken dat het zichzelf reinigt, voordat je meteen naar het wettelijke instrumentarium grijpt?

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk dat je "én, én" moet doen. Ik ben een groot voorstander van het verstevigen van de raden van toezicht: het verschaffen van meer bevoegdheden en meer zeggenschap is ook mijn ultieme wens. Het kan echter nog best een aantal jaren duren voordat die hele mentaliteitsverandering, die meer zakelijke structuur tussen raden van toezicht en directies, tot stand is gekomen. Ik wil daarbij graag dat de beloningsstructuur van andere werkers in de zorg niet in die mate afgeleid wordt van het voorbeeld van degenen die in de top zitten.

Voorzitter. U kent de waarde die mijn fractie hecht aan preventie. Wij zijn dan ook zeer tevreden dat de minister de diabeteszorg goed gaat aanpakken. Ook wij vinden nog steeds dat er voor preventie te weinig geld is. Ik wijs op de kostenbeheersing die hiermee valt te behalen.

Een van de speerpunten die ook in de vorige begroting aanwezig was en die de minister nu zelf noemt, is het bestrijden van overgewicht. Aan de ene kant geschiedt het via het Voedingscentrum, via preventie, via potjes en dergelijke, maar ik zou ook de aandacht van minister en staatssecretaris willen vragen voor die jongeren die nu al te dik zijn en bij wie de kans op diabetes al heel groot is. Daartoe zou ik een actievere aanpak willen steunen. Zijn de bewindslieden het met ons eens dat op dit moment niet alleen preventie nodig is, maar dat ook degenen die al een overgewicht hebben, actief op een interventie moeten kunnen rekenen? Te dien aanzien zijn er op dit moment heel interessante initiatieven genomen door de stichting Victory. Graag verneem ik daarover het oordeel van de bewindslieden. Misschien dient sprake te zijn van wat minder reclame en van het wat meer actief

jongeren via interventies begeleiden. Dat zou op zich al helpen.

Ten aanzien van de fysiotherapeuten krijgen wij signalen dat er een koude sanering dreigt. Dat zou een gevolg zijn van de overheveling naar het aanvullende pakket. Mijn fractie heeft daarover te weinig informatie, maar wij willen de minister wel vragen te onderzoeken wat de gevolgen zijn geweest van de overheveling van de fysiotherapie naar de aanvullende verzekering. Wij willen er graag over worden gerapporteerd wat nu de werkelijke oorzaak is. Is hier iets aan de hand in de zin van een koude sanering of betekent het dat de organisatie daar tekortschiet?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil nog even ingaan op de preventie. Ik deel de zorgen van de heer Buijs over overgewicht bij kinderen. Hij weet net zo goed als ik dat er aan overgewicht, met name bij kinderen, twee oorzaken ten grondslag liggen: minder bewegen en een ongezond eetpatroon. Soms is het genetisch bepaald, maar de overheid kan deze twee oorzaken wel beïnvloeden. Deze staatssecretaris doet nul komma nul om beweging bij kinderen te stimuleren. Er wordt bezuinigd op schoolzwemmen en in het beste geval is er een keer per week een uurtje gymen. Er zijn overal sportscholen, maar de contributie is zo hoog dat het voor kinderen uit gezinnen met lage inkomens nauwelijks betaalbaar is. Wat verbindt u aan dit belang?

De heer **Buijs** (CDA): Alle interventies zullen helpen, bijvoorbeeld voorlichting en bewegen, ook op school. Het BOS-project is er een voorbeeld van. De staatssecretaris doet daar van alles aan, maar ik wil ervoor zorgen dat degenen die al te dik zijn op een andere wijze actief worden begeleid in een veelheid van factoren. Het gaat niet alleen om bewegen, voldoende eten en goede voorlichting. U weet ook dat vaak een complex van factoren van invloed is op obesitas oftewel zwaarlijvigheid, zoals psychosociale factoren en eetfactoren. Ik was zeer onder de indruk van de aanpak van Victory Camp. Er is een hoog scoringspercentage, men wordt langdurig onderzocht en begeleid en het effect blijkt ook nog eens blijvend te zijn. Er is een grote gezondheidswinst te behalen.

Buijs

Mevrouw **Arib** (PvdA): Deelt u de mening dat er meer nodig is om het probleem van overgewicht te bestrijden en dat de staatssecretaris, omdat zij verantwoordelijk is voor de jeugd, met een actieplan moet komen? Zij mag bijvoorbeeld een ambitie formuleren. Op dit moment is bij 1 op de 7 kinderen sprake van overgewicht en over een aantal jaren is dat bijvoorbeeld 1 op de 3, maar dan moet zij met concrete maatregelen komen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik onderschrijf dat obesitas, zwaarlijvigheid, een van de grote problemen van nu en de toekomst is. Ik constateer dat er in de preventienota uitgebreid aandacht aan wordt besteed. Ik vind dat bemoedigend. De CDA-fractie zal controleren of de bewindslieden de inspanningen vormgeven die nodig zijn voor goede preventie rond obesitas. Dat is ook de reden waarom ik het noem. Uw mening dat er op dit moment met de pet naar wordt gegooid deel ik echter absoluut niet.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): De heer Buijs zegt dat hij ook vindt dat er meer geld naar preventie moet. Steunt hij daarmee ons eerder gedane voorstel om het percentage van de begroting voor preventie \pm het is nu 2, het was eerder zelfs 3 \pm langzaam te verhogen naar 5?

De heer **Buijs** (CDA): Ik ga niet uit van percentages. Als er goede voorstellen liggen voor goede projecten om gezondheidswinst te boeken, vindt u mij aan uw zijde. Preventie is niet alleen een percentage, maar zit ook ingebakken in het werk van een huisarts, een wijkverpleegkundige en de GGD. Je moet niet uitgaan van een percentage. Preventie is een complex van factoren waarbij een percentage van het totale bedrag slechts van toepassing is op een klein gedeelte van de activiteiten van de GGD.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U geeft daarmee geen antwoord op mijn vraag. U zegt zelf dat er meer geld naar preventie moet. Wij hebben eerder een voorstel gedaan om relatief meer geld naar preventie te laten gaan. Het percentage van de begroting zou omhoog moeten van 2 naar 5. Er is genoeg te doen; dat weet u ook wel. Het gaat om meer

geld. Steunt u dan dat voorstel, ja of nee?

De heer **Buijs** (CDA): Als u het zo ongenueanceerd zegt, is het antwoord duidelijk "nee".

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Het is niet ongenueanceerd; het is helder.

De heer **Buijs** (CDA): U legt mij woorden in de mond die ik niet heb uitgesproken. Ik ben een voorstander van goede projecten, het integreren in de huisartsenpraktijk van nog betere preventie door praktijkondersteuning, diabetesverpleegkundigen en noem maar op. Dat zijn concrete acties. Die moet je inbouwen en inkaderen in een structuur die je al hebt. Het is toch onzin om te zeggen dat je zoveel procent of een paar honderd miljoen extra wilt voor preventie. Nee, u moet eerst met plannen komen. Vervolgens gaat het om samenwerking, om het specifiek inbouwen in wat mevrouw Arib noemde, bijvoorbeeld door de oude functie van wijkverpleegkundige uit de kast te halen. Ik wil daar positief naar kijken. Het zijn dingen die geïntegreerd in het dagelijks werk moeten plaatsvinden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dus er moet niet meer geld naartoe. Dat is dus helemaal niet nodig.

De heer **Buijs** (CDA): Dit is de vierde keer dat u hetzelfde vraagt.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Geeft u dan antwoord! Wilt u nu wel of niet extra geld voor preventie?

De heer **Buijs** (CDA): Als er goede projecten zijn, moeten die natuurlijk gefinancierd worden, maar niet op uw manier. U wilt een bepaald percentage, maar wat betekent dat? Kom met goede voorstellen, mevrouw Tonkens!

Voorzitter. Ik had het over convenanten. De bewindslieden van VWS zijn erin geslaagd afspraken te maken met diverse zorgaanbieders. Ik noem het geneesmiddelenconvenant, het convenant met de ziekenhuissector en het convenant AWBZ. Hulde daarvoor. Beter constructief overleg dan een patstelling. Toch mis ik nog een convenant, en dat is een convenant met de huisartsenzorg. Los van het onderwerp waarover wij de vorige

keer spraken, hebben wij dat vaker aan de orde gehad. Ik vraag de minister direct of hij bereid is om ook met deze eerstelijnsvoorziening tot afspraken te komen over een herstructurering honorering, opleidingscapaciteit, praktijkondersteuning en preventie. Ik krijg graag een toezegging op dit punt.

Ik ben blij dat de minister de vergoeding voor zelfzorgmiddelen heeft willen veranderen.

Weesgeneesmiddelen verdienen naar de mening van mijn fractie extra aandacht. Zij mogen niet de sluitpost zijn van het budget van ziekenhuizen. Wil de minister nog eens verduidelijken waarom hij afziet van een nieuwe CTG-beleidsregel, conform het advies van het CVZ? De stuurgroep weesgeneesmiddelen verricht goed werk.

Mijn laatste punt betreft het subsidiebeleid dat wij gevoerd hebben. Instellingssubsidies werden afgekeurd, extra middelen worden op dit ogenblik ingezet voor projectsubsidies. In het debat is door een meerderheid in de Kamer aangegeven dat in het kader van vrijwilligerswerk specifieke op de jeugd gerichte organisaties als NUSO en Scouting Nederland met stip in aanmerking zouden komen voor geld voor aan te geven activiteiten. Wij hebben begrepen dat dat voor NUSO voor een belangrijk deel gelukt is. Gelet op de berichtgeving is scouting er bekaaid afgekomen. Wij hebben gemeend een amendement te moeten maken, mede door D66 ondertekend, waarin wij vragen om de toezegging om beide organisaties met stip te behandelen, gestand te doen. Het gaat om een bedrag van € 200.000 met een volledige dekking uit het jeugdbeleidartikel 33.

Samenvattend is de CDA-fractie van mening dat de noodzakelijke hervormingsagenda door beide bewindslieden kordaat wordt aangepakt.

□

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Voorzitter. Bij de verkiezingen was een van de belangrijkste items de wachtlijsten in de zorg. Er waren lange wachtlijsten voor verpleeghuis en thuiszorg. Rantsoenering van uren thuiszorg was normaal. Een ander belangrijk onderwerp was de kwaliteit van zorg. Terecht werd erop gewezen dat mensen door de schaarste niets te kiezen hadden en dus alles maar

Vietsch

moesten accepteren. Terecht werd de vraag gesteld waarom mensen in verpleeghuizen met vijf anderen een slaapkamer moesten delen, terwijl in gevangenissen elke crimineel zijn eigen cel had. Geen wachtlijsten, betere kwaliteit, dat zou bereikt kunnen worden door extra geld voor de zorg en door wijzigingen van het verouderde systeem. Dat waren de uitgangspunten voor dit kabinet.

In het regeerakkoord is veel extra geld opgenomen voor de zorg. Er is een groei voorzien van 41 mld in 2003 naar 48 mld in 2007. Gemiddeld bezien is het budget in tien jaar verdubbeld.

Het geld heeft resultaat opgeleverd. Zo zijn de wachtlijsten voor de thuiszorg in 2003 met 39% verminderd en hebben in bepaalde regio's sommige verzorgings- en verpleeghuizen lege plekken gekregen, en de discussie over kwaliteit is gestart. Extra productie betekent ook dat er meer mensen in de zorg zijn gaan werken. Nu werkt een van de acht mensen in de zorg. Door de vergrijzing zal in de toekomst meer zorg nodig zijn. Dat betekent dus dat wij de gezondheidszorg efficiënter en doelmatiger moeten gaan organiseren. Ook moeten wij bepalen wie welke zorg werkelijk nodig heeft. Op die manier kunnen wij garanderen dat de zorg voor mensen die het echt nodig hebben, altijd zal blijven bestaan in Nederland.

De staatssecretaris heeft met de zorgaanbieders een convenant afgesloten, waarin staat dat voor hetzelfde geld meer mensen geholpen gaan worden. De efficiency zal niet ten koste mogen gaan van de zorg aan de mensen, aan wat genoemd wordt "de handen aan het bed", maar zal gevonden worden in minder overhead, beter inkoopbeleid, minder dure kantoren etc. Deze omslag is een groot compliment waard. Eindelijk niet meer alleen de roep om geld. Het compliment is voor de staatssecretaris, maar nog meer voor de zorgaanbieders.

Het convenant maakt ook een einde aan de geruchten dat er bezuinigd wordt in de zorg. Er gaat volgend jaar 200 mln meer naar de AWBZ, en daarbovenop nog eens 450 mln extra en 560 mln extra in de jaren daarop. Het convenant biedt zekerheid aan de werknemers in de zorg. Ook dat vindt de CDA-fractie van groot belang.

In het convenant wordt uitgegaan van verbetering van de indicatiestel-

ling. "De AWBZ is zo ruim geformuleerd dat het niet nodig is om te frauderen", aldus minister Hoogervorst volgens de Volkskrant van 18 september 2004. De CDA-fractie heeft dat probleem al eerder onderkend en heeft daarom op 31 maart jongstleden samen met de VVD en D66 een motie ingediend. Daarin werd gevraagd om vaststelling door de regering, dus niet door derden, van heldere en eenduidige criteria voor aanspraken op de AWBZ. De CDA-fractie is voor inhoudelijke afstemming maar tegen overbodige reorganisaties, aparte stichtingen die bepalen hoeveel zorg mensen moeten krijgen, los van de ministeriële verantwoordelijkheid. De CDA-fractie zei in mei jongstleden: wij willen investeren in de inhoud, niet in structuren. Het nut van reorganisatie van Nederland in zestien regio's van 1 miljoen mensen is onze fractie niet duidelijk. Limburg gelijk aan het Westland, één regio van Haamstede tot Tilburg. Wat is de logica?

Door deze reorganisatie moet het budget voor RIAGG's zowat verdubbeld worden, van 80 mln naar 152 mln. Kan de staatssecretaris dat uitleggen? Kan het geld niet beter besteed worden aan het ontwikkelen van inhoudelijke indicatiecriteria door de regering en aan kwaliteitsverbetering van de zorg? Daarbij denk ik met name aan ondersteuning van verpleeghuizen waar na het ingezette traject van de instelling, zorgverzekeraar en cliëntenraad na 1 januari 2005 de alarmbellen nog zullen rinkelen. Het CDA beantwoordt bovenstaande vragen bevestigend en zal daartoe een amendement indienen.

Tussen de vraaggestuurde zorg en het convenant zal spanning ontstaan. Hoe wordt ervoor gezorgd dat er voldoende geld op de goede plaats is? Halverwege dit jaar leidde de discussie tot een tijdelijk financieel platform. De brancheorganisaties riepen vervolgens hun leden op, de budgetten die zij niet zouden gebruiken over te hevelen naar de instellingen die meer produceerden dan van tevoren gecontracteerd. Door de regionale verschillen in vergrijzing is de overheveling van budgetten nodig. Er ontstaat bijvoorbeeld leegstand in de drie grote steden waar de bevolking verjongt en het normatieve aantal bedden van verpleeghuizen altijd al 18% groter was dan in de rest van

Nederland. In andere regio's, zoals Limburg, Brabant en Flevoland, zal ondercapaciteit zijn. Het geld zit echter vast in de regio's met overcapaciteit. Kan de staatssecretaris aangeven hoe zij dit probleem op tijd gaat oplossen?

Preventie is voor het CDA zeer belangrijk. De aangekondigde wet maatschappelijke ondersteuning benadrukt de positie van welzijn en community care als preventie voor de AWBZ. Goede voorlichting die in veel gemeenten gedaan wordt door ouderenconsulenten en MEE vinden wij belangrijk, evenals ondersteuning van de mantelzorgers. Door goed maatschappelijk werk kunnen mensen bij problemen snel ondersteund worden. Crisissituaties kunnen worden voorkomen en er hoeft minder een beroep gedaan te worden op de jeugdzorg en de AWBZ-opvang. Helaas is er gemiddeld in Nederland slecht één maatschappelijk werker per 8000 inwoners, terwijl de gemeenten één maatschappelijk werker per 5000 inwoners gefinancierd krijgen. Ook het opbouwwerk, het buurthuiswerk heeft niet meer die samenbindende functie. De natuurlijke lijn van buurthuis, kerk, moskee, ouderensoos en Alzheimer-café ontbreekt in veel gemeenten. Vereenzaming en verwaarlozing slaan toe en er moet eerder gebruikgemaakt worden van dagopvang en intramurale zorg. Ook door het ontbreken van seniorenwoningen waarbij een klein beetje huishoudelijke hulp wordt geboden, ontstaat meer vraag naar plaatsen in verzorgingshuizen. Het is jammer dat veel gemeenten niet meer beschikken over de signaleringsfunctie van het veld en slechts losse producten inkopen.

In het gemeentelijk beleid lijkt de verzakelijking zo ver ingevoerd te zijn dat er geen samenhang meer is tussen voorzieningen en ± erger nog ± de mensen zelf vergeten zijn. De voorzieningen van de oude welzijnswet en de WVG gaan op in de WMO. De CDA-fractie vindt dat er op grond van de WVG niet slechts producten in natura verstrekt mogen worden, maar dat er ook een PGB voor deze voorzieningen verstrekt moet kunnen worden, waarbij het budget gerelateerd is aan de kosten van zorg in natura.

Gezien de benodigde samenhang steunt de CDA-fractie het idee om enkelvoudige huishoudelijke zorg per 1 januari 2006 via de WMO naar

Vietsch

gemeenten over te hevelen. De overgang van andere AWBZ-zorg is gelet op de gedachte van community care een goede zaak. De praktische problemen en de bureaucratie zijn voor de CDA-fractie reden om de overheveling thans te willen beperken tot de huishoudelijke verzorging die niet gepaard gaat met andere AWBZ-zorg, zoals persoonlijke of verpleegkundige verzorging. Via pilots kan gezien worden op welke wijze een verantwoorde overheveling naar de WMO mogelijk is.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Bent u van mening dat, behalve de eenvoudige huishoudelijke hulp, pas op de plaats moet worden gemaakt met de WMO?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Het gaat er vooral om dat er verantwoord wordt overgeheveld. Dit kan bijvoorbeeld via pilots. Wij willen overtuigd worden van het nut en de mogelijkheden. Als de toezegging van de staatssecretaris op dit punt onverhoopt onvoldoende is, zal ik een motie indienen. U bent van harte uitgenodigd om die mede te ondertekenen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik kan nu al zeggen dat ik daartoe bereid ben. Een dergelijke motie past precies in hetgeen wij voorstaan. Ik wil echter toch meer duidelijkheid. Wat hoort nu volgens u wel en niet in de WMO thuis? Wij ontvangen heel veel e-mails van ouders van gehandicapte kinderen die bang zijn dat het PGB straks naar de gemeenten wordt overgeheveld. Zij willen dat dit een verzekerd recht binnen de AWBZ blijft. Bent u het daarmee eens?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik zal straks op het PGB ingaan. Op korte termijn willen wij de enkelvoudige huishoudelijke zorg overhevelen. Daarbij houden wij goed in de gaten hoe dit verloopt, want daarmee zijn een flink bedrag en een omvangrijke organisatie gemoeid. Ik meen dat het in totaal om zo'n 300 mln gaat. Ik vind het heel jammer dat de WMO onderdeel wordt van de discussie over de vraag of bepaalde voorzieningen in de AWBZ moeten blijven of niet. Er kan juist winst geboekt worden als de gemeentelijke voorzieningen als preventie voor AWBZ-zorg gebruikt worden. Op dat niveau moet het welzijn versterkt

worden. Een gemeenteraad moet de verantwoordelijke wethouder vragen wat er ter zake is ondernomen. In de brief is al keurig weergegeven op welke wijze een en ander beheerst kan worden. Wij moeten dit proces stapje voor stapje doorlopen. Dingen moeten goed gebeuren en niet overhaast, waardoor het in de soep kan lopen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U wilt dus alleen de enkelvoudige huishoudelijke hulp overhevelen naar de WMO en de andere functies niet?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Per 1 januari 2006 kan wat ons betreft alleen de enkelvoudige huishoudelijke hulp worden overgeheveld naar de WMO.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): En verder niets?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Verder per 1 januari 2006 niets. Wij moeten wel een aantal pilots opstarten zodat kan worden nagegaan wat wel en wat niet zinnig is. Afhankelijk van de resultaten daarvan moeten wij in de Kamer verder discussiëren.

Voorzitter. Mensen hebben recht op een vrije keuze. Het PGB is een middel om dit recht te verzilveren en om kwaliteitsprikkel te geven aan zorg in natura. Het PGB werkt zorgvernieuwend. Een inmiddels bekend voorbeeld zijn de zorgboerderijen, waar een verstandelijk gehandicapte hulpboer onder begeleiding varkens verzorgt. Door een dagritme, het nuttig bezig zijn en de verantwoordelijkheid voor dieren krijgt de hulpboer eigenwaarde en kan hij zich binnen zijn mogelijkheden ontwikkelen.

Een ander bekend voorbeeld van een goed gebruik van het PGB is het opzetten van huizen door ouders van verstandelijk gehandicapten, omdat zij niet tevreden zijn met de zorg in instellingen in hun omgeving. Ondanks dat voor veel van deze bewoners de functie verblijf van toepassing is, wordt gewerkt met een PGB voor extramurale zorg. De CDA-fractie pleit ervoor dat het PGB wordt uitgebreid met de functie verblijf. Via het PGB kan dan ook de zorg in hospices betaald worden. Het PGB zal in de visie van de CDA-fractie gerelateerd moeten zijn aan het budget dat gemoeid is met zorg in natura. Ook moet zorgkantoor bij grof misbruik ten koste van de

PGB-houder, het PGB moeten kunnen intrekken. Ik denk daarbij aan situaties waarbij de verzorgers ook de financiële zeggenschap over de PGB-houder hebben en de PGB-houder ernstig wordt verwaarloosd.

Het recht op vrije keuze betekent dat mensen ook zoveel mogelijk moeten kunnen wonen waar zij willen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb u al vaker horen spreken over misbruik van het PGB. Er is een rapport uitgekomen van Boer en Croon over misbruik, in navolging van het CVZ. Dit is niet vastgesteld. Hebt u bewijzen dat er zoveel misbruik plaatsvindt in het PGB?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Het gaat mij niet om financieel misbruik. Als het om de kwaliteit van zorg gaat, is een enkel voorbeeld mij er al een te veel. Neem de situatie dat een vrouw totaal verlamd raakt. Uit goede bedoelingen neemt de man de zorg van zijn vrouw op zich. Na tien jaar komt er een tweede relatie, maar men is totaal afhankelijk van het inkomen via het PGB. Dan is de vraag of dat nog een gezonde situatie voor iedereen is. De man is budgethouder voor zijn vrouw. Hij kan dat niet opzeggen, want dan zit hij zonder inkomen. Dat is een uitzichtloze situatie. Het gaat mij om de kwaliteit van de zorg. Ik hoor van de zorgkantoren dat zij niets kunnen doen. Als sprake is van verwaarlozing van de PGB-houder, moet er kunnen worden ingegrepen, want dan draagt het PGB onvoldoende kwaliteit bij. De inspectie ziet niet toe op het individuele PGB. Er is geen toezicht, terwijl dat wel nodig is ter voorkoming van misbruik.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Maar wie moet er dan toezien op de kwaliteit?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): De eerste contactpersoon is in dit geval het zorgkantoor, dat ook het PGB of zorg in natura toewijst. Daarover wordt tussen zorgkantoor en cliënt overlegd. Als er erg veel gegronde klachten komen, moet er ingegrepen kunnen worden. Mijn voorstel is het zorgkantoor. Maar als er een ander goed voorstel komt, houd ik mij daarvoor aanbevolen. Niemand ziet bij het PGB toe op de kwaliteit. Wij mogen niet door een ondergrens gaan. Ik zeg overigens niet dat dit

Vietsch

vaak voorkomt, maar één geval is er al een te veel.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Als iemand de verantwoordelijkheid neemt om de eigen zorg te regelen en dus kiest voor een PGB, dan hoort daar in mijn optiek ook de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij die men zelf inkoop. Als iemand verantwoordelijk moet zijn voor de kwaliteit van het PGB, dan is dat de budgethouder zelf.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Dat klopt in 99% van de gevallen, maar de budgethouder kan geestelijk of fysiek afhankelijk worden van zijn verzorgers, bijvoorbeeld als je praat over een verstandelijk gehandicapte. De verzorgers zijn afhankelijk van het budget als inkomen. Zij zijn in dienst bij de PGB-houder. Dan ontstaat er een cirkel waar niemand uitkomt en dan moet er van buitenaf ingegrepen kunnen worden. Het is heel zeldzaam, maar het komt wel voor en in dat ene geval moet je dat kunnen doorbreken. Ik krijg er inderdaad meldingen van. Het is bijna onbespreekbaar, maar als je bij Per Saldo komt, zullen zij zeggen: het komt helaas wel eens voor.

