

Vergaderjaar 2000–2001

24 333

Modernisering ouderenzorg

Nr. 50

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 12 december 2000

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 15 november 2000 overleg gevoerd met Staatssecretaris Vliegenthart van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de voortgangsrapportage Modernisering ouderenzorg en de antwoorden op commissievragen terzake (24 333, nrs. 47 en 49);**
- **de brief van de staatssecretaris van 14 juli 2000 inzake het onderbrengen van genees- en hulpmiddelen en de medische zorg in de aanspraak op verzorgingshuiszorg (VWS-00-1136).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Terpstra** (VVD) betoogt dat de modernisering van de ouderenzorg terecht is bestempeld tot groot project. Zij waardeert het dat de uitvoering van de Overgangswet verzorgingshuizen (destijds door haar ingediend en door het parlement geloodst) technisch goed geschiedt en dat voortvarend wordt vooruitgelopen op de nieuwe situatie na 2001.

Er is evenwel niet alleen sprake van een bestuurlijk-technische operatie, maar ook van modernisering (ontschotting) van de AWBZ, van flexibilisering en van extramuralisering van de zorg. Aan de orde is de beoordeling van de wijze waarop de verzorgingshuizen en de verzorgingshuiszorg als aanspraak onder de ontschotte AWBZ worden gebracht. Tevens moet de ontwikkeling worden gezien van het leveren van zorg op maat, de vermaatschappelijking van de zorg en het bevorderen van de doelmatigheid.

Zoals bekend, is de VVD een groot voorstander van een gemoderniseerde AWBZ met voor de gehele sector verzorging en verpleging het benoemen van onderdelen, zoals verzorging, begeleiding en verpleging, als zorg-aanspraken die niet meer instellingsgebonden zijn en dus afzonderlijk te leveren zijn. Het lijkt wel alsof de stap naar het scheiden van wonen en zorg stagneert, hoewel VROM inmiddels bereid is daaraan mee te werken. Mevrouw Terpstra constateert dat de staatssecretaris de flexibele instellingsgebonden aanspraken via een AMvB gaat formaliseren en bovendien van plan lijkt het instituut verzorgingshuis nog meer te verankeren door haar voornemen de medische zorg en de genees- en hulpmid-

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (RPF/GPV), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD).

Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van Gent (GroenLinks), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Schutte (RPF/GPV), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD).

delen per 1 januari 2001 in het budget van het verzorgingshuis op te nemen. Dat gaat niet alleen in tegen de bij motie-Van Blerck/Oudkerk) (24 124, nr. 104) geuite wens van de Kamer, maar is ook niet logisch en onnodig. In tegenstelling tot wat er wordt gesuggereerd in stuk nr. 47, heeft mevrouw Terpstra als staatssecretaris van VWS nimmer het voornemen aangekondigd om de farmaceutische hulp op te nemen in het budget van de verzorgingshuizen. Haar is gebleken dat in de bijlage van de JOZ 1997 een passage staat die uit de concept-JOZ was geschraapt. Er staat een merkwaardige formulering: «In concreto houdt dit in dat het aantal verpleeghuisartsen zal worden uitgebreid en dat de genees- en hulpmiddelen via het verpleeghuis worden betrokken. En daartoe zullen bovengenoemde verstrekkingen onder het budget van de verzorgingshuizen worden gebracht.» Dat zou inhouden dat de verpleeghuisartsen de medicatie zouden gaan verzorgen van de patiënten in de verzorgingshuizen, wat buitengewoon onlogisch is. De autonomie van de huisartsenzorg in de verzorgingshuizen wordt niet bepaald versterkt, wanneer verpleeghuisartsen de medicatie daar zouden gaan regelen. De VVD-fractie heeft zich een- en andermaal tegen een dergelijke ontwikkeling verzet.