Het recht op vrije keuze betekent ook dat mensen moeten kunnen wonen waar zij willen. Zieken en gehandicapten moeten niet opgeborgen worden in de bossen, maar zij moeten ook niet worden verplicht om in steden te gaan wonen. Er moet een keuze mogelijk zijn tussen geïntegreerd wonen in de wijk en wonen op een groot instellingsterrein met centrale voorzieningen. Een beetje spottend gezegd: de Jordaan, het wonen in Center Parcs en alles wat daartussen zit. Geld is daarbij net als bij niet gehandicapte mensen een randvoorwaarde.

Hoe het geld besteed moet worden, is de keuze van de cliënten. Het moet afgelopen zijn met de doelstelling van gedwongen afbouw en extramuralisering. De CDA-fractie is tegen de in de begroting genoemde afbouw van 1000 plaatsen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, tenzij de vraag van cliënten deze nodig maakt, maar dat zien wij dan graag aangetoond. Bij de afbouw van instellingen moet rekening worden gehouden met de exploitatiemogelijkheden van centrale voorzieningen. De omvang van instellingen moet niet zodanig

worden beperkt dat zij het zwembad of de sporthal niet meer open kunnen houden. Graag hoor ik hierop een reactie.

Ook bij de verpleeghuizen is de vrijheid van de cliënt onvoldoende gewaarborgd. Volgens de begroting worden slechts kleinschalige verpleegvoorzieningen en de ombouw van verzorgingshuizen tot verpleeghuizen gerealiseerd. Dit leidt tot een beperkte keuze: kleinschalige voorzieningen en een tekort aan verpleeg- en verzorgingshuizen in Noord-Brabant en Limburg en grote verpleeghuizen in de rest van Nederland. De CDA-fractie dringt erop aan dat er tijdig voldoende plaatsen worden gerealiseerd in de goede regio's. Tevens wil de CDA-fractie de garantie dat er geen verzorgingshuisplaatsen worden afgebouwd, tenzij er leegstand is en er geen mensen op de wachtlijst staan. Graag hoor ik hierop een reactie.

Mensen wonen in AWBZ-instellingen. In deze instellingen moet worden gedeclareerd voor intramurale zorg per dag of dagdeel. Indien iemand een dag in het ziekenhuis wordt opgenomen, krijgt de instelling geen geld en moet dat worden gebruikt voor iemand anders. Waarom worden de kosten niet gewoon berekend op basis van het zorgplan? De huursubsidie wordt toch ook niet verminderd als een huurder een dag in het ziekenhuis wordt opgenomen?

Door alle veranderingen en geruchten zijn mensen bezorgd geworden. Een goed voorlichtingsplan alleen is onvoldoende, het moet ook goed geregeld zijn. Bij het zittend ziekenvervoer is dat nog steeds niet het geval. De minister blijkt een motie over het gebruik van de hardheidsclausule niet uit te voeren. Sterker nog, in de brief van verleden week wordt de hele motie niet genoemd. Alsof wij in juli niet een apart overleg hebben gehad, waarin wij hebben gezegd dat wij niet akkoord gaan met de invoering van extra criteria door de zorgverzekeraars.

Reeds in juli constateerden wij dat de patiënten de dupe worden, terwijl er geld op de plank blijft liggen. De minister trekt in de begroting nog meer geld in. Blijft er volgend jaar nog meer geld op de plank liggen? Kan de minister uitleggen hoe hij de mensen die vervoer nodig hebben of hadden, alsnog gaat compenseren?

Kan hij ook een plan maken voor het totale vervoer van zieken en gehandicapten, dus voor het vervoer in het kader van de WVG, WMO, AWBZ, het zittend ziekenvervoer, leerlingenvervoer, sociaal vervoer van cliënten van AWBZ-instellingen, vervoer in het kader van de Wet REA enz.?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U zegt dat het raar is dat er geen vergoeding is voor de dagen dat iemand geen gebruikmaakt van het verpleeghuisbed, als hij in het verpleeghuis is opgenomen en daar eigenlijk woont, maar naar het ziekenhuis moet. Als u vindt dat de kosten moeten worden berekend op basis van het zorgplan, vindt u het dan ook acceptabel dat er een eigen bijdrage wordt geheven over de dagen dat hij niet is opgenomen in het verpleeghuis, maar in het ziekenhuis ligt? Dat is automatisch het gevolg daarvan.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): De kosten lopen door. Je kunt dus inderdaad discussiëren over de verdere inrichting. Ik vind het gewoon onacceptabel dat als iemand die in een verzorgingshuis een appartementje heeft dat is ingericht met zijn eigen spulletjes, hij iemand anders in zijn woning moet toelaten als hij twee dagen in het ziekenhuis wordt opgenomen. In mijn fractie heb ik het volgende voorbeeld gegeven: in recessen moeten de Kamerleden hun kamer verhuren aan toeristen omdat hier in de zomer toch geen vergaderingen zijn. Dat doen wij ook niet, ook al zou dat op zich een goede bezuiniging zijn. Laten wij dus ofwel zelf het voorbeeld geven ofwel dit ook niet aan de AWBZ-mensen opleggen.

De **voorzitter**: Ter zijde: er zijn hier vrij regelmatig vergaderingen in de recessen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Begrijp ik het goed dat u het acceptabel vindt dat de eigen bijdrage doorloopt in de periode waarin de persoon niet in de intramurale instelling verblijft? Dan moet u er ook mee akkoord gaan dat die eigen bijdrage doorloopt in een extramurale situatie, waarbij mensen een tijdje op vakantie gaan en dan geen gebruikmaken van thuiszorg.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Dat is iets

Vietsch

totaal anders, want de thuiszorg is inplanbaar. Bij een instelling waar mensen wonen, gaat het gewoon om een woonsituatie. Uw huur loopt ook door als u op vakantie bent, terwijl andere voorzieningen niet doorgaan. Als je dat voortijdig kunt afzeggen en er dus geen gebruik van maakt, ligt het anders. De kosten lopen echter door. Vroeger werd er wel rekening mee gehouden. Toen werd vanwege overlijden en ziekenhuisopnamen namelijk altijd rekening gehouden met een onderbezetting. Het eerste is wel geregeld, maar het laatste niet. Daarvan zeg ik: de kosten lopen door. Daarom is het niet acceptabel dat je je eigen kamer en je eigen huis moet afstaan.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Begrijp ik het dan goed dat u binnen het systeem van de gemoderniseerde AWBZ, waarbij straks feitelijk ook geen verschil kan worden gemaakt tussen intra- en extramuraal en waarbij de systematiek van de eigen bijdrage feitelijk ook hetzelfde is, twee verschillende afrekeningen wilt versturen, namelijk naar mensen die in een intramurale instelling verblijven en naar mensen die "extramuraal" zijn? Wilt u dat voor hen verschillende regelingen zullen gelden, zodat de ene wel belast mag worden voor dagen waarop hij geen gebruikmaakt van de instelling en dat aan iemand in een extramurale situatie geen eigen bijdrage opgelegd mag worden?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Nee, het zijn twee totaal onvergelijkbare situaties. Als je "extramuraal" bent, kun je afspreken hoelang je op vakantie gaat; daar kan rekening mee worden gehouden en dat kan worden verdisconteerd. Als je ergens woont, lopen de vaste lasten gewoon door, net zoals bij u thuis de kosten voor de elektra, het water en de gasleiding doorlopen als u er niet bent en als u er dus geen gebruik van maakt.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U hebt een hele lijst genoemd van dingen die naar uw mening in een plan moeten voor het vervoer van gehandicapten. Dat lijkt mij op zich heel interessant, maar er zijn nu twee concrete knelpunten: mensen die een gehandicaptenparkeerkaart hebben, krijgen geen Valys meer en bij het zittend ziekenvervoer is de regeling van de hardheidsclausule zo

streng dat ook heel veel mensen die het echt nodig hebben, daar niet voor in aanmerking komen. Vindt u dat zorgpunten en wilt u die zo snel mogelijk oplossen?

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Ik vind dat allebei zorgpunten. Er zit wel een verschil tussen, omdat de Kamer met betrekking tot het zittend ziekenvervoer al in juli geconstateerd heeft dat er op zich meer geld op de plank ligt dan nu uitgegeven wordt; daarover is ook een motie ingediend. Wij hebben gezegd: wij kiezen voor een hardheidsclausule, waardoor er uitzonderingen gemaakt worden op regels; wij hebben die regels zelf vastgesteld en als zorgverzekeraars nu keiharde regels maken waarvan zij niet af kunnen en willen wijken, is dat geen hardheidsclausule meer. Dat hebben wij als Kamer uitgesproken. Ik vind dat de minister die motie gewoon moet uitvoeren en er dus voor moet zorgen dat het geld dat wij daarvoor hebben uitgetrokken en waarvoor wij vorig jaar andere voorzieningen hebben ingeleverd, uitgegeven wordt. Op deze manier worden die mensen geholpen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U bent dus van mening dat een hardheidsclausule betekent dat iedereen die het nodig heeft, het moet kunnen krijgen en dat er geen rare regels moeten zijn, zoals dat je langer dan vijf maanden ziek moet zijn of dat je meer dan 25 kilometer zou moeten reizen.

Mevrouw **Vietsch** (CDA): Mevrouw Tonkens kent mijn motie van het voorjaar. Daarin staat dit weergegeven. Daarover waren wij het grotelijks eens.

De heer **Nawijn** (LPF): Voorzitter. Mijn thema is marktwerking in de gezondheidszorg: ja! In tegenstelling tot mevrouw Kant met haar manifest in de Volkskrant ben ik voor marktwerking. Ik beweer dan ook het tegendeel. De namen onder het manifest zijn heel indrukwekkend. Ik kan echter zo veertig namen noemen van mensen met andere meningen in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Laat de heer Nawijn maar beginnen met opnoemen.

De heer **Nawijn** (LPF): Dat doe ik niet. Ik moet eerst toestemming aan die mensen vragen.

Mevrouw **Kant** (SP): Inmiddels zijn het er overigens vierhonderd.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik kan ook met vierhonderd mensen komen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil het eerste manifest en de eerste acties vóór marktwerking in de zorg wel eens meemaken.

De heer **Nawijn** (LPF): Alle bezwaren in het manifest tegen marktwerking van mevrouw Kant zijn juist de bezwaren die wij hebben tegen het huidige, starre staatsstelsel in de gezondheidszorg. Dat willen wij veranderen. Dat systeem hebben wij al twintig jaar en dat werkt gewoon niet. Wij moeten een ander systeem de kans geven. De mensen die onder het manifest van mevrouw Kant staan, zijn prima mensen. Ik heb niets over hun deskundigheid te zeggen. Ik denk echter dat zij verandering moeilijk vinden. Het is dan ook gemakkelijk om te zeggen dat marktwerking in de zorg niet werkt. Het werkt wel. Kijk maar naar Duitsland. Ik ben net in Spanje geweest. Daar werkt het uitstekend. Dat is in nog veel meer landen het geval. Waarom zou het niet in Nederland kunnen?

De **voorzitter**: Ik ga een beetje over de grens met deze opmerking. Ik snap het echter niet. Ik zou, als ik u was, mevrouw Kant niet de gehele tijd extra spreektijd geven.

Mevrouw **Kant** (SP): Het bevalt mij prima.

De heer **Nawijn** (LPF): Wij staan lijnrecht tegenover elkaar.

Mevrouw **Kant** (SP): De observaties van de heer Nawijn zijn prima. De mensen die hun naam onder het manifest hebben gezet, zijn wetenschappelijke onderzoekers en mensen uit de praktijk. Zij denken er inderdaad anders over. Het zijn mensen met verstand van zaken. Ik heb graag dat de heer Nawijn ingaat op de argumenten die in het manifest staan en die aangeven waarom marktwerking geen goed idee is. De heer Nawijn heeft het idee dat het wel goed is. De ondertekenaars geven echter op

Nawijn

basis van een gedegen analyse met een aantal redenen aan waartoe marktwerking leidt. Ik heb liever dat de heer Nawijn een analytische benadering kiest bij zijn uitleg waarom hij er anders over denkt.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik kan een aantal andere mensen in de gezondheidszorg noemen die minstens zo deskundig zijn en die er anders over denken.

De bewindslieden van VWS staan voor een gigantische taak. De kosten stijgen enorm. De vergrijzing zal de komende jaren de druk op de gezondheidszorg stevig verhogen. Ik prijs deze bewindslieden dan ook om het lef om het starre, bureaucratische systeem dat wij in ons land hebben opgebouwd drastisch te veranderen. Dat moet ook. Ik loop een tijdje mee in de volksgezondheid. Ik heb mij daarbij niet verbaasd over het harde werken van de mensen aan het bed en niet over de kundige wijze waarop in veel ziekenhuizen operaties worden verricht en ook niet over het werk in verpleeg- en verzorgingshuizen waar veel mensen met zorg worden omringd. Wel heb ik mij verbaasd over de verspilling van premiegelden. Denk aan de salarissen voor het management in de zorg en de bureaucratische gang van zaken bij mensen die dringend willen weten waaraan zij toe zijn. Denk aan de logistieke ondersteuning en het rapport van de heer Bakker. Denk aan het gemak waarmee uitvoerig onderzoek in diverse ziekenhuizen nog eens dunnetjes wordt overgedaan en dubbel wordt gedaan. Denk ook aan de weinig flexibele houding van sommige ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Dat komt omdat Nederland een staatsysteem kent. Dat houden wij al jaren in stand. Daaraan moet een einde komen. Wij moeten een ander systeem de kans geven. Ik mis in dit systeem de menselijke maat en de zakelijkheid.

Ik ben blij dat de bewindslieden de marktwerking in de zorg mogelijk willen maken. Dat is hard nodig. Ik heb het zelf gezien. Ik heb het in Spanje gezien. Anderen gaan naar Duitsland en België. Ik heb in Spanje gezien hoe een klein privé-ziekenhuis ook kan werken. Het is een ziekenhuis dat geheel voldoet aan de kwaliteitsnormen, waar de menselijke maat het hoofddoel is en waar de mensen direct de uitslag krijgen

van het medisch onderzoek. Als iemand moet worden geopereerd, dan is men direct aan de beurt. Er wordt zelfs winst gemaakt in dit ziekenhuis. Het ziekenhuis is opgericht door een Nederlandse huisarts. Die is tien jaar geleden naar Spanje vertrokken omdat er te veel huisartsen in Nederland waren. Nu heeft hij een kliniek met 22 bedden en met 25.000 patiënten. Het aantal bedden wordt uitgebreid naar 50. Er is ook een voorziening getroffen voor de opvang van somatische ouderen, die in Nederland al lang in een verpleeghuis zouden zijn opgenomen. Zij kunnen daar nu nog zelfstandig wonen. Ik zal de minister daar nader over informeren. Daar komt nog bij dat ze winst maken. Op een omzet van 7 mln euro wordt 5% winst gemaakt. De kosten zijn veel lager: € 150 per ligdag. Behalve neurochirurgie en openhartoperaties kunnen alle operaties in die kliniek gedaan worden. Dat is echt opvallend. Er wordt perfect samengewerkt met het staatsziekenhuis in Valencia, waar de andere operaties worden gedaan. Mensen worden direct geholpen en hoeven niet te wachten. Zij weten direct waar zij aan toe zijn. Ik daag iedereen uit, ook mevrouw Kant, om daar eens te gaan kijken. Zij kijkt alleen maar naar Nederland. Ik ben blij dat wij in Nederland die kant op gaan.

Wij hebben in deze Kamer vaak gediscussieerd over kleine ziekenhuizen. Het blijkt dus wel te kunnen, maar dan moeten wij een ander systeem introduceren. Hoe onbenullig wij in Nederland bezig zijn, blijkt uit een bezoek dat ik bracht aan het Academisch Ziekenhuis in Utrecht. De beste specialisten worden het laagst betaald. De specialisten in de perifere ziekenhuizen verdienen veel meer. De specialisten in de academische ziekenhuizen die veel jonge artsen opleiden, die zich specialiseren in de moeilijkste operaties en graag verder willen gaan met diepzinnig wetenschappelijk onderzoek, dus de besten, betalen wij het slechtst. Het is de omgekeerde wereld. Prestaties moeten beloond worden. Juist dat zal de kwaliteit in de gezondheidszorg verhogen.

Wij mogen fantastisch wetenschappelijk onderzoek, operaties, niet eens exporteren. In het Erasmus-ziekenhuis in Rotterdam is perfecte medische kennis aanwezig, maar

men mag die niet exporteren. Dat zou een prima product zijn in het kader van de kenniseconomie. Waarom zouden wij dat niet sponsoren? Een dure operatie van een buitenlander die zelf wil betalen, kan niet in een Nederlands ziekenhuis worden verricht. Waarom niet? Ik kom straks terug op de vraag wat daaraan gedaan moet worden.

Wachlijsten zijn er helaas nog steeds. Des te schrijnender is het als mensen in spanning wachten op de uitkomst van onderzoek of heel lang moeten wachten voordat zij worden opgenomen. Deze verhalen hoor ik helaas nog steeds. Mensen moeten direct de uitkomst horen en direct behandeld worden als zij ernstig ziek zijn.

Medische kennis en kwaliteit moeten zich concentreren. Er kan nog veel geconcentreerd worden in Nederland, zodat Nederlanders in eigen land de beste behandeling kunnen krijgen. Dat betekent niet dat kleine ziekenhuizen moeten worden opgeheven. Juist de kleinschaligheid dicht bij huis voor een eenvoudige behandeling van de burger is een belangrijke zaak. Zware gevallen kunnen via een goede uitrusting van de ambulances snel daar worden gebracht waar de beste behandeling kan plaatsvinden. Ik complimenteer de minister met de aanpak van de ambulancezorg. Dat gaat hier heel goed. In Spanje is dat veel slechter. In Nederland werken de ambulances uitstekend. CPA's werken voor het overgrote deel ook goed. Ik ben het met de heer Buijs eens dat wij ook de zaken moeten noemen die wel goed werken.

Leidraad in de ziekenhuiszorg is de menselijke maat, de hoge kwaliteit en de directe, snelle bereikbaarheid en toegankelijkheid. Ik hoor graag een reactie van de minister. Hoever wil hij met zijn plannen gaan om deze zaken mogelijk te maken?

Ik heb mij de laatste tijd wel eens afgevraagd of wij in Nederland niet van de verpleeghuizen af moeten. Allen die een verpleeghuis bezoeken of daar werken, hoor je zeggen dat zij er niet aan moeten denken in een verpleeghuis opgenomen te moeten worden. Wij stoppen ouderen in kleine kamers met weinig privacy en wij behandelen ze als kinderen in afwachting van hun dood. Uiteraard weet ik dat psychogeriatrische patiënten niet lang in hun thuis-situatie kunnen blijven, maar voor somatische patiënten ligt dat heel

Nawijn

anders. Wij zouden moeten kijken of er voor die groep mensen een andere oplossing is dan een kamertje in een verpleeghuis. In Denemarken en Engeland zijn er prima projecten gaande. Kent de staatssecretaris deze projecten? Zo ja, kan zij daar eens op ingaan? Dan komen pyjamadagen, beddagen en overblijfdagen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen niet meer voor. Hoe staat het met de doorlichting van de verpleeghuizen op kwaliteit en op naam door de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Slechte verhalen over verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen wij niet hebben. De inspectie dient het management en de bestuurders van deze instellingen keihard hierop aan te spreken.

In de begrotingstoelichting staat dat het kabinet de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg in de AWBZ wil verbeteren. De zorgvraag van de klant komt centraal te staan. Hoe staat het met de regeling voor Nederlandse ouderen in het buitenland die jarenlang AWBZ-premie hebben betaald en nu verstoken dreigen te worden van de zorg op maat in de nieuwe plannen van het kabinet? Ik vraag de bewindslieden daar speciale aandacht voor. Er wonen meer Nederlanders in het buitenland dan er allochtonen in Nederland wonen. Dat zijn er dus nogal wat. Er zijn heel wat Nederlanders die vrijwillig AWBZ-premie betalen. Blijven die straks verstoken van de hulp die zij zo hard nodig hebben om thuis te kunnen blijven? Als deze mensen niet worden geholpen, bestaat het risico dat zij weer terugkomen naar Nederland. Dan hebben wij nog een veel groter probleem gelet op de druk die dat zal geven op verpleeg- en verzorgingshuizen.

Ik ben het eens met het kabinet dat zorgverzekeraars met elkaar moeten concurreren. Het moet gaan om de laagste prijs en de hoogste kwaliteit. Zijn deze twee uitgangspunten wel goed met elkaar te combineren? Speelt de Zorgautoriteit hierbij een rol? Er moet immers worden gestreefd naar de laagste prijs, maar er moet ook worden gezorgd voor de kwaliteit. Dat zijn wellicht tegengestelde belangen. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars wel de hoge premie opstrijken, maar dat zij moeilijk doen als het op uitbetalen aankomt. Dat kunnen wij niet hebben. De kleine lettertjes in de polissen brengen mensen soms in

grote problemen. Hier moet ook sprake zijn van doelmatigheid en kwaliteit. Hoe staat het met de acceptatieplicht bij aanvullende verzekeringen voor ouderen die een zware handicap hebben en opnieuw moeten worden verzekerd? Lopen zij het risico dat zij hoge premies moeten betalen of dat zij worden uitgesloten?

Wij zullen blijven strijden voor gehandicapten, chronisch zieken en ouderen met alleen AOW. Bezuinigingsmaatregelen mogen niet op hen van toepassing zijn. Zij kunnen er niets aan doen dat zij gehandicapt of chronisch ziek zijn. AOW'ers, ouderen, hebben ons land mede opgebouwd. Solidariteit moet juist hier gelden. De gezonden moeten maar een wat hogere premie betalen. Dat is de juiste solidariteit. Het is de vraag of de jeugd nog is over te halen om solidair te zijn met ouderen. Zij vrezen immers dat gezondheidszorg voor de ouderen niet meer beschikbaar zal zijn voor hen. Hoe zien de bewindslieden de solidariteit in de gezondheidszorg? Wat is voor hen daarbij het uitgangspunt?

In een televisie-uitzending deze week werd gesteld dat de maatregel van het kabinet inzake ivf tegengesteld uitwerkt. Is dat het geval? Hoe denken de bewindslieden daarover? Kan de minister hierover meer duidelijkheid geven in de toegezegde rapportage? Huisartsenposten werken goed in grootstedelijke gebieden. Ik heb dat zelf ondervonden. Het gaat perfect, je wordt nog sneller behandeld dan bij je eigen huisarts. Dat gaat dus best redelijk. In plattelandsgemeenten kan dat anders zijn. Is het waar dat de minister huisartsen op het platteland verplicht om deel te nemen aan huisartsenposten of hebben zij nog steeds een vrije keuze?

Er wordt vaak gesproken over het personeelstekort in verpleeg- en verzorgingshuizen. Is daar nog steeds sprake van? Wat vindt de staatssecretaris van het inzetten van scholieren en studenten in de zomermaanden voor het helpen van ouderen in de vorm van een soort sociale dienstplicht? Dit soort zaken zal de solidariteit tussen ouderen en jongeren bevorderen.

□

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD):
Voorzitter. Je kunt naam maken met

het genezen van mensen, maar met het verzorgen van mensen kom je niet in de geschiedenisboeken. Toch gaat een belangrijk deel van de begroting van VWS naar de care. In deze begroting is de druk van vergrijzing heel zichtbaar. Wij zijn al anderhalf jaar in gesprek over de toekomst van de AWBZ. Vorig jaar werd met de begroting de brief "Op weg naar een houdbare AWBZ" naar de Kamer gestuurd. Het kabinet zei daarin in te zetten op een houdbare AWBZ die datgene verzekert waarvoor de AWBZ is bedoeld, namelijk de zorg voor ernstig lichamelijk of verstandelijk gehandicapten, dementerende ouderen en chronisch psychiatrische patiënten. Een concrete invulling was er nog niet. Die zou later volgen. Sindsdien en tot op heden heeft het kabinet angstvallig om de hete brij heen gedraaid.

De vraag aan de staatssecretaris is voor welke keuzes wij nu staan. Wat is er nodig om de AWBZ daadwerkelijk houdbaar te laten zijn? Voor welke dilemma's staat zij en staan wij? Kunnen wij alle dementerende ouderen in de toekomst op de zelfde manier verzorgen als wij nu doen of moeten wij daarvoor naar heel andere uitgangspunten? Moeten wij stoppen met verdergaande extramuralisering? Onder welke omstandigheden is dat toelaatbaar? Als veel mensen vinden dat er daadwerkelijk keuzes moeten worden gemaakt, moeten die keuzes worden voorgelegd. Wat zijn de scenario's? Waarvoor kiezen de bewindslieden? Eén uitgangspunt is inmiddels duidelijk: de AWBZ-premie mag niet veel meer stijgen. Waar liggen voor de bewindslieden de overige grenzen?

Vorig jaar heb ik tijdens de begrotingsbehandeling de vraag gesteld aan wie de overheid volgens dit kabinet zorg moet bieden en op welke manier. Pas als duidelijk is voor wie de AWBZ hoort open te staan, kunnen wij helder spreken over de maatregelen die nodig zijn en de manier waarop wij de problemen kunnen oplossen die door afbakening van de AWBZ ontstaan. Een direct antwoord heb ik nooit gekregen, maar uit de brief over de Wet maatschappelijke ondersteuning en een passage in deze begroting blijkt een antwoord waarvan ik niet vrolijk word. Klopt het dat het kabinet de AWBZ verengt tot zorg voor mensen die in een instelling

Van Miltenburg

verblijven? Tegenwoordig zijn dat mensen die gedurende 24 uur per dag verzorging en toezicht nodig hebben. Daarnaast moet blijkens de brief de Wet maatschappelijke ondersteuning de extramurale zorg gaan verschaffen. Ik citeer daaruit voorts dat mensen met een hoge draaglast en een geringe draagkracht hieruit moeten worden verzorgd. Hiermee zegt de minister dat intramurale zorg voor iedereen beschikbaar blijft en extramurale zorg alleen voor degenen met weinig geld. De VVD-fractie vindt het prima dat mensen met meer geld een hogere eigen bijdrage betalen dan de mensen met minder geld. De minister weet toch dat door de technologische en sociale ontwikkelingen tegenwoordig sommige ernstig lichamelijk of verstandig gehandicapten, dementerende ouderen en chronisch psychiatrische patiënten niet in een instelling wonen, maar wel AWBZ-zorg nodig hebben om in de maatschappij te kunnen functioneren? Deze mensen kunnen niet meer volledig de regie over hun leven voeren, maar hebben ook niet 24 uur per dag verzorging en toezicht nodig. Mensen met een psychiatrische handicap of licht dementerende ouderen zijn voorts niet per definitie mensen met een kleine portemonnee.

Voorlopig is het kabinet bezig met het nemen van maatregelen om op korte termijn de kosten van de AWBZ binnen de perken te houden. Volgens het deze zomer gesloten convenant over de AWBZ wordt de komende jaren de productiegroei betaald uit doelmatigheidswinst. Het convenant lijkt in de ogen van de VVD-fractie een terugkeer naar aanbodgestuurde zorg, te meer daar consumenten- en patiëntenorganisaties niet mee mogen praten over de te nemen maatregelen. Bovendien bestaat nu weer de kans dat mensen dure zorg krijgen die ze niet willen in plaats van zorg die zij wel willen en nodig hebben. Ontstaat met het plafond op de uitgaven van de AWBZ-zorg niet het risico dat wachtlijsten terugkeren? Wat zijn de sanctiemogelijkheden als dit gebeurt? Waarom heeft de minister bij het aangaan van dit convenant geen afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg? Veel kwaliteitsproblemen zijn een kwestie van mentaliteitsverandering in instellingen. Neem bijvoorbeeld de richtlijn voor voeding en vocht van Arcaris. Deze

is in veel huizen nog steeds niet bij het personeel op de werkvloer bekend. De minister en de staatssecretaris hadden met dit convenant op meer kunnen inzetten dan alleen zaken die voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van direct belang zijn.

Een volgend zeer belangrijk punt is het uitgavenplafond op persoonsgebonden budgetten. Hoe werkt dit in de praktijk? Mogen mensen met een geldige indicatie niet langer voor een persoonsgebonden budget kiezen als het budget op is? Hoe verhoudt dit zich tot de vrije keuze van cliënten? Het persoonsgebonden budget wordt in het convenant en in de begroting in één adem genoemd met de overige zorgsectoren als was het persoonsgebonden budget een op zichzelf staande sector. Dit kunnen de bewindslieden niet bedoelen. Het persoonsgebonden budget komt immers in de plaats van zorg in natura en gaat over alle sectoren heen. De waarde van het persoonsgebonden budget ligt al 70% onder de waarde van de zorg in natura. Je kunt dus gevoeglijk stellen dat persoonsgebondenbudgetzorg al het doelmatigst is. Op welke manier denken de bewindslieden de doelstelling van het convenant nog verder te kunnen verhogen? Ik proef feitelijk keer op keer een enorme weerzin tegen het persoonsgebonden budget. Wat precies staat de bewindslieden zo tegen? Als zij echt willen bezuinigen, moeten zij juist alles in het werk stellen om het aantal persoonsgebonden budgetten te verdubbelen. Dat moet voor minister Hoogervorst een feest zijn. Ik ontvang dus graag een notitie van hem waarin hij zijn visie geeft op de toekomstige plaats van het persoonsgebonden budget in de AWBZ en in de veranderende AWBZ. Bovendien wil ik graag weten wanneer de aangekondigde waardebeperking van het PGB zal plaatsvinden, met de daarbij behorende omslagpunten. Op basis waarvan worden deze omslagpunten berekend en wat leveren ze op? Is het het uitgangspunt dat het omslagpunt gevormd wordt door het punt waarop zorg in natura goedkoper wordt dan het PGB? Dat is voor de VVD altijd het uitgangspunt geweest.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil even terugkomen op de convenanten. Ik weet dat de VVD vindt dat de zorgverzekeraars een belangrijke

regierol dienen te hebben en dat zij vrij moeten zijn bij het aangaan van contracten met zorgaanbieders. Maar wat vindt u ervan dat de centrale overheid, in dit geval het departement van VWS, rechtstreeks convenanten met de zorgaanbieders sluit, dus zonder dat de zorgverzekeraars erbij betrokken worden, trouwens evenmin als de patiënten? Is dit niet de centrale aansturing waarmee juist de VVD moeite heeft?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik heb ook aangegeven dat ik het ontzettend jammer vind dat de patiënten en de consumenten er niet bij betrokken zijn. Ik heb dit ook al eens in een algemeen overleg over het patiënten/consumentenbeleid gezegd. Ik denk dat de patiënten en consumenten juist in een tijd van schaarste bij het sluiten van convenanten betrokken moeten zijn, omdat zij heel goed kunnen aangeven op welke onderdelen het misschien wat minder kan. Nu is het convenant alleen op de gedachtegang van de aanbieder gebaseerd. Ik snap ook eigenlijk niet zo goed waarom de verzekeraars er niet bij betrokken zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U vindt dus dat patiënten en zorgverzekeraars ook bij het convenant betrokken moeten worden.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dat zou veel beter zijn geweest.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Maar het convenant geldt tot 2007; vindt u dat dit opnieuw bekeken moet worden en dat er opnieuw over de convenanten moet worden gesproken?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik ben geen fantastisch goede onderhandelaar, maar ik snap wel dat een partij die al iets heeft binnengehaald, niet zo snel geneigd zal zijn om concessies te doen. Ik denk dan ook dat het niet zo zinvol is. Ik begrijp uit de begroting dat het de bedoeling is om vaker convenanten te sluiten, en ik zou bij dergelijke afspraken dan graag de patiënten en consumenten en natuurlijk de zorgverzekeraars betrokken willen zien.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U heeft veel kritiek, maar tegelijkertijd zet u zichzelf buitenspel, want in de komende twee jaar heeft u er niets

Van Miltenburg

meer over te zeggen. Er is nu een mogelijkheid om de Kamer voorwaarden te laten verbinden aan het convenant, om de minister en de staatssecretaris te vragen, de zorgverzekeraars en de patiënten er alsnog bij te betrekken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik wil ook heel graag van de staatssecretaris weten welke rol zij voor de zorgverzekeraars ziet, maar ik denk dat die rol ook wel zelfstandig tot uiting kan komen, want de zorgverzekeraars vormen het zorgkantoor, zij maken afspraken. En ik hoop dat zij dit in het achterhoofd houden als zij met de zorgaanbieders gaan praten.

Het slechte functioneren van de RIO's was de VVD een doorn in het oog. Extra geld uittrekken om de hele organisatie te centraliseren viel ons ook zwaar, maar wij hebben ons laten overtuigen door de argumenten van de staatssecretaris dat het echt nodig was. Die operatie zou 50 mln gaan kosten, maar volgens de begroting is het voor dit jaar al 72 mln geworden. Hoe kan dit project zo uit de hand zijn gelopen?

Het is verder verbazingwekkend hoe vaak er in deze begroting aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) gerefereerd wordt. De Kamer heeft tot nu toe slechts één brief over deze nieuwe wet ontvangen en er staat nog niets vast. Ik begrijp trouwens dat deze ene brief dit jaar al 2,3 mln heeft gekost, terwijl eenzelfde bedrag nu weer op de begroting staat. Waar geven de bewindslieden al dit geld aan uit? Toch niet aan postzegels? Het eerste, richtinggevende algemeen overleg over de WMO zal pas in december plaatsvinden; is invoering van deze wet per 1 januari 2006 dan wel realistisch? Er wordt toch heel veel van gemeenten verwacht. Wat de VVD-fractie betreft kan er een WMO komen om de Welzijnswet te vervangen. Delen van de WVG zouden er ook in kunnen worden opgenomen, evenals enkelvoudige huishoudelijke verzorging, die daarmee uit het AWBZ-pakket zou verdwijnen. Het kan een verantwoordelijkheid van gemeenten worden. Het voorstel om Mee Nederland ook bij de gemeenten onder te brengen vinden wij vooralsnog geen goed idee. Voordat wij over verdere decentralisatie van de zorg kunnen praten, moet de WMO zich eerst in de praktijk bewezen hebben.

Wat zeker nodig is om de WMO te laten slagen, is betrokkenheid van mensen op lokaal niveau. Daarom hebben wij moeite met het feit dat de subsidie voor het nationaal comité Dag van de Ouderen is stopgezet. Het ondersteunde ruim 400 plaatselijke comités die de dag lokaal organiseren. Vrijwilligers die klaar staan voor ouderen, verdienen van de overheid, juist nu wij een steeds groter beroep op hen doen, steun in de rug. Het kost niet veel en het levert veel op aan onbetaalbare goodwill en draagvlak. Als het dan geen subsidie meer mag heten, noem het dan bijvoorbeeld een wervingsactie voor vrijwilligers ten behoeve van ouderen. Kunnen de bewindslieden daar niet creatiever mee omgaan?

Een manier om de kosten in de AWBZ en in de hele gezondheidszorg minder snel te laten groeien, kan gevonden worden in een consultatiebureau voor ouderen. Initiatieven hiertoe van deze Kamer, in 1996 en in 2002, nam de regering niet over; argumenten daarvoor lagen in de angst om ouderen te stigmatiseren. Op de gezondheid van ouderen rust volgens mij echter een fors taboe. Toch weten wij allemaal dat met de jaren vaak ook kwalen komen. Onderzoek wijst uit dat ouderen vanaf ongeveer 75 jaar méér en grotere gezondheidsproblemen hebben die direct met leeftijd te maken hebben: verminderd gehoor, dementie, depressie, kanker zelfs en suikerziekte. Hoe eerder problemen worden vastgesteld, hoe groter de kans is op een adequate behandeling en vooral op een beter bestaan voor betrokkenen.

In Leiden is er sinds dit jaar zo'n consultatiebureau en op veel andere plaatsen in het land zijn er plannen en initiatieven in die richting. Het probleem is dat veel partijen het wel willen en belangrijk vinden, maar dat niemand ervoor wil betalen. Ik vraag de staatssecretaris of zij wil uitspreken dat consultatiebureaus voor ouderen kunnen bijdragen aan een betere gezondheidssituatie. Wil zij onderzoeken wat er nodig is om alle ouderen in Nederland toegang te verschaffen tot een dergelijke voorziening en wil zij de Kamer daarover informeren?

Ik heb een nieuw woord voor scrabble: de steunkousenuittrek-machine. Dat is een bestaand apparaat, waarmee iemand zelf zijn steunkousen kan uittrekken. Het kan

kousenteams bij de thuiszorg deels vervangen en zou een goed voorbeeld van innovatie in de zorg zijn. Helaas, de steunkousenuittrek-machine wordt minimaal gebruikt. Het is simpel gezegd niet interessant voor zorgleveranciers om geïndiceerde zorg te leveren middels een apparaat. Het AWBZ-bekostigingssysteem, op basis van tijdschrijven, stimuleert op geen enkele manier innovatie waardoor werk in de zorg minder tijd zou kosten. De hoeveelheid werk neemt door de vergrijzing wel toe. Als de aard van het werk niet verandert, moet straks iedere schoolverlater een baan in de zorg nemen, maar ik geloof niet dat dit gaat gebeuren. Wij hebben daarom een bekostigingssysteem nodig dat innovaties wel stimuleert. Gaan de bewindslieden hiertoe voorstellen doen en, zo ja, wanneer? Er zijn nu enkele miljoenen gereserveerd voor innovatie in de AWBZ: waarvoor wordt dit geld ingezet? Helaas noemt de begroting innovatie vaak in één adem met ICT, waardoor het lijkt alsof deze zaken op één hoop worden gegooid, maar ik hoop echt dat het in de AWBZ gaat om twee afzonderlijke trajecten.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het idee betreffende de consultatiebureaus voor 75-plussers steunen wij van harte. Wij hebben dit een tijdje geleden ook naar voren gebracht. Het is inderdaad belangrijk dat de preventie ten behoeve van ouderen tot stand komt. Wij weten echter ook dat de meeste ouderen een beroep doen op de huisarts. Vindt u niet dat veel meer moet worden geïnvesteerd in de huisartsenzorg en dat bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen daarin een belangrijke taak krijgen, in plaats van te kiezen voor het optuigen van een geheel nieuwe organisatie? Dat laatste kost namelijk ook een hoop geld en mijn vraag is hoe u dat denkt te financieren.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik weet dat de huisarts zichzelf heel lang gezien heeft als de plek waar ouderen naartoe gaan als zij problemen hebben. Alleen, de huisarts is iemand die zorg verleent en deze heeft een spreekuur waar je tien minuten naartoe kunt om te vertellen wat voor probleem je hebt. Meestal sta je dan binnen tien minuten weer buiten met een recept in je hand of een verwijfskaart of je hebt te horen gekregen: kom

Van Miltenburg

volgende week nog maar een keer terug. Dat neem ik de huisarts niet kwalijk, want deze moet zijn wachtkamer leeg krijgen, waarin allemaal mensen zitten met een verkoudheid of een ontstoken oog of met welk ander probleem ook. Het punt is dat mensen heel lang wachten voordat zij naar de huisarts gaan; zij gaan pas als zij een medisch probleem hebben. Ik denk echter dat preventie er juist op gericht is dat je al voordat er een medisch probleem is, signaleert dat er iets mis gaat en dan ingrijpt, zodat voorkomen wordt dat er een medisch probleem ontstaat. Hoge bloeddruk hoeft helemaal geen medisch probleem te zijn, maar kan wel leiden tot medische problemen als je het niet goed in de gaten houdt. Heel veel ouderen lopen door terwijl zij steeds minder zien. Dan vallen zij over dat stoepandje, omdat zij er niet aan denken om hun gezichtsvermogen regelmatig te laten controleren. Mensen gaan voor dit soort dingen niet naar de huisarts totdat het te laat is. Het zou goed zijn om iets te hebben vóór de huisarts. Natuurlijk heeft de huisarts een preventieve rol; die zal niet verdwijnen. Maar ik denk wel dat je een stapje daarvoor iets moet hebben. U wilt graag een wijkzuster en ik wil graag een consultatiebureau. Die plannen komen uit hetzelfde voort, te weten het regime waarin niet genoeg aandacht is voor de problemen en gezondheidsproblemen die bij ouderen ontstaan. Het nadeel van de wijkverpleegkundige is dat de nadruk op de zorg ligt, terwijl wat mij betreft de nadruk veel meer op het welbevinden moet liggen. Alleen het woord "wijkzuster" geeft het al aan. Een zuster heb je niet nodig als je gezond bent, tenzij het om mijn zusje gaat. Die heb ik natuurlijk altijd nodig.

Mevrouw **Kant** (SP): In Denemarken heeft men dat juist gecombineerd. De preventief wijkverpleegkundige gaat een keer per jaar bij alle 70-plussers langs aan huis, doet preventief onderzoek en kijkt ook hoe het daar gaat, of er geen sprake is van eenzaamheid, of in huis alles voor elkaar is en of er geen hulpmiddelen noodzakelijk zijn. Daar is het gecombineerd. Ik denk dat hier de vorm niet zoveel uitmaakt, maar dat er genoeg ideeën zijn om voor de ouderen die alleen thuis wonen

preventief meer te doen. Ik steun u in uw ideeën.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Het spijt mij zeer, want ik vind het helemaal niet slecht wat in Denemarken is geregeld of wat de PvdA wil. Ik vind het belangrijk dat wij niet naar die mensen toe gaan, maar dat zij de deur uit komen. Wij moeten aangeven dat er nog een wereld buiten is, zodat hun niet de mogelijkheid wordt geboden om altijd achter de voordeur te blijven. Eenzaamheid kun je deels ook bestrijden door mensen te verleiden om de deur uit te gaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Natuurlijk is dat een aspect, maar een wijkverpleegkundige of een maatschappelijk werker kan dat constateren en er iets aan doen. Het is belangrijk dat meerdere partijen, zoals de PvdA en de VVD, bereid zijn om hier iets aan te doen. Ook mijn fractie is er al jaren mee bezig. Ik constateer dat wij voor ouderen die thuis wonen iets willen doen aan preventie en zorg in de brede zin van het woord. Dat vind ik heel positief.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik vind het ook belangrijk dat er heel veel projecten zijn en dat heel veel mensen het willen doen. Maar blijkbaar is er een plek in de zorg tussen wal en schip waarin al die projecten verdwijnen. Hoe kunnen wij de wal en het schip zo dicht bij elkaar brengen dat die projecten wel worden uitgevoerd? Er wordt wel geld uitgetrokken om onderzoek te doen naar de behoefte binnen gemeenten. Uit Zeeland, uit Brabant, uit Friesland, uit alle delen van het land bereiken mij plannen. Men zegt: het is klaar, wij kunnen er morgen mee beginnen, maar wie betaalt dat?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Om misverstanden te voorkomen, adviseer ik collega Van Miltenburg om het plan goed te lezen. Het gaat niet alleen om de medische kant, maar ook om de psychosociale kant. In de omgeving van de mensen zie je veel beter en tijdig wat er aan de hand is en dan kun je doorverwijzen. In zo'n eerstelijnscentrum kun je ook spreekuur houden over medicijngebruik, diabetes enz. Het gaat er niet om wie het beste plan heeft, maar de kerngedachte is hetzelfde. Wij willen hetzelfde doel bereiken. Ik

zou het dan ook zeer op prijs stellen dat wij voor de eerste lijn pleiten.

De heer **Nawijn** (LPF): Mevrouw Van Miltenburg zegt: al die plannen zijn er, maar wie betaalt ze? Zou het niet aardig zijn om private investeerders in de zorg te introduceren? Heel veel willen wel investeren in de zorg. Het kan niet allemaal van de premies komen; er moet geïnvesteerd worden. Vindt u dat ook niet?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik zou het geweldig vinden als zij dat doen. Er zitten overal gaten tussen de verschillende financiële bronnen, de AWBZ, het basispakket en de zorgverzekeraars. Als die kleiner worden, is duidelijk wie wat moet uitvoeren. Ook zorgverzekeraars hebben er voordeel bij om dit uit te voeren.

In de begroting staat letterlijk dat de minister streeft naar minder regels in de AWBZ en de jeugdzorg. Wordt er daadwerkelijk aan gewerkt? Het terugdringen van de administratieve lasten levert minder op dan geraamd, zo lees ik. Hoe verhoudt dat zich tot de doelstelling van het kabinet? Het is natuurlijk vooral de bedoeling dat de regels daar vereenvoudigd worden, waar de zorgconsument het ook merkt. Ik geef een voorbeeld. In een voetnoot in de begroting meldt de minister dat de hulpmiddelenregelingen onder zes VWS-wetten vallen. Ik weet dat ook de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap hiervoor regelingen hebben.

Dat levert echt bizarre "van het kastje naar de muur"-situaties op. Ik heb niet lang naar voorbeelden hoeven zoeken. Een gehandicapte man krijgt uit twee regelingen twee scootmobielen, een via de WVG en een via de Wet REA. Hartstikke fijn voor hem, maar het kan nooit de bedoeling zijn. Ik geef ook het voorbeeld van een motorisch gehandicapt kind, dat twee computers moet krijgen, de ene voor thuis met de nadrukkelijke opmerking dat hij niet mee naar school mag, en de andere voor school met de nadrukkelijke opmerking dat hij niet mee naar huis mag. Ik snap dat niet.

De VVD stelt daarom voor dat deze acht regelingen, maar zeker de zes die onder het ministerie van VWS vallen, onder één wet, in één systeem worden gebracht. Uitgangspunt daarbij moet zijn dat degene die

Van Miltenburg

het hulpmiddel vraagt, in de aanvraag centraal staat, en niet zoals nu vaak de reden waarom of de plek waarop hij of zij het hulpmiddel nodig heeft. Wij vragen de minister om samen met zijn collega's van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een notitie te maken waarin zij aangeven in welke mate deze deregulering over die acht regelingen kan worden uitgevoerd. In ieder geval wil ik een reactie op de vraag of het mogelijk is om de zes regelingen van VWS in één regeling onder te brengen.

Ik begon ermee. Je kunt naam maken met het genezen van mensen, maar met het verzorgen van mensen kom je meestal niet in de geschiedenisboeken.

Minister **Hoogervorst**: Florence Nightingale!

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Dat is ook wel heel lang geleden.

De huidige werkers in de zorg komen vandaag in de Handelingen terecht. Ik ben het ontzettend eens met de opmerking van mijnheer Buijs, dat wij best vaker mogen zeggen dat werken in de zorg ook heel leuk is. Ik voeg daaraan toe dat ik heel veel respect heb voor al die vrouwen en mannen die voor een baan in de zorg kiezen.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De komende jaren zijn belangrijk. Er staan grote veranderingen op de agenda, veranderingen voor verzekeren en patiënten, voor mensen die in de zorg werken, voor verzekeraars, veranderingen die al jaren eerder hadden moeten plaatsvinden, maar al decennia hun Waterloo in deze Kamer hebben gevonden, veranderingen die noodzakelijk zijn om de zorg van hoge kwaliteit voor iedereen bereikbaar te houden. Ik ben daarom van mening dat het een politieke erkwestie is dat wij de problemen niet langer voor ons uitschuiven, dat wij het debat van de afgelopen jaren niet de komende jaren eindeloos blijven herhalen. In het belang van gebruikers en betalers van zorg moeten wij nu hervormen.

Vorig jaar heb ik aangegeven waaraan de VVD bij deze hervormingsslag speciale aandacht zal schenken: meer kennis en macht

aan de consument en een betere kwaliteit. Hoe staat het met de prioriteiten die wij hieraan hebben verbonden? Vorig jaar heb ik aangegeven dat wij een sterke vergroting van de transparantie willen. Zonder kennis geen macht. Ik prijs de minister om zijn initiatieven op dit terrein, maar wij zijn er nog lang niet. Wij willen dat de minister onverminderd zijn aandacht hierop blijft richten.

Eind dit jaar gaat de internetsite de lucht in waarop de premies en het aanbod van verzekeraars staat, zodat goed kan worden vergeleken wie wat voor welke prijs biedt. Het is dan wel de bedoeling dat er echte verschillen tussen de aanbiedingen zitten. Ik ga ervan uit dat het in een markt waarop partijen met elkaar concurreren niet past om als branchevereniging jaarlijks prijsindicaties af te geven. Recent konden wij lezen dat Zorgverzekeraars Nederland voor 2005 een kostenstijging voor de particuliere verzekering verwacht van maar liefst 8% tot 13%. De onderbouwing van zo'n stijging en de conclusie die daaraan wordt verbonden, luisteren heel nauw. Er zit ook een politiek element in deze publicaties. De geesten van de verzekeren worden als het ware rijp gemaakt voor een premieverhoging. Is het een paar procent minder, dan valt het in de perceptie weer mee. Wat is op dit terrein wel en niet toegestaan? Gelden hiervoor in de zorg andere, misschien minder strenge regels dan in andere sectoren? Welke ruimte heeft een branchevereniging in de zorg eigenlijk hierin? Dan bedoel ik niet alleen de branchevereniging van de verzekeraars maar ook van de aanbieders. Wanneer is er sprake van het verschaffen van informatie over objectieve omgevingsfactoren, een economisch gegeven, en wanneer is er sprake van verkapte prijsindicaties? Wanneer heeft de minister genoeg aanleiding om onze marktmeester in te schakelen? Dit zijn voor ons belangrijke vragen, ook in het licht van het nieuwe verzekeringsstelsel.

Het tweede punt dat ik hierover wil aankaarten, is de hoogte van de verwachte premiestijging; die is fors. Als de premies dicht bij elkaar blijven en wel ieder jaar fors stijgen, ondanks overheidsbeleid om de premies te beperken, dan kan dat natuurlijk ook een signaal zijn dat er sprake is van onvoldoende concur-

rentie. Ik wil daarover graag een reactie van de minister.

Tot slot een vraag aan de bewindsman. Hoe hoog moeten de benodigde reserves voor de nieuwe zorgverzekeraar zijn in het kader van de nieuwe zorgverzekering die per 2006 moet ingaan? Moeten de ziekenfondsen extra geld gaan wegzetten om het reserveniveau van de particuliere verzekering te halen of komt er bij particuliere verzekeraars extra geld vrij dat dan in het licht van het voorgaande een kostenmeevaller zou betekenen?

De fameuze black box die veel zorgaanbieders nog steeds zijn, wordt door de minister opengebroken. De eerste stappen daarin zijn de afschaffing van de contracteerplicht en de invoering van de DBC's voor 10% van het ziekenhuisaanbod, waardoor over prijs en kwaliteit werkelijk kan worden onderhandeld. Ook het instrument van de benchmark wordt ingezet bij ziekenhuizen en huisartsen. De vraag is dan ook of deze benchmark voor iedereen inzichtelijk is. Kunnen wij dat op bijvoorbeeld een internetsite gewoon nakijken? Ook het feit dat de inspectie de onderzochte zorgaanbieders standaard met naam en toenaam in haar publicaties zal noemen, is een vooruitgang. De IGZ-onderzoeken krijgen zo een enorme meerwaarde, omdat de zorgprestaties voor iedereen zichtbaar worden. Dat heeft richting elkaar een positief effect. Dat daaraan behoefte bestaat, bewijzen ook de jaarlijkse ziekenhuisranglijsten van Elsevier en recent ook die van het Algemeen Dagblad. Mensen willen waar voor hun geld, dus inzicht en informatie. Het is wel van belang dat de beschikbaar komende informatie gemakkelijk toegankelijk is en op één plek verkrijgbaar, bijvoorbeeld via het VWS-portaal. Kan de minister dit toezeggen?

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Mevrouw Schippers stelde allemaal terechte vragen over die premiestijging. Ik ben blij dat zij zich ook zorgen maakt over premiestijging. De belangrijkste oorzaak van een premiestijging is overigens de nominale premie die zij wil introduceren; die brengt die pas echt omhoog. Mevrouw Schippers is met mijn fractie bezorgd over de transparantie in wat er gebeurt in een ziekenhuis. Als wij het vrijwillig

Schippers

laten gebeuren ± de ziekenhuizen moeten het vrijwillig kunnen invullen ± dan komt het niet van de grond. Dat bewijst nu ook al die NVZ-database. Wanneer is voor haar de grens bereikt dat zelfregulering niet werkt en wij moeten overgaan naar wettelijke verplichtingen en het liefst naar informatierechten voor patiënten?

Mevrouw **Schippers** (VVD): U zegt blij te zijn dat ik mij ook zorgen maak over de premieverhoging. Welnu, volgens mij zijn alle maatregelen, ook die van vorig jaar, erop gericht om de premie betaalbaar te houden.

Verder zegt u dat een nominale premie voor premiestijging zorgt. Het gaat om een particuliere verzekering en die kent al een nominale premie. Dus dat heeft hier ook niets mee te maken. Vorig jaar heb ik aangegeven dat voor mij in deze kabinetperiode vergroting van de transparantie vooropstaat. Die transparantie is ontzettend belangrijk bij marktwerking. Als je geen inzicht hebt in en geen informatie hebt over de keuzen die er zijn, kan je feitelijk ook niet kiezen. Dus het is gewoon een voorwaarde voor het systeem. Ik wil de minister eerst de ruimte geven om de vragen die hierover zijn gesteld te beantwoorden, omdat ik het wettelijk instrumentarium altijd een eindstation vind. Je moet dingen wettelijk regelen als ze zich blijkbaar in de markt niet regelen. Deze minister heeft vorig jaar allerlei zaken in gang gezet die juist gericht zijn op transparantie in de informatievoorziening. Ik wil dat nog de kans geven om het tot ontwikkeling te laten komen en er verbeteringen in aan te brengen. Ik zeg er wel bij dat wanneer dit uiteindelijk niet lukt, wij dit een zo belangrijk punt vinden, dat het wettelijk instrumentarium ook voor ons dan onvermijdelijk is.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Precies. U heeft gezegd dat het zelfs een voorwaarde is. Het is dus een voorwaarde waaraan voldaan moet zijn voordat het hele spul vrijgegeven wordt. De NVZ-database is bij mijn weten maar voor de helft gevuld. Dan is toch aan die voorwaarde niet voldaan? Of je wacht dan nog met het zetten van een aantal stappen om volledige keuzevrijheid in te voeren of je zorgt ervoor dat aan genoemde voorwaarde voldaan wordt door de

patiënten wettelijke informatie-rechten te geven.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De minister is nu een jaar bezig om de zaak open te breken, maar dat blijkt niet zo gemakkelijk te zijn. De informatievoorziening was nogal gebrekkig en er moet op heel veel terreinen hard aan getrokken worden om verbetering te krijgen. Overigens blijkt dit effect te hebben op de samenleving. Maatschappelijke groeperingen en ook de pers worden hier alert op. De discussie over volledige marktwerking is zeer troebel. De markt wordt helemaal niet vrijgegeven. Er komt een uiterst sociale verzekering. Ik krijg zelfs brieven waarin wordt gevraagd hoe de VVD met één groot ziekenfonds akkoord kan gaan. Dat is overdreven, maar de geluiden over de marktwerking die ik ook vandaag weer hoor, hebben niets met de werkelijkheid te maken. De minister is er voortvarend mee bezig. Hij zet zich daar volledig voor in. Pas als blijkt dat zijn pogingen geen succes hebben, moeten wij naar het wettelijk instrumentarium grijpen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De verschillende ranglijsten van ziekenhuizen die gepubliceerd worden in Elsevier of in het Algemeen Dagblad spreken elkaar tegen en leiden tot verwarring. Ik incasseer in die zin winst dat ook de fractie van de VVD nu zegt: als dat niet vanzelf tot stand komt, moeten wij overgaan tot een wettelijke informatieplicht.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het is al duidelijk dat dit niet spontaan van de grond komt, want dan waren de benchmarks en de internetsite "sneller beter" niet nodig. Het is overigens nog te vroeg om daar nu al resultaat van te verwachten. Daar is meer tijd voor nodig.

De heer **Nawijn** (LPF): Er wordt gesproken over een wettelijk instrumentarium ten behoeve van de kwaliteit. Er is al een goede kwaliteitsmeter, namelijk de patiënt die daadwerkelijk geholpen wordt in een ziekenhuis en tevreden is over de behandeling. Dat is in feite het enige criterium. Wij mogen ook niet vergeten dat de inspectie voor de volksgezondheid waakt over de kwaliteit van de zorg. Mijns inziens is er geen wettelijk instrumentarium

nodig om de kwaliteit te meten. Dan zijn wij weer aan het reguleren en ik neem aan dat u dat niet wilt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb ook gezegd dat de inspectie met naam en toenaam de resultaten van onderzoeken zal publiceren. Een patiënt weet natuurlijk nadat hij in het ziekenhuis heeft gelegen of de zorg goed of slecht was. Het gaat er echter om dat iemand moet kunnen kiezen waar hij geholpen wil worden. Daarvoor moeten bepaalde dingen over een ziekenhuis bekend zijn. Nu word ik verwezen naar een maatschap in een ziekenhuis waarvan ik geen idee heb of die goed of slecht bekend staat. Ik weet ook niet of in dit ziekenhuis bijvoorbeeld veel doorligwonden voorkomen; toch een kenmerk van een niet zo goede verzorging. Ik wil dergelijke dingen vooraf weten en die kunnen gemeten worden.

De heer **Nawijn** (LPF): Je kunt dit meten als de patiënt uit het ziekenhuis komt, bijvoorbeeld via exitinterviews.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De resultaten daarvan kunnen op een portal gezet worden.

De heer **Nawijn** (LPF): Prima, en dan is er geen wet nodig.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De heer Heemskerk refereerde aan informatie over wachttijden en dergelijke. De informatie daarover is heel matig op internet te vinden. Voor familieleden heb ik wel eens getracht, dergelijke informatie te verkrijgen. Ik ben geschrokken hoe beperkt en verouderd de desbetreffende sites zijn. Daar valt eigenlijk helemaal niets uit op te maken, terwijl het om gegevens gaat die eenvoudig te registreren zijn.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): U verwacht veel van de mondige patiënt die allerlei dingen op websites zoekt en vergelijkingen tussen ziekenhuizen maakt. Hoe moet het met de patiënten die niet zo mondig zijn? Ik doel dan op 91% van de ouderen die niet op internet kijken en op de 1 miljoen autochtone Nederlanders die functioneel analfabeet zijn. Wie zorgt er voor hen voor kwaliteit?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik weet

Schippers

ook wel dat er op het totaal gezien maar een paar mondige patiënten zijn. De mondige patiënt houdt echter wel het systeem scherp doordat hij gebruikmaakt van de informatie. Als de relevante gegevens goed geregistreerd worden, kunnen er ranglijsten worden gemaakt. Vervolgens wordt dan in de krant gepubliceerd welk ziekenhuis het slechtst is. Ik ben het ermee eens dat de huidige informatie over ziekenhuizen nog zo beperkt is dat er weinig uit is af te leiden. Die informatie zal echter verbeteren. Niet alleen kan de mondige patiënt een beter ziekenhuis kiezen, maar ook anderen profiteren van het verbeterde systeem dat ontstaat door informatieverstrekking.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Uw redenering gaat alleen op wanneer mondige en niet mondige patiënten van dezelfde zorgvoorzieningen gebruikmaken. In uw voorstel voor meer marktwerking zal dat steeds verder uit elkaar lopen. Rijkere mensen gaan dan naar andere instellingen dan armere mensen, die vaak ook eerder analfabeet zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Met name chronisch zieken en ouderen weten waar je goede zorg haalt. Dat kan ik ook zien aan de brieven die ik krijg. Die mensen laten zich heel goed informeren. Het geldt ook niet voor alle zorg. Als ik onder de tram loop, heb ik weinig te kiezen. Dit soort prikkels zal daarvoor niet gelden. Je gaat dan naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Vindt u het belangrijk dat mondige, vaak rijkere mensen en minder mondige, vaak armere mensen dezelfde voorzieningen bezoeken? Als rijkere mensen naar andere zorgvoorzieningen gaan, werkt uw systeem niet meer.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik begrijp absoluut niet waar u die conclusie vandaan haalt. De overheid en de instellingen stellen kwaliteitseisen. Iedere instelling die daaraan volgens de inspectie niet voldoet, wordt gesloten, krijgt een aanmaning, of moet binnen een bepaalde termijn verbeteringen aanbrengen. Alle aanbieders in Nederland die in ons systeem zitten, leveren goede kwaliteit. De verzekeraars moeten iedereen accepteren, ook oude en

zieke mensen, voor dezelfde premie als jonge en gezonde mensen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Dat is een ander punt. U zegt dat de mondige patiënt het systeem scherp houdt, ervoor zorgt dat een instelling goed reageert en dat de kwaliteit wordt aangepast. Dan is het belangrijk dat de mondige en de niet mondige patiënt naar dezelfde instelling gaan en er geen tweedeling ontstaat tussen privé-ziekenhuizen waar de mensen met veel geld naartoe gaan en andere instellingen waar mensen met een lager inkomen naartoe gaan. In dat geval houdt de mondige patiënt slechts bepaalde klinieken scherp en andere niet.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De VVD zal ervoor zorgen dat er in Nederland geen armenzorg komt. Daar zijn wij in de stelseldebatten altijd tegen geweest. Het ziekenfonds is geen armenfonds, maar een oude werknemersverzekering. Niet alleen de mondige patiënt houdt het systeem scherp, want in dit systeem is dat ook de verzekeraar die de zorg inkoop. Hij houdt in principe de prijs-kwaliteitverhouding goed in de gaten, naast de overheid die daaraan eisen stelt. Het systeem zit goed in elkaar om te voorkomen wat u vreest.

Mevrouw **Kant** (SP): U stelt de keuze van patiënten wat minder complex voor dan zij is. Natuurlijk heeft iedereen keuzevrijheid, kan iedereen naar het ziekenhuis van zijn keuze gaan en moet er inzicht zijn in de kwaliteit van het ziekenhuis. Maar, gechargeerd gesteld, het ziekenhuis waar de meeste mensen dood gaan, is waarschijnlijk het beste ziekenhuis van Nederland, want daar ga je heen als je ongeneeslijk ziek bent, omdat daar de beste specialisten zitten, die je misschien toch nog kunnen redden. Het is heel complex om uit een aantal parameters op te maken wat wel en wat niet een goed ziekenhuis is.

U doelde met uw opmerking dat de geluiden van vandaag overdreven zijn, waarschijnlijk op het manifest tegen de marktwerking in de zorg. Misschien wilt u die marktwerking dan wel niet. Dat zou winst zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben het helemaal met u eens dat het aantal sterfgevallen in een ziekenhuis

geen indicatie is voor de kwaliteit ervan. Ik neem aan dat in ziekenhuizen waar zeer zware ziektegevallen worden behandeld, het aantal sterfgevallen hoger is dan in een regioziekenhuis. Dat is dan ook geen goede indicator. Doorligwonden zijn dat wel.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb gezegd dat ik chargeer, maar voor doorligwonden geldt precies hetzelfde. Oudere, zwaar zieke patiënten die lang op bed liggen, gaan ook naar klinieken waar daarvoor misschien speciale, goede zorg is. U kunt dat niet één op één zeggen. Het is wel een maat, maar het is allemaal wat complexer dan u schildert.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is zeker waar, maar er worden kwaliteitseisen gesteld, ook door de beroepsgroep zelf. De inspectie controleert die eisen. Als er geen indicatoren zijn, kan de inspectie moeilijk controleren. Er zijn dus wel degelijk kwaliteitseisen op allerlei niveaus, zowel aan de basis als aan de top. Ik wil uw manifest wel langslopen om aan te geven wanneer u enorm chargeert, er sprake is van stemmingmakerij en bangmakerij en de feitelijke informatie niet klopt. Ik wil dat best doen, maar niet in mijn eigen tijd.

De **voorzitter**: Ik sta het u absoluut toe, maar ik heb enige ervaring als fractiesecretaris. Dan krijgt u enorme problemen met uw collega's, maar gaat uw gang.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Niet in mijn eigen tijd.

De **voorzitter**: Nee, dat wordt dan in de tijd van uw collega's uit de VVD-fractie.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dan moeten wij dat op een ander moment doen. Ik ben er nooit te beroerd voor om hierover in debat te gaan, heel graag.

De heer **Buijs** (CDA): Misschien mag ik een paar vragen stellen aan mevrouw Schippers over dat manifest.

De **voorzitter**: Nu even niet.

Mevrouw **Kant** (SP): Misschien wil mevrouw Schippers wel de vraag beantwoorden die ik heb gesteld. De

Schippers

VVD is toch voor de introductie van marktwerking in de zorg waar deze minister mee bezig is? Dat heb ik toch niet verkeerd begrepen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): In grote lijnen staan wij achter waar de minister mee bezig is, misschien ook in details, maar dat komt bij de wet aan de orde. Het is hard nodig dat er wat prikkels komen in het systeem, zodat prestatie en kwaliteit een belangrijke rol spelen en het uitmaakt wat je doet.

Wij verwachten van deze minister op korte termijn nog wel stappen die leiden tot beter inzicht voor de consument en de instellingen in de historie van de beroepsbeoefenaren. Bij de BIG-registratie moet worden aangetekend of er in het verleden berispingen en dergelijke zijn opgelopen in het binnenland en ook in het buitenland, als het enigszins kan. Dit register moet voor ons allemaal te raadplegen zijn. Kan de minister zeggen of en, zo ja, wanneer dit gebeurt?

De VVD-fractie is behoorlijk geschrokken van het percentage klachten dat door het Medisch Tuchtcollege niet ontvankelijk is verklaard: 80%. Dit is wel ontzettend hoog. Klopt dit getal? Als het klopt, is helder dat de consument niet weet waar hij met welke klacht heen moet. Dan is ook duidelijk dat er heel snel verbetering in moet komen. Wij vragen een reactie van de minister.

Wij hebben het net even gehad over corporate governance. Het is duidelijk dat het in eerste instantie gaat om het opzetten van een goed zelfreinigend systeem, waarin directies op prestaties worden afgerekend en slecht presteren gewoon minder salaris betekent. Wij vinden dat de minister haast moet maken met het treffen van maatregelen, waarbij wettelijk ingrijpen wederom niet het startpunt, maar het sluitpunt moet zijn. Graag een reactie van de minister.

Een ander aandachtspunt waar de VVD op blijft hameren, is de vernieuwing in de zorg. De consument krijgt meer inzicht, meer kennis en dus meer te zeggen door ICT-toepassingen in de zorg. Het aantal medische missers kan daardoor aanzienlijk dalen. Helder is dat procesinnovatie in de zorg is achtergebleven bij veel andere sectoren, terwijl ICT van grote waarde is in een sector die zo informatie-intensief is als de

gezondheidszorg. Vrijwilligheid leidt helaas vaak tot vrijblijvendheid. Bij afwezigheid van werkelijke concurrentie ontbreekt ook een impuls tot investeren. Ondanks de toegenomen aandacht mist de VVD-fractie een sense of urgency. Het is van groot belang dat er tempo in komt. Daarom vragen wij de minister wat hij ervan vindt om het leveren van informatie aan en het gebruik van het elektronisch medicatiedossier verplicht te stellen aan zorgaanbieders.

Een ander speerpunt is de terugdringing van de administratieve lastendruk en de bureaucratie in de zorg. Niet alleen de VVD, maar ook het kabinet heeft hiervan een toprioriteit gemaakt voor deze kabinetsperiode. Het is dus heel wonderlijk dat juist op het terrein van VWS, dat bijna verzuipt in de regels, de voorstellen zo beperkt zijn en wij de doelstellingen niet halen. De minister doet hierover wel een paar goede voorstellen, die veel geld opleveren, maar het gaat ons om meer dan dat. Wij willen dat ook de bureaucratie wordt geruimd waardoor mensen die gebruikmaken van de zorg en mensen die erin werken, worden gehinderd en belemmerd. Mijn collega heeft net een sprekend voorbeeld gegeven wat betreft de medische hulpmiddelen. De eisen die verschillende toezichthouders aan de aanbieders van zorg stellen voor verslaglegging, zijn een bekend ander voorbeeld. Het is te weinig en te langzaam. Wij willen de minister graag helpen en zijn daarom druk bezig met het opstellen van een zwartboek, dat wij eind dit jaar aan de minister zullen aanbieden.

Er is opvallend veel aandacht voor gedragsverandering in de begroting. Merkwaardig is de rol die deze liberale minister aan de rijksoverheid toekent. De Staat geeft de normen aan waaraan de burgers worden geacht te voldoen. Zij mogen niet roken, moeten gezond eten, matig drinken, veilig vrijen en veel bewegen. In hoeverre mag een mens nog zondig zijn? Waar ligt de grens van de overheidsbemoeienis? Krijgen wij straks ook nog te maken met boetes op ongezond gedrag? Gaan wij dat ook controleren? Dat is een beklemmende samenleving, waar mijn fractie niets van moet hebben.

Bovenop de miljoenen die Stivoral ontvangt voor vage antirookreclames en het sponsoren van de rally Parijs-Dakar, is er weer extra

geld uitgetrokken ter ondersteuning van het ingezette tabaksbeleid, in de vorm van een projectsubsidie van bijna 4,5 ton. In de huidige context vinden wij dat er daarvoor betere bestemmingen zijn. Deze subsidie is ons bekend omdat die met name wordt genoemd in de stukken. Er is voor de Kamer echter geen inzicht in de projectsubsidies die aan dit soort en andere organisaties wordt toegekend. Graag ontvangen wij van de minister jaarlijks bij de begrotingsstukken een overzicht van alle instellings- en projectsubsidies. Dit keer zou ik deze informatie graag voor de tweede termijn krijgen. Kan de minister dit toezeggen?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw Schippers vroeg zich af of een mens nog zondig mag zijn. Nee, dus; dat mag een mens niet. Raakt datgene wat zij daarop liet volgen, niet de kern van welk preventiebeleid dan ook? Daar heb ik de VVD-fractie toch wel eens anders over horen praten.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ga nu aangeven wat wij daaronder verstaan. Misschien is dat handig. Als uw vraag dan niet beantwoord is, kom ik daar graag op terug.

De VVD-fractie deelt met dit kabinet de zorgen over een aantal ontwikkelingen, bijvoorbeeld het toenemend overgewicht bij kinderen en de grote gevolgen daarvan voor de gezondheid in latere jaren. Naar de mening van de VVD-fractie ligt de verantwoordelijkheid echter primair bij de mensen zelf. De overheid is wel verantwoordelijk voor de informatievoorziening, het creëren van de juiste randvoorwaarden en het scheppen van stimulerende kaders. Wij willen positief beleid. Daar laat de overheid het de laatste tien jaar juist liggen. Denk aan het rodecontourenbeleid, waardoor het groen binnen de bebouwde kom volledig werd en wordt volgebouwd en waardoor er geen trapveldjes meer zijn waar kinderen voor het slapen gaan nog even een potje voetbal kunnen spelen. Denk aan het afnemend aantal uren gymles op scholen en het onveilig zijn van fietsroutes van en naar scholen, waardoor kinderen met de auto worden gebracht. Integraal overheidsbeleid is nodig, geen betutteling of paternalisme. Het is belangrijk dat naast de verschillende departementen en overheden ook



De heer Van der Vlies (SGP)

© M. Sablerolle ± Gouda

maatschappelijke groeperingen en scholen zich hierbij aansluiten en dat er gezamenlijk wordt gewerkt aan betere randvoorwaarden. Wij willen consistent, maar ook positief beleid. Is de minister bereid om op dit punt coördinerend op te treden en om de Kamer samen met de betrokkenen één integraal actieplan als katalysator aan te bieden? Hij is immers de coördinerend bewindspersoon.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik ben het er natuurlijk mee eens dat er stimulerende maatregelen moeten worden getroffen. Die zijn positief en komen beter over dan elke ontmoedigingsmaatregel, maar in het preventiebeleid heb je wel die twee kanten: het ene raad je aan en stimuleer je en het ander raad je af en ontmoedig je. Dat was de kern van mijn interruptie, toen u het had over tabak. U had nog een rijtje voorbeelden; ik heb ze nu niet meer helemaal paraat. Als wij het hebben over preventiebeleid, hebben wij altijd naar die twee kanten gekeken. Ik hoor u over de ene kant; daarin val ik u bij, maar ik hoor u niet over de andere kant. Hebt u die intussen verlaten?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het gaat mij om de tendens die ik constateer bij dit kabinet en die ik hier wil aankaarten. Die tendens is dat er steeds meer een overheidsnorm lijkt

te komen voor hoe een mens moet leven. Daar verzet ik mij als liberaal tegen. Dat is niet erg als de overheid zegt: "Wij zouden graag willen dat u zo leeft." Roken vind ik bijvoorbeeld iets anders dan ongezond eten, want als je rookt, ben je ook een ander tot overlast. Daardoor is mijn vrijheid iets meer beperkt dan bijvoorbeeld als ik heel veel houd van slecht eten. Het gaat mij om de tendens. Ik verzet mij daartegen, zeker als die tendens op een gegeven moment gaat uitmonden in steeds sterkere prikkels. Ik wil nu constateren dat wij dat niet willen. Als die prikkels bijvoorbeeld zouden betekenen dat je dat in de premiebetaling terug gaat zien en dat men bijvoorbeeld meer premie moet betalen als men rookt, zeg ik: dat moet dus ook nog eens gecontroleerd worden. Wie gaat dat dan controleren en wat betekent dat dan voor slechte voeding? Is roken zoveel slechter dan ontzettend veel overgewicht? Het is dus ook nog eens subjectief. Wat betekent dat als wij nog eens doordenken over de ontwikkelingen die er steeds meer komen? Er komt immers steeds meer voorspellende geneeskunde. Eindigen wij straks in een samenleving waarin wordt gezegd: "Wij hebben onderzoek gedaan en als u veel hamburgers eet, hebt u 98% kans dat u op uw veertigste een hartinfarct krijgt; als u dat gedrag vertoont, moet u dus meer premie

betalen"? Ik zeg maar wat. Ik signaleer een tendens. Ik signaleer hierbij ook felheid bij de minister. Ik krijg daar de kriebels van. Dat markeer ik namens mijn fractie.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik krijg er de kriebels van als ik iemand levensgevaarlijk verdrag zie vertonen of aanhangen en wij onze mond houden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij moeten niet onze mond houden. Wij moeten die persoon informatie geven waardoor hij weet dat zijn gedrag heel erg onverantwoord is. Uiteindelijk is het echter zijn beslissing om dat gedrag te vertonen. Ik vind niet dat de overheid gedrag kan voorschrijven. Als liberaal vind ik dat niet aanvaardbaar.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik ben het met mevrouw Schippers eens. De overheid moet dat niet voorschrijven. De heer Buijs spreekt over geregleerde marktwerking. Is een liberaal zoals mevrouw Schippers voor geregleerde marktwerking of voor vrije marktwerking? Ik ben voor vrije marktwerking.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit is heel pijnlijk. Straks denkt men nog dat ik een sociaal-liberaal ben. Ik ben echter niet voor vrije marktwerking in de gezondheidszorg. Dat levert immers een situatie op van onverzekerbare mensen. Het gaat dan om mensen die niet in staat zijn om zich te verzekeren omdat zij te ziek of te oud zijn. Zij vormen voor de verzekeraar een te hoog risico om tegen een betaalbare premie in het bestand op te nemen. De premie wordt daardoor zo hoog dat deze personen zich niet kunnen verzekeren. De samenleving heeft echter de dure plicht om iedereen toegang te geven tot onze gezondheidszorg. Dus grijp je in de markt in. Wie vindt dat iedereen in Nederland zich moet kunnen verzekeren tegen een redelijke premie, moet tegen zorgverzekeraars zeggen dat zij sommige personen moet accepteren voor een premie die niet het risicoprofiel afdekt. De verzekeraar moet dus verlies maken. Hij kan immers voor een dergelijke premie nooit de kosten dekken. Dus moet de overheid met een vereveningsstelsel komen. Zo raken wij wel degelijk in regulering.

Schippers

De heer **Nawijn** (LPF): Het regelen van solidariteit met een acceptatieplicht zie ik niet als gereguleerde marktwerking. Er zijn zo veel regels in de gezondheidszorg. Mevrouw Van Miltenburg heeft zes regels genoemd die waarschijnlijk in een wet zouden kunnen worden opgenomen. Dat kan toch teruggedrongen worden?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Daarmee ben ik het helemaal eens. Laten wij daaraan werken. De gezondheidszorg is te gecompliceerd voor een vrije markt.

De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking zal steeds meer afhangen van vaccins. Zo rukken verschillende infectieziekten op, zoals hepatitis, malaria en zelfs resistente TBC. Ook wordt veel verwacht van vaccins die virussen bestrijden die een sterk verhoogd risico op kanker geven. Als nieuwe prioriteit moeten wij daarbij denken aan activiteiten in het kader van het bioterrorisme. Dit is een ongelofelijk belangrijk terrein. Wij hebben het Nederlands Vaccin Instituut, dat onderzoek doet naar vaccins, vaccins ontwikkelt, produceert en inkoop. Vorige week is een motie aangenomen die oproept om door middel van samenwerking met marktpartijen de onderzoeks- en ontwikkelingspoot van het NVI te versterken. Dit voorstel heb ik ook gedaan aan de minister in het algemeen overleg over het vaccinatiebeleid voor de zomer. Dit voorstel is mij uit het hart gegrepen. Ik denk daarbij aan voorbeelden zoals het Agrofood cluster in Wageningen en het cluster waarvan Philips en TU Eindhoven deel uitmaken. Deze voorstellen passen geheel in het innovatiebeleid van dit kabinet dat de kennis-economie moet versterken. Ik vraag de minister van VWS om een reactie.

Ik vraag dat ook op het tweede deel van mijn voorstel in het algemeen overleg voor de zomer, namelijk samenwerking met een of meerdere marktpartijen op het productiedeel. De productie van vaccins door het NVI is vooral om de zekerheid te hebben dat er in Nederland voldoende productiecapaciteit is om vaccins te produceren. Het NVI produceert tot op heden oude vaccins. Het is dus de vraag of de productiecapaciteit geschikt is voor nieuwere vaccins. De staat ontfermt zich hierover, omdat er terecht angst bestaat voor schaarste

op de wereldmarkt ten tijde van een uitbraak van een infectieziekte. Dat betekent dat het NVI een enorme overcapaciteit moet hebben om in tijden van crisis de Nederlandse bevolking van voldoende vaccins te voorzien. De schatting is dat de bezettingsgraad niet ver boven de 10% ligt. Kan de minister dit bevestigen? Een productiecapaciteit die niet voor meer dan 80% wordt gebruikt, is economisch inefficiënt. Het lijkt ons dat er met bedrijven in de Benelux interessante PPS-constructies mogelijk zijn. Wij zien graag dat deze minister de voorstellen uitwerkt en er een financiële uitwerking bij levert.

In een wereld waarin SARS echt niet de laatste infectieziekte is die veel slachtoffers eist, is het noodzakelijk dat Nederland zijn zaken goed op orde heeft. De voorstellen voor het NVI moeten ook in dit licht worden gezien. Wij moeten veel meer innoveren door alle krachten en financiën te bundelen, niet inkopen en importeren, maar verkopen en exporteren.

Dan zal ik in het kader van preventie het functioneren van de traumacentra en de traumahelikopters wederom aan de orde stellen. In de praktijk worden mensen en middelen slecht ingezet en benut. In gewoon Nederlands: er staat een dure helikopter op het dak die onvoldoende wordt ingezet, omdat er tussen zeven uur 's avonds en zeven uur 's ochtends niet wordt gevlogen. Dit gaat ten koste van de patiënt en demotiveert de staf. De minister heeft toegezegd hiernaar te kijken. Hoe gaat de minister de aansturing van de traumacentra verbeteren? Hoeveel kost het om helikopters 24 uur paraat te hebben en wat is het standpunt van het kabinet hierover?

Het kabinet schrijft dat de positie van de apotheekhoudende huisarts ongewijzigd blijft. De VVD ziet dat anders. Mijn voorgangers, mevrouw Van Blerck-Woerdman en de heer Wilders, hebben zich met een initiatiefwetsvoorstel ingespannen om de positie van de apotheekhoudende huisarts te verbeteren. De Wet op de geneesmiddelen wordt binnenkort in deze Kamer behandeld. In plaats van verdere voortgang van de initiatiefwet heeft de VVD in overleg met de andere ondertekenaars besloten tot het indienen van een amendement op de WOG om de positie van de apotheekhoudend

huisarts te versterken. Dit amendement heb ik nog niet besproken en ingediend, omdat het departement nog met een nota van wijziging moest komen. Die is inmiddels binnen, tussen de overigens absurde hoeveelheid brieven die wij weer op de valreep voor het debat ontvingen. De VVD zal zich in ieder geval hard blijven maken voor de verbetering van de positie van de apotheekhoudend huisarts en met een gezamenlijk amendement van de ondertekenaars komen.

Het feit dat er zoveel plannen voor de eerstelijnszorg uit verschillende hoeken van deze Kamer komen, is niet verwonderlijk. Iedereen ziet de problemen groter worden. Het besef dat er snel iets moet gebeuren, wordt breed gedeeld in de Kamer. Ik geef de minister nog een paar voor de VVD-fractie belangrijke noties mee. De eerste is dat het in ieders belang is als de huisarts versterkt wordt door ondersteuning van verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen nemen taken over van de huisartsen en werken onder hun bevoegdheid. Om dit te stimuleren moet de financiering zo worden ingericht dat de huisarts wordt aangemoedigd om de oplossing van zijn werkdruk gedeeltelijk hierin te vinden. Dat is niet zo moeilijk. De tweede oplossingsrichting is de "nurse partitioners" die wij momenteel aan het opleiden zijn. Deze mensen zijn zo hoog opgeleid dat er feitelijk sprake is van halve dokters. Zij moeten van ons bevoegdheden krijgen die nu nog expliciet bij de huisarts liggen, zodat zij zelfstandig onder eigen verantwoordelijkheid taken van de huisarts kunnen overnemen. De huisarts krijgt zo weer meer lucht en ruimte, misschien wel zoveel dat hij weer taken uit de tweede lijn kan overnemen. In gemeenten zijn inmiddels al veel gezondheidscentra functioneel. Deze trend zal zich in onze ogen voortzetten. Daar komt de eerste lijn bijeen. Daar kan de patiënt eenvoudig zijn weg vinden. Daar kan men snel overleggen, samenwerken en elkaar versterken. De vraag aan de minister is of hij de urgentie deelt die heel duidelijk wordt gevoeld in de Kamer. Trekt hij daaruit ook consequenties en, zo ja, in welke vorm en op welke termijn?

Wij maken ons zorgen over het aanbod van zorg en wij vinden dat mensen echt langer moeten doorwerken. Kan de minister

Schippers

aangeven waarom wij het nog steeds accepteren dat beroepsbeoefenaren boven de 65 in Nederland in de praktijk zijn uitgerangeerd? Zij worden immers niet meer gecontracteerd door de verzekeraars.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De zorg is geen markt, staat boven het manifest dat vandaag gepresenteerd is. Het zijn ook woorden die ik vaak gesproken heb hier in de Kamer. Eigenlijk uit ik al jarenlang mijn kritiek op de route die dit kabinet kiest van marktwerking in de zorg. Zodra ik mijn voeten buiten dit gebouw zette en sprak met mensen uit de zorg ± met directies van ziekenhuizen, met werkers op de vloer en met medische wetenschappers ± viel mij op dat niemand de route van marktwerking in de zorg onderschrijft. Daarom heb ik het initiatief genomen om deze mensen zich te laten uitspreken in het manifest dat vandaag is gepresenteerd. Het is gestart met veertig ondertekenaars en zonder enige werving, anders dan dat het in het nieuws kwam, is dat aantal vertienvoudigd tot vierhonderd. Ik voorspel u dat als wij er echt mee de boer op gaan, vele mensen in zorg deze route zullen gaan afwijzen. Ik hoop dat de minister daarnaar luistert. Het zal niet de eerste keer zijn dat mensen die het kunnen weten omdat zij in de praktijk werken of omdat zij deskundig zijn op het terrein, die dus weten wat de gevolgen zijn van dit soort maatregelen, de noodklok luiden en dat dit kabinet vervolgens niet luistert. Wij hebben dat bij de VUT/prepensioen en bij de no claim gezien. Laat dat in dit geval anders zijn. Ik heb het manifest bij mij. De minister heeft het al. Ik hoop dat het aan de handelingen kan worden toegevoegd.

De artsen, deskundigen en wetenschappers die het manifest hebben ondertekend, wijzen op de negatieve effecten. Er zal minder samenwerking zijn. Concurrentie en samenwerking gaan immers niet samen. De zorg wordt duurder en de kwaliteit komt onder de druk te staan. Marktwerking zal ook leiden tot meer bureaucratie. Er is te weinig oog voor de lange termijn en er zal aantasting zijn van de solidariteit in de zorg. Ik hoop dat de minister in

zijn reactie op de analyse van deze mensen wil ingaan.

De heer **Nawijn** (LPF): U doet nu alsof de hele medische wereld achter uw manifest staat. Ik kan u verzekeren dat dit absoluut niet het geval is. In het manifest staat dat marktwerking leidt tot minder samenwerking, duurdere zorg en een lagere kwaliteit. Ik heb u de laatste jaren in de Kamer alleen maar horen klagen over het huidige systeem dat al twintig jaar bestaat. Al de argumenten die in het manifest worden genoemd, zijn ook bezwaren tegen het huidige systeem. Het zijn geen nieuwe argumenten. Geef eens een ander systeem de kans.

Mevrouw **Kant** (SP): Vrijwel geen van de mensen met wie ik spreek in de zorg ± dat zijn allerlei willekeurige mensen ± is voorstander van marktwerking in de zorg. Ik kom vooral tegenstanders tegen die wijzen op de risico's van die route. Komt u rustig met een manifest dat is ondertekend door honderden mensen die ervoor zijn. Ik ben heel benieuwd of u dat voor elkaar krijgt.

Ik geloof niet dat ik of de mensen die het manifest hebben ondertekend, zeggen dat er niets moet veranderen in de zorg. Ik zeg niet dat er geen dingen anders moeten. Door de route die nu is gekozen, zullen de problemen echter niet worden opgelost. Die zal andere, nieuwe problemen oproepen en een aantal dingen versterken. De zorg zal onnodig duurder worden omdat marktwerking in zichzelf de zorg duurder maakt. Wij hebben nu bureaucratie die is veroorzaakt door de overheid. Die bureaucratie moet worden verminderd. U weet dat ik hier een jaar geleden over dit onderwerp een rapport heb gepresenteerd. De voorstellen die ik daarin heb gedaan, kunnen 1 mld opleveren.

Ik heb plannen genoeg voor veranderingen in de zorg. Dit kabinet gaat echter de huidige bureaucratie inleveren voor markt-bureaucratie. Daar schieten wij niets mee op, want die markt-bureaucratie is waarschijnlijk nog erger. Onderzoek wijst dat uit. Er zijn vergelijkingen gemaakt. Als marktwerking wordt geïntroduceerd, wordt er ook meer bureaucratie geïntroduceerd omdat men van alles wil gaan controleren. Er zijn genoeg andere oplossingen die wel

tot betere zorg leiden. Marktwerking leidt niet tot betere zorg.

De heer **Nawijn** (LPF): U hebt vorig jaar inderdaad een heel goed rapport gepresenteerd over de bureaucratie in de zorg. Hoe dacht u dat die bureaucratie in de zorg is ontstaan? Die is ontstaan door het systeem dat wij al twintig jaar hebben, door de van bovenaf geleide gezondheidszorg. Wij moeten ervan af. Daar zijn wij het allebei over eens. Dan moet dus de kans worden gegeven aan een ander systeem waarin men toekan met minder bureaucratie.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik neem aan dat u het boekje hebt gelezen.

De heer **Nawijn** (LPF): Helemaal.

Mevrouw **Kant** (SP): Er staan allerlei voorstellen in voor manieren waarop het huidige stelsel en de zorg kunnen worden veranderd zonder introductie van de markt en waarmee de bureaucratie kan worden opgelost. In datzelfde boekje staat ook dat juist de markt leidt tot meer bureaucratie. Ik noem een voorbeeld. Voor de marktwerking in de ziekenhuizen met de DBC's, een vreselijk woord, moeten ziekenhuizen onderhandelaars aanstellen. Het gaat om ongeveer vier personen per ziekenhuis die over al die achthonderd DBC's met ik weet niet hoeveel zorgverzekeraars om tafel moeten gaan zitten en moeten onderhandelen. Dat is zonde van de tijd. Dat is markt-bureaucratie. Die wil ik niet. Daarnaast moeten de specialisten en de assistenten van de specialisten allerlei dingen registreren en bijhouden. Dat gaat heel veel tijd kosten. Ik wil geen markt-bureaucratie. De minister erkende vorig jaar in het debat dat dit verschijnsel gaat optreden, maar hij zei vervolgens dat het zijn probleem niet meer is als het aan de markt is. Ik kijk daar wat anders tegenaan.

Omdat de markt averechtse effecten heeft, moet er terecht weer van alles worden gereguleerd. Een aantal negatieve effecten wil je niet, maar je kunt ook niet alles voorkomen. Columnist Hilhorst verwoorde dit vorige week heel mooi in de Volkskrant. Hij schreef dat het gevolg van marktwerking in het zorgstelsel was dat je het slechtste van twee werelden krijgt, namelijk de starheid van de bureaucratie en de onrechtvaardigheid van de markt. Nog los

Kant

van de deskundigen die zich vandaag hebben geroerd, heeft ook de Raad van State zich zeer kritisch uitgelaten over de marktwerking in het zorgstelsel. Ik hoop dat de minister hierop wil reageren.

Zorgverzekeraars Nederland heeft ook gesteld dat de marktwerking die op 1 januari in de ziekenhuizen wordt geïntroduceerd de zorg duurder gaat maken. Daar heb je de zogenoemde DBC's weer waar ik het net al over had. Dat wordt een debacle, minister. Doet u dit alstublieft niet. Als u ze al wilt, voert u ze dan niet al op 1 januari in, want het wordt een ramp, een debacle. Dit is op dit moment niet uitvoerbaar. Ik wens over een paar jaar ook niet verantwoordelijk te zijn voor een nieuw parlementair onderzoek over de vraag hoe dit zo stom kon worden geregeld.

De solidariteit in de zorg wordt aangetast. Het zal niemand verbazen dat ik dat vind. Wij hebben al uitvoerig gediscussieerd over de no-claim. Tijdens het debat daarover is er iets anders gebeurd. Dat de huisartsen weer onder de no-claimregeling vallen, is ten koste gegaan van de huisartsenzorg. Het is terecht dat de huisartsen sinds dat debat boos zijn. Het is terecht dat zij bereid zijn om actie te voeren. Zij moeten hiervoor namelijk de rekening betalen, terwijl er juist dringend moet worden geïnvesteerd in de huisartsenzorg. Ik heb nog een amendement liggen om hier 20 mln extra in te investeren, zodat de 4% korting niet nodig is. De solidariteit wordt ook aangetast door de verhoging van de eigen bijdrage in de thuiszorg. Vanaf het begin van dit jaar hebben wij een aantal debatten gevoerd, maar wij hebben geen fundamenteel debat gevoerd over de vraag of de ruim 15.000 opzeggingen die daarvan het gevolg zijn, acceptabel zijn. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie heeft zelfs geconstateerd dat een meldpunt 20% opzeggingen heeft geregistreerd. Ik wil dat de staatssecretaris hierop ingaat.

De pakketverkleining van vorig jaar wordt nog geëvalueerd. Het duurt allemaal veel te lang. Er zijn al zeer veel signalen waaruit blijkt dat die negatieve gevolgen heeft. Ik neem ze even met u door. De fysiotherapie is uit het pakket gehaald. Ik krijg brieven van mensen dat zij afzien van noodzakelijke zorg. Het aantal groepen in het zittend

ziekenvervoer was te beperkt. Deze minister heeft alweer een hardheidsclausule ingevoerd, maar daarmee wordt het probleem niet opgelost. Er komt extra geld, maar ook dat vormt niet de oplossing voor het probleem. Ik wil dat de minister hierop ingaat.

Voor een deel wordt teruggedraaid wat er aan zelfzorgmiddelen uit het pakket was gehaald. Wij krijgen een aantal clusters geneesmiddelen terug. Daarin ontbreken echter de pijnstillers, terwijl die voor een grote groep mensen met dagelijkse pijn zo belangrijk zijn. Zij moeten chronisch pijnstillers gebruiken. Wil de minister hierop ingaan? Waarom kiest hij niet voor het vergoeden van chronisch gebruik van om het even welk middel? De mensen die chronisch geneesmiddelen moeten gebruiken, lijden hier het hardst door. Zij kunnen niet levenslang die geneesmiddelen betalen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mevrouw Kant somt een heleboel dingen op waarmee ik het groten-deels eens ben. Zij noemt echter ook het voorbeeld van de verhoging van de eigen bijdrage voor de thuiszorg. Ik herinner mij dat ik hierover bij de algemene politieke beschouwingen een motie heb ingediend waarmee werd beoogd om die te halveren. Als ik mij niet vergis, heeft de fractie van de SP tegen die motie gestemd. Hoe rijmt mevrouw Kant dat?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik kan mij niet precies herinneren wat de dekking was, maar ik weet wel dat ik het oneens was met die dekking. De heer Rouvoet weet vast nog wat de dekking was.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De dekking was het afschaffen van de subsidiëring van bezitters van oldtimers.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat vond ik geen goede dekking.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dan weet ik dat. Dan is dat verklaard.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Rouvoet kan ons wel voor een dilemma stellen door een oplossing aan te dragen die wij niet willen kiezen, maar in onze alternatieve begroting stellen wij voor om de eigen bijdrage niet te halveren, maar af te schaffen. De heer Rouvoet weet dus waar de fractie van de SP staat.

Zij zal niet wat voor een dekking dan ook accepteren die in om het even welke willekeurige motie aan de Kamer wordt voorgelegd. Dat is de reden waarom de fractie van de SP tegen heeft gestemd. Wij zijn het volstrekt eens met de stelling dat de eigen bijdrage niet had mogen worden verhoogd. Sterker nog: ik ben ervoor dat de eigen bijdrage wordt afgeschaft. Die is niet alleen onrechtvaardig, maar leidt ook tot meer bureaucratie.

Omdat mensen de tandarts niet kunnen betalen, komen zij met kiespijn bij de EHBO terecht. Dat lijkt mij geen gewenste ontwikkeling. Prof. Fauser heeft zich de afgelopen weken ook geroerd. Hij heeft geconstateerd dat de bezuinigingen op in vitro fertilisatie averechts werken. Er zijn echtparen die hiervoor geen € 2500 tot € 3000 kunnen opbrengen. Prof. Fauser noemt dat inkomensdiscriminatie. Voorts merkt hij op dat het gebrek aan registratie van meerling-zwangerschap naar aanleiding van in vitro fertilisatie te wensen overlaat. Hij suggereert dat dit anders moet worden geregeld, willen wij dit probleem oplossen. De minister moet mensen hun eerste behandeling niet zelf laten betalen. Misschien wil de minister hierop reageren.

Er zijn opnieuw pakketverkleiningen voorzien en ook hierbij worden voor een deel de verkeerde mensen getroffen, want voor alle behandelingen die er nu uit gehaald worden, gelden toch echt heel strenge medische indicaties. Het gaat zelfs in drie stappen tot en met een beoordeling door de medische adviseur van een zorgverzekeraar. Die behandelingen vinden dus echt niet zo maar plaats, zonder dat het nodig is.

Ook het maximeren van de consulten van diëtisten is een nieuwe maatregel en ook die vind ik niet slim, want voorkomen dat mensen verkeerd gaan eten of dat zij voeding gebruiken die niet goed is in verband met hun ziekte, lijkt mij preventie van ernstige gezondheidsproblemen. De minister wil het inschakelen van diëtisten maximeren op vier consulten; voor sommigen zal dit niet genoeg zijn.

Solidariteit betekent ook oog hebben voor wie de dupe wordt van je beleid. Het moge duidelijk zijn dat ik ook in dit opzicht ontevreden ben over dit kabinet. Zorg goed voor mensen die dat zelf niet meer

Kant

kunnen. En dan wil ik het toch weer even hebben over de ouderenzorg, over de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen. Wij hebben er onlangs nog een debat over gehad en wij komen er nog op terug, maar ik vind de hoge werkdruk in met name de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen nog steeds een schrijnend probleem. Ik zou graag zien dat het kabinet hier heel specifiek iets aan gaat doen; er is nog een motie van mij op dit punt. En het geldt eigenlijk evenzeer voor de psychiatrie en de gehandicaptenzorg.

Verleden jaar was er een bericht uit Boxtel over de ouderenzorg, nu een uit Rotterdam. Het is eigenlijk te plat voor woorden, maar er wordt in een verzorgingshuis bezuinigd op toiletpapier. Zijn wij nu zo diep gezonken? Je hebt dit land opgebouwd, je wordt als oudere afhankelijk van de zorg van anderen en dan mag je op hoge leeftijd nog voor je eigen wc-papier zorgen en er zelf voor betalen. Zijn wij nu echt helemaal gek geworden? Er is hiermee voor mij echt een grens bereikt en ik hoop dat dit ook voor de staatssecretaris geldt.

De vergrijzing moeten wij vooral zien als een uitdaging, niet als een doemscenario en als een probleem zoals het kabinet het meestal schetst om haar asociale hervormingsagenda erdoor te drukken. Het is een uitdaging om met technologie, met het inrichten van de maatschappij, met het inrichten van de wijken, met kleinschalige woonvormen waarin wij voor elkaar kunnen zorgen, van een vergrijzende samenleving iets te maken. Zo zie ik het graag en ik hoop dat dit ook voor de staatssecretaris geldt en dat zij zal aangeven hoe zij dit in gang zal zetten. Mijn fractie heeft al vaker suggesties gedaan: het opzetten van eerstelijns teams, wijkverpleegkundigen en consultatiebureaus. Maar laten wij er in ieder geval over nadenken hoe wij ouderen die thuis willen blijven wonen, daar zo goed mogelijk toe in staat kunnen stellen. De komende Wet maatschappelijke onrust ± zo blijf ik die maar gewoon noemen ± zal wat dit betreft niet veel goeds doen, zo vrees ik. Mijn belangrijkste kritiek op deze wet is dat het recht op zorg, op de vorm van zorg die naar de gemeente gaat, weer om zeep wordt geholpen. Het is een heel slimme truc om van dit recht af te

komen, maar ik vind dit niet rechtvaardig.

Bij goed zorgen voor de mensen die niet goed meer voor zichzelf kunnen zorgen, denk ik ook aan de daklozen. Zij vormen een groeiend probleem in ons land. Ik heb al een keer in het vragenuur gezegd dat wij op een aantal van honderdduizend daklozen afstevenden, als wij niet uitkijken. De schattingen lopen uiteen, maar volgens mij zijn wij al aardig op weg naar dit getal. In een opvang voor daklozen zie je gezinnen met jonge kinderen, jongeren, ook steeds jongere jongeren, ouderen, gehandicapten en zelfs mensen met een rolstoel. Je hoort het ook van mensen die daar werken. In het genoemde vragenuur heeft de staatssecretaris mij een onderzoek toegezegd naar het fenomeen dat ook steeds meer gezinnen met kinderen op straat komen te staan. Wanneer kunnen wij dit onderzoek verwachten? En wat gaat zij aan dit probleem doen? Het was immers de bedoeling van mijn vraag dat er oplossingen gezocht zouden worden, bijvoorbeeld het onmogelijk maken dat gezinnen uit hun huis gezet worden als er geen andere plek is waar zij terecht kunnen. Ik denk ook aan een verplichting voor woningcorporaties om woningen te reserveren voor mensen die geen dak boven hun hoofd hebben. Ik heb in een daklozenopvang te horen gekregen dat er mensen zijn die weer zelfstandig willen gaan wonen, die dat al kunnen, die eraan toe zijn, maar die zich niet kunnen inschrijven bij een woningbouwvereniging of die in ieder geen urgentieverklaring krijgen, terwijl zij de hoogste urgentie hebben die mogelijk is, namelijk het ontbreken van een dak boven hun hoofd. Hoe kan dit? Waarom worden hiervoor niet gewoon woningen gereserveerd?

Ik doe de volgende suggestie op dit punt. Asielzoekerscentra staan thans in ruime mate leeg en er is het idee geweest om leegstaande asielzoekerscentra in te richten voor bijvoorbeeld vrouwenopvang. Ik zou niet weten waarom je dat niet breder kunt trekken en daarbij nagaat waar er leegstaande asielzoekerscentra zijn die geschikt zijn om mensen tijdelijk op te vangen, zodat in Nederland niemand meer op straat hoeft te slapen. Ik verneem hierop graag de reactie van de staatssecretaris.

Wij hebben de Wet op de jeugdzorg en daarvan dachten wij

dat deze het recht op zorg zou regelen. Ik heb er echter al voor gewaarschuwd dat dit niet gaat gebeuren. Je kunt dat immers wel in een wet zetten, maar als het vervolgens niet afdwingbaar is, heb je geen recht op zorg. Wij hebben nog steeds wachtlijsten, zodat dit recht er inderdaad niet is. Zelfs bij het vermoeden van kindermishandeling duurt het veel te lang voordat er gekeken kan worden wat er aan de hand is. Zelfs dáár zijn wachtlijsten, terwijl iedereen toch begrijpt dat je daar niet kunt wachten.

Ten aanzien van de Bureaus Jeugdzorg heb ik tijdens de behandeling van de wet gewaarschuwd dat wij ervoor moeten oppassen dat dit geen jeugd-RIO's worden. Toch dreigt dit te gebeuren. Ik hoor niet anders uit het veld dan dat dit jeugd-RIO's worden en dat het daar om dezelfde problemen gaat: wachtlijsten voor de Bureaus Jeugdzorg; het niet kunnen ingrijpen als het wel nodig is, maar moeten wachten totdat er zorg voorhanden is en niet zelf de zorg kunnen bieden. Dat moeten wij niet hebben en ik hoop dat de staatssecretaris aangeeft dat dit anders moet.

Ook in de jeugdzorg is de bureaucratie bar en boos; daarover werd laatst nog een signaal afgegeven door de werkers in de jeugdzorg. Daar moeten wij echt iets aan doen. Er wordt nu aan een meldpunt gewerkt, maar dat duurt mij allemaal veel te lang. Ik hoop dat de staatssecretaris kan aangeven hoe zij daar op korte termijn mee aan de slag gaat.

De werkdruk van de voogden is ook een gigantisch probleem. Zij kunnen absoluut niet het aantal kinderen aan dat zij onder hun hoede hebben. Daarnaast is het nog steeds niet zo dat kinderen één vaste hulpverlener of coach hebben. Het blijft zo dat telkens verschillende hulpverleners zich met een gezin of kind bemoeien. Dat was beslist niet de bedoeling en toch is de praktijk zo weerbarstig dat dit nog steeds het geval is. Ik hoop dat de staatssecretaris kan aangeven hoe zij dit gaat oplossen.

Graag verkrijg ik een reactie van de staatssecretaris op de constatering van prof. Jo Hermans dat de Bureaus Jeugdzorg anders en beter moeten worden georganiseerd en veel sneller actie moeten kunnen ondernemen. Daar zit volgens mij de kern van het probleem: wij hebben

Kant

wel allerlei bureaus opgetuigd; op het moment dat er ergens een probleem is met een kind, moet je er van de ene dag op de andere op af kunnen. Maar dat is niet het geval, want zo is het niet georganiseerd. Prof. Hermans stelt dat bij een alarmerende melding hulpverleners direct in staat gesteld moeten worden om een gezin binnen te gaan en snel hulp te verlenen. De staatssecretaris vindt dit vast ook, maar het is niet zo. Ik ga ervan uit dat zij ervoor gaat zorgen dat dit wel het geval zal zijn.

Jeugd komt ook in de gevangenis terecht en dat vind ik op zich al heel erg, want dan is er iets mis met een kind en is er ergens in het voortraject vaak al niet de juiste hulp en zorg geboden. Ik wil graag een reactie van de staatssecretaris op de mening van prof. Doreleijers, hoogleraar jeugd- en kinderpsychiatrie, die de opsluiting van een toenemend aantal ernstig problematische jeugdigen de "verjustialisering van de jeugdzorg" noemde. Ik vrees dat hij gelijk heeft. Immers, als kinderen gedragsproblemen hebben of psychiatrisch gestoord zijn, behoren zij geholpen te worden en niet in de gevangenis terecht te komen.

Graag verkrijg ik een specifieke reactie op de capaciteitsproblemen van de multifunctionele centra. Een ander punt dat ik noem, betreft de levensbedreigende ziektes. De wachtlijsten hebben prioriteit binnen het kabinet, maar kan de minister inzicht geven in hoe het er op dat punt voorstaat? Wil hij reageren op het onderzoek van het KWF dat aangeeft dat de wachttijd voor een mammogram kan oplopen tot 65 dagen? Dat lijkt mij veel te lang. Er loopt een actie om te bereiken dat dit binnen een week moet. Ik wil graag dat de minister daarop reageert.

De heart-mate is een nieuw hulpmiddel dat mensen die een hartfalen hebben, tijdelijk een overbrugging biedt om te overleven, terwijl zij wachten op een hartdonor. Het CVZ heeft uitgesproken dat wij dit in het pakket moeten opnemen, omdat dit een goed hulpmiddel is en een goede manier om mensen nog een kans te geven. De minister heeft daar nog geen beslissing over genomen, waardoor er op dit moment mensen overlijden die daar wel mee geholpen kunnen worden. Ik wil daarom graag dat hij aangeeft wat hij op dit punt gaat doen.

Voor preventie is er altijd te weinig geld en te weinig aandacht, ook bij dit kabinet. Als het gaat om voeding, hoop ik dat de minister daar net zoveel aandacht voor heeft als voor het antirookbeleid. Misschien kan hij aangeven wat hij bijvoorbeeld wil doen aan de toename van het aantal snoep- en frisdrankautomaten in scholen. Dat is toch een ongewenste ontwikkeling, zo lijkt mij.

Wat betreft de salarissen in de zorg constateer ook ik een verschil in zienswijze tussen minister Zalm en deze minister. Volgens mij is minister Zalm er veel duidelijker over geweest. Wil de minister daarop reageren? Wil hij reageren op de vraag of dat ook zal gelden bij de zorgverzekeraars? Vallen die er dan ook onder? Bekijken wij dan ook wat er daar met de salarissen gebeurt?

Voorzitter. Ik had nog veel meer, maar ik zie aan mijn knipperlichtje dat ik moet afronden.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Koser Kaya, die haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw **Koser Kaya** (D66): Voorzitter. De begroting van VWS was voor mij, toen ik eraan begon, nieuw terrein. Ik heb mij als nieuwkomer door talloze instanties, afkortingen en regels moeten worstelen. Als je dat allemaal hebt gedaan, snap je nog steeds niet waarom het zo ingewikkeld moet. Dat is nog tot daaraan toe, maar de ervaring leert dat veel patiënten het ook niet snappen. Zij weten niet waar zij aan toe zijn, waar zij naartoe moeten en waarom het gaat zoals het gaat. Zij weten nog minder waarom uitgerekend de voorgenomen herziening van het stelsel van de ziektekosten daarin drastisch verandering moet brengen. Ook om deze redenen juicht D66 een stelselherziening toe, maar niet alles gaat de goede kant op. Ik wil vijf hoofdpunten hier nader uitlichten.

Ik begin met de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het kabinet heeft aangekondigd belangrijke voorzieningen uit de AWBZ te willen overhevelen naar de gemeente, waar deze samen met de welzijnsvoorzieningen, met de WVG en met het lokaal jeugdbeleid worden ondergebracht in de WMO. D66 heeft grote aarzelingen bij deze voornemens. Natuurlijk is er nu vaak gebrek aan

samenhang tussen verschillende voorzieningen, maar overheveling naar de gemeente is geen garantie voor een betere samenhang terwijl er wel grote risico's mee worden gelopen. Immers, verzekerde aanspraken veranderen in mogelijke aanspraken bij de gemeente, maar het is afhankelijk van de gemeente waarin je woont, hoe goed of hoe slecht die gemeente het voor elkaar heeft, of je inderdaad binnen een redelijke termijn verzekerd bent van zorg. De ervaringen met de overheveling van de WVG tien jaar geleden doen ons niet direct verlangen naar meer. Natuurlijk, een aantal gemeenten deed het goed en legde er zelfs geld bij. Andere hielden over aan het overgehevelde geld en de noodkreten van gehandicapten en ouderen over het niet toegankelijk zijn van de voorzieningen uit de WVG waren niet van de lucht, waarna jaren later de aanspraken weer meer centraal werden geformuleerd.

Of het nu gaat om het jeugdbeleid, om de RIO's of om andere elementen van gemeentelijke zorg, er zijn geweldig grote verschillen. In de ene gemeente loopt het soepel en zonder problemen, elders is sprake van een eindeloze bureaucratie, van een kleilaag van loketten, bureaucraten en papieren. Het gaat, althans behoort te gaan om de patiënt, de gehandicapten en de ouderen in onze samenleving. Dus willen wij de voorgenomen WMO niet. Dat er wordt geëxperimenteerd met het op lokaal niveau beter aansluiten van voorzieningen uit de AWBZ op het aanbod in gemeenten is akkoord, evenals een overheveling van huishoudelijke hulp als iets waarmee op gemeentelijk niveau een betere aansluiting kan worden gevonden met andere vormen van ondersteuning. Maar verder moet het wat ons betreft in deze kabinetsperiode niet gaan.

Mijn tweede hoofdpunt is de levensduur van hulpmiddelen. Daar heb ik mij erg over verbaasd. Het is toch onbegrijpelijk dat hulpmiddelen zoals rolstoelen, verplaatsingsmiddelen, al na relatief korte tijd economisch worden afgeschreven. Het is zowel verspilling als ondoelmatig. Ook gaat de ene gemeente of instantie hier anders mee om dan de andere. Er zou een algemene lijst met criteria moeten komen waarbij helder wordt wat beschikbaar is, waar men recht op heeft en voor hoe

Koşer Kaya

lang de voorzieningen in gebruik kunnen zijn. Periodieke technische keuring van hulpmiddelen kan dan in de plaats komen van het klakkeloos bepalen van de economische levensduur. Ook verdient het aanbeveling om meer dan tot nu toe met individuele budgetten en maximering te werken, zoals sommige gemeenten al doen. Gebruikers worden dan geprikkeld om het budget zo doelmatig mogelijk te besteden. Hierdoor kan ook hergebruik van nog bruikbare middelen worden bevorderd. Er kan zelfs een markt ontstaan van gebruikte middelen. Mensen kunnen de prijzen van hulpmiddelen bij verschillende leveranciers vergelijken en pas dan tot aankoop overgaan. Een gereedschapskist bij de Kijkshop is misschien wel goedkoper dan bij de Gamma. Waarom zou dat met een rolstoel niet kunnen? Nu zijn uitsluitend de belangen van leveranciers gebaat bij economische afschrijvingen binnen relatief korte termijn. Ook ik vind dat het in de zorg om de belangen van de patiënt hoort te draaien.

Ik kom op de particuliere ziekenhuizen. De privé-kliniek is in opmars. Menig patiënt is er blij mee en artsen willen er graag werken, maar kritiek is er ook. De klinieken zouden alleen de lucratieve krenten uit de pap halen. Ze zouden in de verleiding kunnen komen om vooral winstgevende zorg zoals staar-, heup- en knieoperaties aan te bieden en dure patiënten door te schuiven naar gewone ziekenhuizen. Ik vind het een overheidstaak om erop toe te zien dat zorgverzekeraars in de contracten afdwingen dat zulke ziekenhuizen ook noodzakelijke minder rendabele taken op zich nemen.

Hoe veilig is een privé-kliniek eigenlijk? Mijn fractie heeft te veel signalen gekregen dat private ziekenhuizen bijvoorbeeld bij complicaties bij operaties een patiënt doorverwijzen naar een collectief betaald ziekenhuis. Op die manier drukken de privé-klinieken hun kosten. Dat is natuurlijk niet de bedoeling. Als wij willen dat private zorg een positieve bijdrage levert aan de gezondheidszorg in Nederland, dan vraagt dat om een adequaat stelsel van regels en bijvoorbeeld een keurmerk dat patiënten helpt een instelling te beoordelen. Dit wordt helemaal belangrijk als de voorspelling van het

Sociaal en Cultureel Planbureau uitkomt dat de privé-zorg een groot deel van de toekomstige groei van de AWBZ-vraag gaat opvangen. Volgens het SCP zal het gebruik van particuliere zorg heel fors stijgen, van ruim 550.000 in 2000 tot ruim een miljoen in 2020. Die stijging van 77% vraagt om een keurmerk. Hoe kijkt de minister daartegen aan?

Waar ik mij ook grote zorgen over maak, is de jeugd. Onlangs werd mijn fractie benaderd door de vader van het meisje Romy. Romy heeft een hersentrauma waardoor haar sociale vaardigheden zijn verdwenen, haar persoonlijkheidsstructuur is veranderd en haar emoties zonder rem naar buiten komen. Romy is moeilijk te handhaven en heeft gespecialiseerde zorg nodig. Die zorg bestaat in Nederland, maar vanwege de wachtlijsten is Romy voorlopig in een jeugdgevangenis geplaatst. Daar wordt zij gestraft voor gedrag dat behandeld zou moeten worden. Wat voor effect heeft dat op een kind? Wat zijn de gevolgen voor nog 800 andere jongeren die bij gebrek aan beter in de gevangenis zijn geplaatst? Als er in de jeugdgevangenis al wordt behandeld, duurt het door alle verkokering maanden voordat er een behandelprogramma ligt. Een psychiater is eens in de drie weken voor twee uur beschikbaar. Waarom wordt niet direct begonnen met besloten plaatsing van jeugdigen in de reguliere jeugdzorg in plaats van in gevangenis? Hoeveel geld is precies beschikbaar voor crisisplaatsingen? Op welke begroting is dat geld te vinden?

Het kabinet zou 100 mln investeren in de jeugdzorg. Hoe is het mogelijk dat er toch 57 mln op de jeugdgevangenis wordt bezuinigd? Hier wordt een grens overschreden. Kan de staatssecretaris uitleggen hoe het precies zit? Ik vind het van groot belang dat de jeugdzorg in Nederland ontdaan wordt van de verstikkende bureaucratie deken. De Operatie Jong is in het leven geroepen om alles rondom de jeugd in kaart te brengen en oplossingen te bedenken voor de stelselmatige verkokering. Dat steunen wij van harte. Graag zou ik horen waarom het toch zo lastig is om instanties die zich met jeugd bezighouden ertoe te bewegen samen te werken. Een jongere die in problemen komt, mag rekenen op warme bureaucratische aandacht, maar echte hulp strandt vaak in het

licht van de haven, omdat het goede dossier er niet is of omdat de privacy in het geding zou zijn. De jongere heeft een schooldossier, een politiedossier, een jeugdzorgdossier en wellicht nog een hele hoop andere dossiers. In de praktijk wordt zo'n jongere van de dossierkast naar de klaagmuur geslingerd. Effectieve behandeling kan alleen als die dossiers nu eindelijk eens gekoppeld worden. Eenieder die met de te behandelen jongere te maken heeft, kan dat dossier inzien. Volgens mij doet dat helemaal niets af aan het recht op privacy. Ik wil graag een reactie hierop. Dit kan zo niet langer. Operatie Jong is heel mooi, maar ook hierbij zijn er al signalen dat het project vastloopt in bureaucratie. Mislukken kan wel maar het mag gewoon niet. Geef dit project extra veel aandacht. D66 wil een concreet actieplan, waarin aangegeven wordt wat alle betrokken ministeries, met name de ministeries van Justitie en van VWS, zowel beleidsmatig als financieel doen op het gebied van de jeugdzorg.

Ik begin nu aan mijn laatste punt, de huisartsen. Over vier jaar zitten rond 1 miljoen mensen zonder huisarts. Verwacht wordt dat er in 2012 een tekort zal zijn van 2400 huisartsen; hiervoor moet een oplossing komen. Wat D66 betreft worden de nieuwe mogelijkheden van ICT in de zorg voor de patiënt onderschat. Wij kregen een prachtig idee over een virtueel zorgcentrum binnen. Het virtueel zorgcentrum is een nieuwe zorgaanbieder, waar de normale patiënt snel en veilig professionele medische adviezen kan krijgen zonder daarvoor naar de huisarts te hoeven gaan. Het contact verloopt via breedband, internet of via de telefoon. Zo is visueel contact en livecontact met de medewerkers mogelijk. Uiteraard worden voor deze contacten verpleegkundigen en/of andere medische beroepsgroepen ingezet.

Ik moet, geloof ik, afronden. Dat klopt toch? Ik ben bijna klaar.

De **voorzitter**: Als u er zo op reageert, laat ik u nog even doorgaan.

Mevrouw **Koşer-Kaya** (D66): D66 pleit voor een vergroting van de toegankelijkheid van de zorg door voorzieningen te creëren, waar patiënten 24 uur per dag, 7 dagen in de week telefonisch terecht kunnen

Koşer Kaya

voor een eerste screening en een eventueel advies. Uit vooronderzoek blijkt dat een groot aantal patiënten zegt door gebruik te maken van het internet, niet vaak naar de dokter te hoeven. Donderdagochtend 21 oktober jongstleden zei de voorzitter van de Landelijke Huisartsenvereniging, de heer Vos, op Radio 1 echter, dat het huidige tekort aan huisartsen over een aantal jaren wel weer zou zijn omgebogen naar een overschot omdat conjuncturele bewegingen nu eenmaal dergelijke patronen volgen. Verbazingwekkend lijkt mij, want ons bereiken andere signalen. Kan de minister hierover helderheid verschaffen en wil hij dan tegelijkertijd ingaan op de opleidingscapaciteit? Is die toereikend voor de toekomst?

Ik heb mijn maidenspeech gehouden. Op school heb ik altijd geleerd dat als je iets niet weet, je het moet opzoeken. Nou, dat heb ik geweten bij het doorspitten van deze begroting. Ik kan u verklappen dat de dikke Van Dale minder dan één pagina besteedt aan woorden die met zorg beginnen. Het begint met zorg en het eindigt met zorgzaamheid. Maar woorden zoals zorgverlener, zorgorgaan, zorgindicatie en zorgbemiddelaar komen er niet in voor. De wereld van de gezondheidszorg blijft dus voor veel mensen abracadabra. Ondoorgrondelijk, ondoorzichtig en bureaucratisch. Dat draagt niet bij aan vertrouwen. Dit is frustrerend en in tegenspraak met de missie van dit kabinet. Ik hoop dat beide bewindslieden de missie van hun eigen kabinet serieus nemen. Wat dat betreft zie ik nu al uit naar de begroting van volgend jaar.

De voorzitter: Ik feliciteer u hartelijk met uw maidenspeech, vooral met de manier waarop en met \pm ik mag dat als voorzitter eigenlijk niet zeggen, maar doe het toch \pm de inhoud ervan. Het is overigens de goede zorg van de voorzitter die ervoor zorgt dat u niet echt de totale begrotingspreektijd van uw gehele fractie voor de rest van het jaar opmaakt.

De vergadering wordt van 22.25 uur tot 22.35 uur geschorst.

□

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Voorzitter. Wat is het verschil tussen

zorg en criminaliteit? Dat is simpel: criminelen verzieken en zorgverleners maken beter. Criminelen doen anderen lijden en patiënten lijden zelf. Het is dus een idiote vergelijking, want wat hebben zorg en criminaliteit nu eigenlijk helemaal gemeen? Toch blijkt dit veel te zijn, als je naar het kabinetsbeleid kijkt. Als je Hoogervorst en Ross over de zorg hoort, lijkt het wel alsof zij over criminaliteit spreken. De zorg lijkt wel bevolkt met criminele etterbakjes die nodig streng moeten worden aangepakt. Ziekte lijken zij te zien als een vorm van criminaliteit waarvoor mensen gestraft moeten worden. Patiënten en zorgverleners krijgen de schuld van de kostenstijging. Zieken straffen en gezonden belonen, is de kern van de beoogde no-claimregeling. Dat is niet de enige straf voor ziekte. Voor velen is de thuiszorg niet meer te betalen. Veel gehandicapten krijgen geen vervoer meer naar het ziekenhuis en kunnen door de beperking van het kilometerbudget nauwelijks meer reizen. Het gevolg hiervan is meer sociale uitsluiting en dus meer ziekte. Ziekte en sociale uitsluiting hangen sterk samen, zoals het SCP onlangs heeft aangetoond. Vindt de minister ook niet dat hij juist meer moet doen om ervoor te zorgen dat zieken niet nog armer worden en armen niet ook nog ziek?

De aanhoudende inkomensdaling van chronisch zieken en gehandicapten staat haaks op die gedachte. Die daling is dan ook onaanvaardbaar voor GroenLinks. In 2003 was die gemiddeld 3% en dit jaar gaan vooral alleenstaande chronisch zieken er erg op achteruit, namelijk 3,2%. Met het nieuwe stelsel in 2006 gaat de premie enorm omhoog en dat treft ook weer vooral chronisch zieken. Rijke ouderen gaan er zo'n 7% op vooruit in het nieuwe stelsel, terwijl alleenstaande ouderen met een minimuminkomen er 1% op achteruitgaan.

Vroeger zag men ziekte als een straf van God. Nu straft de minister. De fractie van GroenLinks is principieel tegen dit soort "blaming the victim". Wij hebben ook een aantal alternatieven, zoals een inkomensafhankelijke in plaats van een nominale premie. Daarnaast willen wij gehandicapten en chronisch zieken uitzonderen van de no-claimstrafmaatregelen. Wij vragen om mensen met een gehandicaptenparkeerkaart niet langer uit te sluiten

van Valys. Ook vragen wij om de beperkingen in de hardheidsclausule voor het zittend ziekenvervoer af te keuren. Dit is namelijk iets dat verzekeraars hebben geregeld. De regering moet ervoor zorgen dat er een echte, goede hardheidsclausule op dit punt komt.

Het zijn niet alleen patiënten die van dit kabinet straf krijgen. De hele zorg krijgt ervan langs. Wie de moed heeft om in naam van de patiënt protest aan te tekenen tegen het beleid krijgt geen begrip, geen dialoog, geen luisterend oor, maar straf. De huisartsen die zich omwille van de patiënten hebben verzet tegen de no claim in de huisartsenzorg krijgen van de minister een strafkorting van 70 mln; hartelijk dank.

De bewindslieden hebben het soms ook letterlijk over straffen als oplossing om de zorg te verbeteren. Verpleeghuizen moeten nodig een flinke schop krijgen, riep de staatssecretaris onlangs. Het onderzoek van de inspectie toonde duidelijk aan dat in veel verpleeghuizen domweg geen goede zorg geleverd kan worden, omdat men altijd wel een steek moet laten vallen. Wie dat durft te beweren, krijgt geen begrip of steun, maar straf. Het doet erg denken aan Oliver Twist; de jongen in het negentiende eeuwse weeshuis die honger had en de euvele moed had om te vragen om een beetje meer. Hij kreeg niet meer, maar hij kreeg straf. Uiteindelijk komt de schop die staatssecretaris Ross de verpleeghuizen heeft gegeven natuurlijk bij de patiënten terecht. Wat bovenin een organisatie gebeurt, sijpelt altijd door naar beneden, dat weet iedere organisatiesocioloog. Bij patiënten komt die schop hard aan, want nu al heeft 70% van de verpleeghuisbewoners veel last van pijn. GroenLinks heeft daarom voorgesteld om de staatssecretaris en alle directeurs van verpleeghuizen een week op de werkvloer te laten meewerken. Dan zien zij hoe eventuele schoppen daar aankomen. Gelukkig heeft de staatssecretaris toegezegd dat te zullen doen. Daarvoor onze complimenten. De branchevereniging Arcarees heeft ons gezamenlijk uitgenodigd. Het tv-programma "Op de werkvloer" is geïnteresseerd, dus dat lijkt ons een interessante onderneming. Het lijkt ons goed dat de minister ook meegaat. Is hij daartoe bereid? Van

Tonkens

de staatssecretaris vragen wij of zij bereid is, de directeuren zelf op te roepen om ook allemaal een week de werkvloer op te gaan.

De bewindslieden straffen ook aantoonbaar goed gedrag. Wie erin is geslaagd, de arbeidsproductiviteit te verhogen tot het maximale, krijgt toch eenzelfde korting op het budget als degenen die dat niet deden. Die korting komt natuurlijk bij de goede instellingen harder aan. De organisatie voor strategisch arbeidsmarkt-onderzoek, OSA, vreest in haar recente rapport dan ook voor verhoging van de werkdruk, met name in de care als gevolg van de convenanten. Graag horen wij van de bewindslieden hoe zij die angst beoordeelen.

Ook gemeentes krijgen straf. Hun straf heet de WMO. Laat één ding duidelijk zijn: GroenLinks staat achter de oorspronkelijke gedachte van de WMO: een wet die de vermaatschappelijking van de zorg ondersteunt door een nieuw stelsel van diensten. Maar in haar huidige vorm zien wij vooral een straf- en bezuinigingswet. Gemeentes krijgen wel taken, maar niet het daar nu aan bestede budget. Op de 1,6 mld die nu besteed wordt aan de maatschappelijke ondersteuning, wil de staatssecretaris zo'n 40% bezuinigen. Uit protest vergaderde de gemeenten afgelopen vrijdag op het Malieveld. Wat is de reactie van de staatssecretaris op dat protest?

Met de WMO straft het kabinet ook anderen, mantelzorgers bijvoorbeeld. Zij krijgen met de WMO meer taken. Weet de staatssecretaris dan niet dat mantelzorgers al heel veel doen en velen zelfs overbelast zijn? Nu al verrichten 3,7 miljoen mensen mantelzorg gedurende gemiddeld 17 uur per week. Bijna een tiende van de mantelzorgers wordt ziek of overspannen door die zorg. Een onbekend deel gaat uit wanhoop over tot ouderen mishandeling. 90% van de Nederlanders blijkt dan ook te vrezen, in 2020 veel afhankelijker te zijn van hun familie. Dat vinden zij onwenselijk, zo bleek gisteren uit het al veel geciteerde SCP-onderzoek.

De staatssecretaris luistert natuurlijk naar de burger. Wij horen daarom graag van haar wat die massale afkeer van die afhankelijkheid van familie voor haar plannen voor de WMO betekent. Een half miljoen mantelzorgers is ook veel minder betaald werk gaan doen. Door het grotere beroep op

mantelzorgers dat de WMO zal doen, zullen er dus nog meer mensen hun betaalde werk geheel of ten dele opgeven. Minder vrouwen op de arbeidsmarkt dus, terwijl de regering wil dat meer vrouwen economisch zelfstandig zijn. Kunnen de bewindslieden toelichten hoe de doelen economische zelfstandigheid van vrouwen en een grotere belasting van mantelzorgers zich tot elkaar verhouden?

Opnieuw vragen wij de staatssecretaris om een emancipatie-effectrapportage op de WMO. Wij hebben dit al eerder gedaan. Toen zei zij dat het daarvoor nog te vroeg was. Het lijkt ons nu wel hoog tijd. Graag haar reactie. Wij betwijfelen ook of alle gemeenten de taken die zij met de WMO krijgen wel aan kunnen. Wij willen graag weten wat de voorwaarden zijn. Is de staatssecretaris bereid, een adviesraad, bijvoorbeeld de ROB, daarover een advies te laten uitbrengen?

Juist op de diensten zoals huishoudelijke zorg, activering en begeleiding moet volgens de minister bezuinigd worden, want anders zijn er straks veel te weinig mensen om in de zorg te werken. Maar wat zo gek is, is dat minister De Geus het omgekeerde zegt. Hij beweert dat wij straks 2 miljoen laaggeschoolden te veel hebben. Hun werk wordt namelijk in andere landen goedkoper gedaan. Komt dat de minister nu niet geweldig uit? Is hij niet geweldig blij met die werklozen van De Geus? Zij kunnen immers heel goed in de zorg aan de slag. De Geus heeft waarschijnlijk vooral mannen in de aanbieding. In de thuiszorg bijvoorbeeld is 97% vrouw. Maar de minister is toch veel te modern en te geëmancipeerd om dat een probleem te vinden?

Bij de WMO maken wij ons ook zorgen om het aanhoudend plaatsgebrek in de vrouwenopvang en de maatschappelijke opvang, vooral voor zwerfjongeren. Dat kan alleen worden verholpen door betere doorstroming naar een zelfstandige woning. Een stimuleringsmaatregel voor doorstroming uit de opvang is daarom noodzakelijk. Is de staatssecretaris bereid om deze in te stellen?

Het strafregime van het kabinet is trouwens nog duur ook. Het vereist meer controle; meer agenten in de zorg en minder zorgverleners. Volgend jaar gaat er maar liefst 1,2 mld euro minder naar handen aan het bed en er gaan honderden

miljoenen meer naar handen aan de computer. Patiënten en zorgverleners worden gierend gek van deze groeiende bureaucratie. De regering wil de bureaucratie met 25% verminderen, maar voorziet volgend jaar juist een stijging van de bureaucratie in de zorg met in ieder geval 53 mln. De besparing aan bureaucratie in de ziekenhuizen is al 17 mln minder dan de bedoeling was.

GroenLinks vindt het hoog tijd voor drastische maatregelen. De staatssecretaris heeft ooit, toen zij nog Kamerlid was, een voorstel gedaan voor regelvrije scholen. Wij nemen daarom aan dat zij nu ook te porren is voor regelvrije zorginstellingen. Geef experimenterende instellingen de gelegenheid om naar eigen inzicht overbodige bureaucratie te schrappen, bijvoorbeeld door slechts een paar weken tijd te schrijven in plaats van het hele jaar, door alle overleggen te schrappen die niet aan directe zorg bijdragen of door alle formulieren waarin tweemaal dezelfde vraag wordt gesteld, retour afzender te sturen. Is de minister bereid om dergelijke experimenten met regelvrije zorginstellingen toe te laten? Dat zou in de jeugdzorg ook een enorme opluchting zijn.

Gelukkig is het niet alleen maar straf wat de bewindslieden willen uitdelen. Zij hebben ook idealen. Zij willen patiënten omvormen tot mondige, kritische burgers. Daar kunnen wij ons op zichzelf best in vinden, maar wij hebben een paar bedenkingen. Ten eerste vrezen wij dat er weinig aandacht overblijft voor de niet-mondige patiënt. Er gaat erg veel naar websites die de mondige cliënt en patiënt moeten informeren, maar slechts de helft van de vrouwen, een derde van de lager opgeleiden en 11% van de 65-plussers maakt gebruik van internet. Hoe zijn de belangen van niet-mondige, bijvoorbeeld demente of psychotische patiënten daarmee vertegenwoordigd, vragen wij de bewindslieden.

Ten tweede moeten zij, als zij echt mondige patiënten willen, begrijpelijke, aansprekende taal gebruiken, maar, zoals D66 al zei, in de zorg gaat het vaak over ziellose woorden, zoals taakherschikkingsoperatie, functionele bekostiging en reikwijdteverbreding. Daarom hebben wij recentelijk gepleit voor een ombudsman voor onbegrijpelijke taal. Wij

Tonkens

begrijpen dat D66 dat in ieder geval zal steunen.

Ten derde zien wij dat keuzevrijheid vaak ontbreekt voor de mondige cliënt. Ik geef twee voorbeelden. Voor ouderen en gehandicapten was het ooit een recht om zelfstandig te wonen, wanneer zij dat wilden, maar dat wordt steeds meer een plicht. Ouderen mogen bijvoorbeeld niet meer naar een verzorgingstehuis omdat zij thuis verpieteren. Zij moeten eigenlijk rijp zijn voor een verpleeghuis en dan mogen zij naar een verzorgingshuis. Intussen vreest 80% van de Nederlanders dat ouderen meer zullen vervuilen en vereenzamen, ze bleek ook uit het SCP-onderzoek.

GroenLinks vindt dat zelfstandig wonen een recht moet blijven en geen plicht moet worden. Daarom verzoeken wij de staatssecretaris om het werkdocument verblijf aan te passen. Ook voor gehandicapten moet zelfstandig wonen een recht blijven en geen plicht worden. Daarom vragen wij de staatssecretaris om het maximum van 200 bewoners per locatie op te heffen en om het leefwensenonderzoek nu werkelijk serieus te nemen. Eerder zei de staatssecretaris dat dit geen wettelijke verplichting is. Wij zijn dat nog eens nagegaan en dat is het wel. De staatssecretaris heeft ons een brief over dit onderwerp beloofd, die wij graag zo snel mogelijk ontvangen. Wij zijn zelf bezig met een nieuw, wat diepgaander onderzoek over hoe dat leefwensenonderzoek functioneert.

Al met al zien wij bij de minister nog weinig liefde voor de zorg en weinig aandacht voor de kwaliteit en voor de zorgen die mensen in de zorg hebben. Hij denkt met marktwerking alle problemen wel op te lossen. Wij hebben al vaker betoogd dat marktwerking slechts leidt tot hogere kosten, meer bureaucratie en lagere kwaliteit. Daarom sluit ik maar eens af met een compliment aan de SP, die dat vandaag zo helder heeft geformuleerd in het manifest.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Voordat ik aan mijn bijdrage begin, voeg ik mij graag in een traditie in dit huis om als spreker na iemand die een maidenspeech heeft gehouden, mevrouw Koser Kaya vanaf deze plaats namens alle

woordvoerders in dit debat nogmaals hartelijk geluk te wensen met haar maidenspeech: het feit van de maidenspeech, de wijze waarop zij die speech heeft gehouden en het frisse geluid dat zij daarbij ten beste heeft gegeven. Misschien mag ik mij deze politieke opmerking permitteren: de vrijmoedige wijze waarop zij in haar maidenspeech een bommetje heeft gelegd onder de WMO, wekt bij ons voor de toekomst veel verwachtingen over haar bijdrage aan het debat over de zorg. Wij kijken met verlangen uit naar toekomstige debatten. Dit was een meer politiek getinte opmerking, maar de wijze waarop zij haar maidenspeech heeft gehouden, roept volgens mij breed verwachtingen op over haar bijdrage aan het toekomstige debat. Ik wens haar daarbij veel succes. Ik hoop haar in deze of in een andere samenstelling nog vaak op deze manier tegen te komen.

Volgens het SCP-rapport 2004 wensen burgers goede zorg, maar vrezen zij voor onbetaalbaarheid. De ChristenUnie hecht sterk aan de totstandkoming van een nieuw zorgstelsel ± ik zou bijna zeggen: eindelijk! ± maar dat zorgstelsel moet wel leiden tot betaalbare en goede zorg. Grote premiestijgingen zijn dan ook niet meer uit te leggen, zeker als vaststaat dat miljarden kunnen worden bespaard door een betere organisatie. Wat de aangekondigde premiestijging voor volgend jaar betreft, vraagt ook mijn fractie zich af of daarbij sprake is van kartelvorming. Wij zijn daar niet gerust op en verlangen een actievere opstelling van de minister.

Voor mijn fractie staat de kwaliteit van de zorg voorop. Wij moeten niet telkens opnieuw worden geconfronteerd met gebrekkige toestanden in verpleeghuizen ± zie het IGZ-rapport ± en elders. Over de uitvoerbaarheid van de convenanten met de caresector heb ik dan ook zorgen. Uit een CPB-studie blijkt dat door de strakke budgettering in de intramurale AWBZ-zorg nauwelijks meer doelmatigheidswinst valt te halen. Ook de noodzaak om de vermogenspositie te verbeteren met het oog op de grotere risico's die zorginstellingen zullen gaan dragen, speelt hierbij mee. Verdergaand bezuinigen bij de intramurale AWBZ-zorg leidt volgens mij dus onvermijdelijk tot verder kwaliteitsverlies. Daarop krijg ik graag een reactie.

De "noodrem" die de staatssecretaris dit jaar toepaste op de AWBZ-uitgaven, had onze steun, met name omdat zij ook toezegde eventuele aanvullende productie-groei te zullen honoreren indien onaanvaardbare situaties zouden ontstaan nadat het zorgkantoor tevergeefs heeft geprobeerd om compensatie binnen de eigen regio te vinden. Bij de instellingen heerst nu echter veel onzekerheid, zo zeer zelfs dat het leidt tot olopende wachtlijsten. Dat was toch niet de bedoeling? Kan de staatssecretaris hier nog eens bevestigen dat de situatie zich niet kan voordoen dat instellingen wel zorg hebben geleverd, maar achteraf naar de vergoeding kunnen fluiten? Het lijkt mij goed als de instellingen dat nog eens expliciet horen. Snelle duidelijkheid is ook nodig omdat zij hun begroting moeten vaststellen. Die onzekerheid speelt bijvoorbeeld ook ten aanzien van thuiszorginstellingen, waar onzekerheid over de functietarieven bestaat. Wanneer worden deze vastgesteld?

De stijgende kosten en de achterblijvende kwaliteit schaden ook het imago van de zorgsector. Negatieve berichtgeving demotiveert ook het personeel dat met veel toewijding zijn werk doet. Vindt de minister het geen tijd voor een imagocampagne à la de leraren-campagne?

Evenzeer schadelijk, maar ook onrechtvaardig vindt mijn fractie de exorbitante salarissen van directeurs in de zorg. Het valt niet uit te leggen dat men twee tot drie keer zoveel verdient als een minister of als de minister-president. De minister moet meer doen dan afkeuring uitspreken. Kunnen wij in dit debat niet gewoon afspreken dat volgend jaar de salarissen zullen dalen? Graag een scherpe reactie van de minister; daar is hij vast toe in staat.

Ook het nieuwe uurtarief van € 140 voor medisch specialisten roept bij mijn fractie de nodige vragen op. Waarom is niet vastgehouden aan het oorspronkelijke en goed onderbouwde tarief van € 82,80? Ik verwijs daarbij naar de brief van het CTG d.d. 17 juli 2002.

Voor de dekking om de huisarts uit de no-claimkorting te halen is 50 mln euro weggehaald bij de versterking van de eerstelijnszorg. Het gaat mij nu niet om een herhaling van dat debat, maar ik wil er wel bij stilstaan dat er indertijd brede overeenstem-

Rouvoet

ming over was dat versterking van de eerstelijnszorg heel dringend noodzakelijk was. Dat is volgens mij nog steeds zo. Zoals ik heb beloofd in het debat over de no claim, zal ik in tweede termijn dan ook met een motie komen om dat alsnog te regelen. Ook op dat punt krijg ik van de bewindslieden graag een reactie over de noodzaak van versterking van de eerstelijnszorg.

Dan kom ik op de WMO. In hoog tempo gaat de staatssecretaris door met de voorbereidingen. Mijn fractie vindt de invoeringsdatum van 1 januari 2006 echter niet verantwoord, mede gelet op de opschorting van het overleg met de VNG. Ik herinner de staatssecretaris overigens aan haar toezegging in een eerder overleg dat met de overheveling naar gemeenten geen bezuiniging beoogd is. Het lijkt mij goed als zij dat nog eens goed onderbouwd herhaald in dit debat, ook met het oog op het herwinnen van het vertrouwen van de gemeenten.

De ChristenUnie steunt de beweging van staat naar samenleving die achter de WMO ligt. De vraag is echter of de samenleving er klaar voor is. Eerdere rapporten zijn niet eenduidig. Staat de mantelzorg bovendien niet onder druk door het tegenstrijdige beroep van de overheid om zowel meer te werken als meer te zorgen? Daarom mijn vraag aan de staatssecretaris of zij een omvattende analyse wil opstellen van behoefte, aanbod en ondersteuning van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Daarbij kan mij dunkt ook het voorstel van de heer Van der Vlies voor fiscale ondersteuning worden betrokken.

De keuzemogelijkheid tussen zorg in natura en het PGB is een belangrijke verworvenheid gelet op de zelfstandigheid van de gehandicapte of zieke en blijft wat ons betreft behouden, ook na invoering van de WMO. Om de kosten te beheersen denkt mijn fractie aan normering van vergoedingen aan mantelzorgers. Graag een reactie. Mijn fractie heeft in ons inkomensplan, ingediend bij de algemene politieke beschouwingen, enkele voorstellen gedaan, onder andere voor halvering van de eigen bijdrage in de thuiszorg voor chronisch zieken en gehandicapten en voor het terugdraaien van pakketverkleiningen. Het kabinet heeft verzachting voorgesteld van de

bezuiniging op zelfzorg-geneesmiddelen. Wil de minister ingaan op ons voorstel om de zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch zieken en gehandicapten geheel te vergoeden? Dit kan volgens de KNMP door de aandoe-ning te vermelden op het recept, zodat er controle kan plaatsvinden bij receptplichtige zelfzorgmedicijnen. Graag op dit punt een reactie. Daarnaast wil ik de minister vragen in te gaan op onze voorstellen om de eigen bijdrage in de thuiszorg voor chronisch zieken en gehandicapten te halveren.

Mijn fractie heeft van dit kabinet hoge verwachtingen ten aanzien van een zorgvuldige omgang met medisch-ethische thema's. Over het kabinetsstandpunt inzake euthanasie komen wij nog uitvoerig te spreken. Mijn fractie maakt zich grote zorgen over de kwestie van levensbeëindigend handelen bij het vooruitzicht op dementie. Wij kiezen er met overtuiging voor om de draaglijkheid van dat vooruitzicht te bevorderen door goede begeleiding en zorg. Ik vraag de staatssecretaris indringend of zij daartoe mogelijkheden ziet. Dat zou onze voorkeur hebben.

Ik heb eerder dit jaar aandacht gevraagd voor goede richtlijnen voor toepassing van terminale sedatie. Kan de staatssecretaris ons vertellen hoe het staat met het overleg met KNMG en andere beroepsorganisaties? Worden de richtlijnen te zijner tijd ook aan de Kamer ter beoordeling voorgelegd?

Ik heb een aantal begrotingen eerder een amendement ingediend voor extra gelden, 10 mln, voor palliatieve zorg. Die zijn toen ter beschikking gekomen. Ik vraag mij zo langzamerhand af of het nog nodig is om de helft van dat bedrag via zorgzwaartefinanciering naar verpleeghuizen te laten vloeien. Wat vindt de staatssecretaris ervan om het budget geheel aan te wenden voor palliatieve netwerken, coördinatoren en steunpunten? Dat is mijn suggestie.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik kan mij dat amendement nog herinneren. Volgens mij staat mijn naam eronder. Kan de heer Rouvoet aangeven wat hij wil? Toen is een bepaald budget afgesproken. Gaat het hem om meer geld?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik ben altijd voor meer geld voor

palliatieve zorg. Ik heb dat ook een aantal keren voorgesteld. Nu gaat het mij specifiek om het volgende. Toen is structureel 10 mln bijgeplust. Vooruitlopend op de modernisering van de AWBZ is bij dit breed gesteunde amendement ook vooruitgelopen op de zorgzwaartefinanciering bij verpleeghuizen. Toen is daar 4,7 mln, bijna de helft van het bedrag van 10 mln, naartoe gegaan. Nu wij met de modernisering van de AWBZ een stuk verder zijn, hoeft dit niet meer de hoogste prioriteit te hebben. Het loopt immers meer in de reguliere modernisering. Daarom vraag ik de staatssecretaris of wij binnen het budget van 10 mln niet veel meer kunnen aanwenden voor steunpunten, coördinatoren en netwerken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het gaat de heer Rouvoet dus om een andere besteding van de beschikbare middelen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het gaat om een andere besteding van het budget van 10 mln. Ik vraag de staatssecretaris om een reactie op een andere invulling.

Dan heb ik dit jaar enkele series vragen gesteld over de Wet afbreking zwangerschap naar aanleiding van de indrukwekkend 3D-beelden van het onderzoek van prof. Campbell. De staatssecretaris wil zich niet uitspreken over verlaging van de wekengrens tot bij de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap, maar ik heb ook vastgesteld dat zij dit niet uitsluit. Klopt dat? Mijn fractie heeft voorts de indruk dat het kabinet bij deze evaluatie, die wij ongetwijfeld nog zullen bespreken, wel oog heeft voor voorlichting ten aanzien van preventie van ongewenste zwangerschap, maar niet of in ieder geval veel minder voor voorlichting over alternatieven voor abortus. Ik wijs op de mogelijkheid van maatschappelijke opvang voor tienermoeders, maar zeer nadrukkelijk ook op de mogelijkheid van adoptie. Kan de staatssecretaris toezeggen dat zij bij de evaluatie zal ingaan op adoptie als alternatief voor afbreking van de zwangerschap? Dat zou mij een lief ding waard zijn.

Ik kom bij mijn laatste onderwerp. Ik bied mijn excuses aan voor de abrupte overgangen, maar dat is inherent aan de gebrekkige spreektijd. Mijn breed gesteunde

Rouvoet

amendement voor alternatieven voor dierproeven bij de begroting van vorig jaar is niet uitgevoerd, maar de Kamer is niet schriftelijk geïnformeerd over de aanwending van de middelen in dat amendement, ook niet na de toezeggingen tijdens het algemeen overleg met de minister van begin februari. Waarom is de minister niet akkoord gegaan met de suggestie van ZonMw om die middelen te besteden aan het Nederlands Centrum voor Alternatieven voor Dierproeven? Wat wil de minister precies doen met de gereserveerde gelden? Ik wil graag een nieuw amendement indienen om het bij deze begroting opnieuw veilig te stellen, maar ik wil wel weten hoe er wordt omgegaan met de middelen die wij voteren. Ik weet dat een amendement geen opdracht aan een minister behelst, maar een mandaat. Ik wil wel graag de argumentatie horen waarom het geld niet is uitgegeven en waarom de minister deze suggestie niet heeft overgenomen. Dan kunnen wij altijd nog zien of het nodig is om bij deze begroting opnieuw actie te ondernemen.



De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De beleidsagenda voor 2005 is pittig. Zo ongeveer alles gaat op de schop. Nieuwe fundamenten zijn nodig. Mensen mogen steviger worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid, maar graag wel meer maatwerk. Wel wil de SGP de garantie dat goede zorgverlening continu bereikbaar en beschikbaar is, ook in overgangsfases. Breken mag niet gaan voor bouwen; bouwen moet voor breken. Voorzichtigheid is geboden, als wij zo de beleidsontwikkelingen zien. Wij mogen niet de weg kwijtraken bij de inrichting van de zorgsector: wie voor wat aan te spreken valt, wie wat waar vinden kan. Een concreet voorbeeld is de brief van vorige week over de liberalisering van de niet-spoedeisende zorg. De spelers in het veld moeten toch echt de tijd krijgen om de vele nieuwe wetten om te zetten in hun beleid. Zo niet, dan ontstaat het risico van ongelukken. Dat moeten wij voorkomen.

Tussen de grote stroom notities vond de SGP ook een brief over de kwaliteit van de zorg. De prikkel tot kwalitatief goede zorg verdient uiteraard steun. Tegelijkertijd worden, bijvoorbeeld in het

convenant, de financiële duimschroeven aangedraaid. In verschillende sectoren komen grote kwaliteitsproblemen aan het licht. Die zijn hier al langgekomen in de achterliggende weken. Te gemakkelijk wordt vergeleken met financieel gezonde instellingen. Er wordt dan niet gekeken naar hun precieze bedrijfsvoering en de context waarbinnen zij zorg verlenen, zoals de aanwezigheid van aanvullende diensten. Een eerlijke vergelijking is nodig en mag dan ook getrokken worden. Daarop mogen partijen worden aangesproken. Volgens de toelichting bij de brief is zorgkwaliteit niet voor alle zorgaanbieders vanzelfsprekend. Die kwaliteit moet dan wel financieel mogelijk zijn. Duidelijke beleidskeuzes zijn hier onvermijdelijk. De toewijding en de inzet zijn er en die moeten gehonoreerd worden.

Ook de verzekeraars krijgen een belangrijke positie in het kwaliteitsbeleid. Zij zouden de verzekerden moeten inschakelen bij de voorwaarden waaraan zorginkoop moet voldoen. Komt dat er echt van? Is er wel een evenwicht? Legt het nieuwe systeem niet te veel macht bij de verzekeraars in vergelijking met patiënten en cliënten? Dat evenwicht is er nog niet, is mijn voorzichtige constatering. Welke rol is er voor de door Cliënt & Kwaliteit geformuleerde richtlijnen? Worden die meegenomen, aanbevolen of voorgeschreven?

De heer **Heemskerk** (PvdA): U sprak over de cliënten. Ik ben echter ook benieuwd hoe u de liberalisering van de electieve zorg ziet. De minister noemt hier vier voorwaarden voor. Er moeten hoge volumes zijn, het moet in het grootste deel van de zorginstellingen voorkomen, het moet eenvoudig zijn en er moeten geen medische complicaties zijn. Vindt u dat aan die voorwaarden wordt voldaan of bent u met mij van mening dat wij heel voorzichtig moeten zijn met deze liberalisering en dat 95% wel een zeer hoge doelstelling is die niet snel zal worden gehaald?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb de brief uiteraard gelezen. Ik heb hem niet uit het hoofd geleerd. Mijn inschatting is dat de inhoud en de implicaties gebieden dat met prudentie en dus voorzichtigheid stappen moeten worden gezet en dat

er niet al te robuust aan het werk moet worden gegaan.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U vroeg de minister wat hij gaat doen met de normen van Cliënt & Kwaliteit. Zorginstellingen gaan over een paar jaar contracten afsluiten met AWBZ-instellingen. Kunt u ermee leven dat zorgverzekeraars bij het afsluiten van contracten met instellingen als voorwaarde stellen dat de instelling zich conformeert aan de normen van Cliënt & Kwaliteit?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Wat met zelfregulering en op basis van vrijwilligheid en afspraken kan worden bereikt, hoeft niet te worden afgedwongen bij wet. Dat is mijn lijn. Wij komen dan wel in het spanningsveld dat toen u hier stond al bij interruptie aan de orde werd gesteld door een van de leden, namelijk de vraag wanneer de conclusie moet worden getrokken of het traject van zelfregulering vertrouwenwekkend genoeg is of niet. Ik vind dat de druk wel op de ketel moet blijven. Het kan allemaal niet vrijblijvend zijn en het moet wel een keer gaan gebeuren, aanwijsbaar en taakstellend. Ik ken te veel trajecten waarbij de intenties er wel zijn, maar die de facto te licht van de grond komen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Maar als de markt het zelf gaat oplossen, hoeven er dus voor u geen wettelijke maatregelen te worden genomen?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voor ik werd geïnterrumpeerd, gebruikte ik drie woorden, waaronder "aanbevolen" en "voorgeschreven". Daar zit een heleboel tussen.

Sinds 1 maart is er een budgetplafond in de AWBZ. Individuele instellingen mogen hierdoor niet in de problemen komen. Daar hebben wij over gedebatteerd en daar zou op worden gelet. De SGP-fractie ontving een brief van een instelling die in 2004 stevig is gegroeid en die bovendien in overleg met het zorgkantoor een onderdeel van een andere organisatie heeft overgenomen met het perspectief dat er dit jaar aanvullende productieafspraken zouden worden gemaakt. Die stop kwam. Men werd daardoor overrompeld. Er was extra personeel aangenomen. Die tegenvaller werkt ook nog door in het budget voor

Van der Vlies

2005. Dat is een probleem. Het gaat om een mij bekende casus. Iedereen kan de brief inzien, ook de bewindslieden. Deze problematiek lijkt nog breder te zijn. Het is dus geen incidentele situatie. Ik wil de bevestiging krijgen van de staatssecretaris dat er een oplossing voor deze problemen komt die werkbaar is. Ik wil een concrete toezegging voor 2005.

Er zijn ook andere fricties. Ik ken een voorbeeld uit de provincie Overijssel waar na een gevecht van zeven jaar 60 verpleeghuisbedden aan een gemeente werden toegekend. Men zou dan zeggen: eindelijk. In die gemeente is men tevreden over en actief met een zorginstelling gevestigd in Zwolle. Het zorgkantoor in Zwolle kent die 60 verpleeghuisbedden echter toe aan een andere zorginstelling in Zwolle die deze in de gemeente waar ik over spreek moet vestigen. Dat is kapitaalvernietiging, want de actieve zorginstelling aldaar was bezig met het omzetten van bedden in verpleeghuisbedden. Ik weet dat de staatssecretaris deze brief ook heeft. Ik vind het contraproductief, erg contraproductief. Op grond van dit voorbeeld stel ik dat wij echt eens moeten bestuderen hoe dergelijke dingen kunnen gebeuren, hoe het allemaal werkt. Het kan namelijk eenvoudig en doelgerichter.

De problematiek van de levensbeëindiging op verzoek is in de afgelopen maanden volop in het nieuws geweest. Mijn fractie vindt het onverantwoord als de definitie steeds verder wordt opgerekt tot bijvoorbeeld mensen die lijden aan dementie of levensmoeheid. Ik roep het kabinet in die context dan ook op om geen nieuwe meldingsprocedure voor levensbeëindiging van pasgeborenen in te stellen. Het kabinet moet hierover nog dit jaar een beslissing nemen. Wij gaan hierover nog een discussie voeren, maar ik vond het relevant om dit al tijdens deze begrotingsbehandeling te zeggen. De helft van de artsen melden zich nu al niet. Dan is toch niet te verwachten dat zij dat bij die andere organen wel zullen doen? Wat is de concrete inzet van het kabinet om de ethische toetsingscommissies in de academische ziekenhuizen te verbeteren? Een flinke verbetering is mogelijk. Ik sluit mij overigens aan bij de vraag van collega Rouvoet over het onderscheid tussen euthanasie, terminale

sedatie en versterving. Daarover hebben wij onlangs afspraken gemaakt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Vindt de heer Van der Vlies dat er richtlijnen voor de levensbeëindiging van pasgeborenen moeten worden opgesteld of niet?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Nee. Mijn fractie vindt dat er moet worden getoetst zodra een beslissing moet worden genomen over een pasgeborene. Die beslissing is zo nu en dan onontkoombaar. Dat snap ik natuurlijk zeer goed. Niet een toetsingscommissie, maar de justitiële organen moeten die toets uitvoeren. Het gaat namelijk over een wilsonbekwame.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Nu plakt u hier meteen een strafrechtelijk etiket op.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ja. Dat geldt voor levensbeëindiging die niet op verzoek wordt uitgevoerd. Tot voor kort gold dit ook voor levensbeëindiging op verzoek. Volgens onze lijn moet elk geval worden vervolgd. Het justitieel orgaan, het OM, kan hiervoor natuurlijk een bepaalde lijn ontwikkelen. Dat is een andere zaak. De regionale toetsingscommissies die er nu zijn en die voor pasgeborenen worden opgericht, mits het doorgaat, zitten hiertussen. Die structuur hebben wij altijd betwist. Wij ontkennen de dilemma's echter niet. Laat dat duidelijk zijn.

Er draaien verschillende projecten om de palliatieve zorg te verbeteren. In de praktijk zijn er allerlei problemen. Recent hoorden wij dat een verzorgingstehuis lokaal overeenstemming had bereikt over palliatieve zorgverlening, de casus Rijnsburg, ook bij de Kamercommissie bekend. Het project strandde op de eis dat een palliatieve unit bestaat uit vier eenheden. Waarom zo bureaucratisch? Laat zo'n positief project waarover overeenstemming bestaat, niet stranden op regels over schaalgrootte! Graag praktische oplossingen voor zulke problemen.

Een ander punt is de positie van de apotheker. Een artikel in het Pharmaceutisch Weekblad meldt positieve ervaringen in het Verenigd Koninkrijk met verbetering van de samenwerking tussen artsen en apotheken om de palliatieve zorg te stimuleren. Wil het kabinet ook in

Nederland deze werkwijze zo mogelijk bevorderen? Het netwerk van palliatieve zorg voor terminale patiënten vraagt om geld voor toegepast onderzoek en om een keurmerk voor zorgaanbieders à la de aanbevelingen van de Raad van Europa uit 2003.

Mijn fractie verbaast zich over het stijgende budget in de begroting voor de abortusklinieken, omdat het aantal abortussen gelijk is gebleven. Vanwaar deze budgettaire ontwikkeling, vindt er wel voldoende controle plaats? Tegelijkertijd is er onzes inziens een stevige discussie nodig over de financiering van abortus met publiek geld. De ivf-behandeling wordt eruit gehaald en de abortus wordt er nog steviger in gestopt. Ik zie hier een spanning in en ik heb er ook een ethische opvatting over, dat zal duidelijk zijn. Ik kan dit niet gemakkelijk verkroppen; waarom wordt het in het ene geval weer beschouwd als eigen verantwoordelijkheid en is er in het andere geval sprake van publieke facilitering?

Wij verzetten ons ook tegen het al te gemakkelijk schrappen van de receptverplichting voor de morning-afterpil. Wij weten allen dat het College ter beoordeling van geneesmiddelen hieraan gezondheidsrisico's toekent; daar schijnen wij nu overheen te stappen.

Wij spreken binnenkort over de WMO, maar ook ik ben zeer geïnteresseerd in de voortgang van de voorbereiding van dit wetsvoorstel. De VNG heeft afgehaakt en uit de Zweedse praktijk is duidelijk geworden dat deze wet geleidelijk moet worden ingevoerd. In ieder geval willen wij de garantie dat het instrument van het PGB, belangrijk voor de keuzevrijheid, gehandhaafd wordt. Hierover heerst grote twijfel in het veld, die moet worden weggenomen in de zin zoals ik het voorstel. Ook is goede ondersteuning van de mantelzorg noodzakelijk; let ook op mijn motie, ingediend bij de algemene financiële beschouwingen. Waarom geen investeringen op dit onderdeel, het cement van de samenleving? En ten slotte willen wij een garantie voor de financiering van landelijke taken zoals het vrijwillige reïntegratietraject voor ex-gedetineerden. Justitie trekt hier nu de handen van af en legt het nu bij VWS neer. Het is een oud punt en er is een aantal keren mee "gepingpong", maar het ligt nu bij deze bewindslieden en ik zou hiervoor

Van der Vlies

echt garanties willen hebben. Het gaat om bijvoorbeeld de stichting Ontmoeting en om Exodus.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De bewindslieden zullen donderdagochtend antwoorden.

Sluiting 23.25 uur



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

1. de volgende brieven:

vier, van de minister van Buitenlandse Zaken, te weten: een, over de uitbreiding van de Europese Unie (23987, nr. 40); een, over de Nederlandse deelname aan vredesmissies (29521, nr. 3); een, ten geleide van het Protocol tegen de illegale vervaardiging van en handel in vuurwapens, hun onderdelen, componenten en munitie, tot aanvulling van het Verdrag van de Verenigde Naties tegen grensoverschrijdende georganiseerde misdaad; New York, 31 mei 2001 (29830, R1773, nr. 1); een, inzake uitspraak beroepszaken betreffende legalisatie en verificatie (29831); twee, van de minister en de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, te weten: een, ten geleide van de geannoteerde agenda van de Raad Algemene Zaken en Externe Betrekkingen van 11-12 oktober 2004 (21501-02, nr. 575); een, over de impact studie Turkije (23987, nr. 40); een, van de ministers van Buitenlandse Zaken, van Defensie en voor Ontwikkelingssamenwerking, over de Nederlandse deelname aan vredesmissies (29521, nr. 8); een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, ten geleide van aanbidding van twee fiches door de werkgroep (BNC) (22112, nr. 341); vier, van de minister van Justitie, te weten: een, over de voortgang van de beleidsreactie op het WODC-rapport "Uit onverdachte bron" (17050, nr. 269); een, ten geleide van agenda voor de JBZ-raad van 25 en 26 oktober 2004 (23490, nr. 330);

een, inzake Nederlandse corporate governance code (Tabaksblat-code) (29449, nr. 3); een, ten geleide van rapport "Auteursrechten der informatie-maatschappij bouwstenen voor justitiestrategie" (29838); een, van de ministers van Justitie en voor Vreemdelingenzaken en Integratie, ten geleide van de agenda Raad Justitie en Binnenlandse Zaken (23490, nr. 338); een, van de minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie, inzake het nieuwe opvangmodel voor asielzoekers (19637, nr. 854); een, van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ten geleide van advies van de Werkgroep Bestuurlijke en Financiële Verhoudingen Nederlandse Antillen (29800-IV, nr. 6); een, van de minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, over een direct gekozen burgemeester (29223, nr. 12); twee, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, te weten: een, inzake reactie op het AWT-advies "De prijs van succes" (29338, nr. 25); een, inzake uitvoering uitkomsten van de 32ste Algemene Conferentie in 2003 (29800-VIII, nr. 15); twee, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap te weten: een, ten geleide van rapport "In Veelheid en Verscheidenheid" (28989, nr. 12); een, ten geleide van het rapport Quick Scan monitoring faciliteiten (29800-VIII, nr. 13); drie, van de minister van Financiën, te weten: een, ten geleide van evaluatierapport Wet toezicht Europese subsidies (Wei TES) (29832); een, over de motie van het lid Mastwijk c.s. 29540, nr. 101 (29540, nr. 124); een, inzake afspraken over de groei van het Infrastructuurfonds (29644, nr. 8); een, van de staatssecretaris van Financiën, inzake wijziging van de Wet inkomstenbelasting 2001, de Wet op de loonbelasting 1964 en enkele socialezekerheidswetten c.a. (Levensloopregeling) (29208, nr. 6); een, van de minister van Defensie, over de gebeurtenissen in Ar Rumaythah (23432, nr. 176);

twee, van de staatssecretaris van Defensie, te weten: een, over de stand van zaken op het gebied van Documentaire Informatie Voorziening (DIV) (29800-X, nr. 9); een, over de verkoop van vrachtauto's (29800-X, nr. 10); twee, van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, te weten: een, inzake toelichting op mogelijke huurverhogingen (27926, nr. 33); een, ten geleide van de kabinetsreactie op het in april verschenen SER-advies "Keurmerken en duurzame ontwikkeling" (29402, nr. 2); een, van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, inzake reactie op rapport "Kritische succesfactoren voor pilots kleine PET-drankenverpakkingen" (28694, nr. 10); een, van de staatssecretarissen van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en van Verkeer en Waterstaat, ten geleide van verslag van de Informele Milieuraad (21501-08, nr. 186); zes, van de minister van Verkeer en Waterstaat, te weten: een, over het Nederlands deel van een hogesnelheidsspoorverbinding Amsterdam-Brussel-Parijs en Utrecht-Arnhem-Duitse grens (22026, nr. 207); een, over vervreemding aandelen Schiphol (25435, nr. 8); een, over de hoorzitting Hanzelijn (27569, nr. 16); een, over de procesgang Zuiderzeelijn (27658, nr. 18); een, over de moties van de leden Dijkstra en Hofstra (27658, nr. 19); een, over de voortgang van de Tracéwetprocedure A4 Burgerveen-Leiden (29385, nr. 5); drie, van de staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat, te weten: een, over beperking van het vliegen over stiltegebieden (26893, nr. 52); een, inzake evaluatie waterbeleid (27625, nr. 45); een, ten geleide van een reactie op het advies van de Commissie Tarieven Divisie Luchtvaart (29800-XII, nr. 3); vijf, van de minister van Economische Zaken, te weten: een, ten geleide van rapport "Naar een nationale strategie van breedband" en "aanbevelingen breedbandactiviteiten publieke organisaties" (26643, nr. 57); een, ten geleide van een nieuwe