Zo'n regeling is ook niet nodig, aldus mevrouw Terpstra, omdat een beter voorschrijfgedrag van huisartsen ook kan worden bereikt in de bestaande situatie met een herbevestiging van de gedragsregel dat huisartsen het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) als uitgangspunt nemen. Mede naar aanleiding van de spiegelinformatie van het zorgkantoor zullen in een goed functionerend farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) afspraken kunnen worden gemaakt tussen verzorgingshuis, (huis)-artsen, apotheker en zorgkantoor. Niet alleen voor bewoners van verzorgingshuizen, maar voor ál hun patiënten wordt een beter voorschrijfgedrag van huisartsen wenselijk geacht. Vandaar dat het FTTO in het leven is geroepen en dat de EVS is herbevestigd. De staatssecretaris lijkt de medische zorg nu geforceerd wettelijk te willen verankeren als instellingsgebonden, terwijl de trend is flexibele AWBZ-aanspraken te creëren die niet instellingsgebonden zijn.

Mevrouw Terpstra blijft zich namens de VVD verzetten tegen inperking van de vrije artsenkeuze voor bewoners van verzorgingshuizen. De eigen huisarts is bij de overgang van de eigen woning naar het verzorgingshuis vaak nog de enige band met het verleden. Die moet niet worden doorbroken, tenzij betrokkene geen bezwaar heeft tegen een nieuwe huisarts en bereid is te kiezen voor een huisarts met wie het verzorgingshuis toch al een relatie heeft. Uiteraard is het logistiek gemakkelijker voor een verzorgingshuis als dit slechts met een beperkt aantal huisartsen afspraken hoeft te maken, maar als er vele huisartsen in het verzorgingshuis komen, voorkomt een goed manager problemen door te zorgen voor goed overleg met de artsen en voor goede werkafspraken en heldere spelregels.

Mevrouw Terpstra verzet zich tevens tegen het voornemen de geneesmiddelen en de hulpmiddelen onder het budget van het verzorgingshuis te brengen, omdat dit kan leiden tot ongewenste situaties als het bezuinigen op incontinentiemateriaal en het weren van patiënten die dure medicijnen nodig hebben of het steeds weer enkele dagen in het ziekenhuis laten opnemen van zo'n patiënt, zodat deze de medicijnen uit het ziekenhuisbudget krijgt. Ook zonder uitvoering van dit voornemen kan de modernisering van de ouderenzorg doorgaan. Mevrouw Terpstra wil daarom eerst het resultaat afwachten van de discussie over het stelsel, alvorens eventueel tot dergelijke stappen wordt besloten.

Er moet nog veel gebeuren. Er moet bijvoorbeeld nog vorm worden gegeven aan de flexibele zorgafspraken met een prijs per zorgproduct (kostprijs plus wat overhead). Voorts moet per zorgzwaarte worden geflexibiliseerd. Het scheiden van wonen en zorg moet verder vormgegeven worden en de financiering van de bouwkundige infrastructuur

moet worden gedefinieerd. Al hoeft niet alles in één keer te worden gerealiseerd, zo langzamerhand moet er wel enige vaart komen in deze ontwikkeling die een aantal jaren geleden in gang is gezet. Dat geldt ook voor de nieuwe beleidsregels voor extramurale zorg, reikwijdteverbreding en flankerend beleid vanuit verzorgingshuizen en (in de vorm van zorg op maat) vanuit verpleeghuizen. Het lijkt mevrouw Terpstra niet logisch om een en ander zo te regelen dat er sprake is van budgetverevening tussen instellingen. Zij zou liever zien dat wordt uitgegaan van flexibele zorgproducten die individueel in de vorm van een PGB (persoonsgebonden budget) of desnoods een PVB (persoonsvolgend budget) geleverd kunnen worden. Omdat nog niet helder is geformuleerd voor welke activiteiten een AWBZ-aanspraak gaat gelden, zou een en ander vooralsnog kunnen worden gevat in een lumpsumsubsidieregeling.

Mevrouw Terpstra steunt de overige in de brief vermelde beleidsvoornemens. Uitgangspunt zal daarbij moeten zijn uitbreiding van het zorgvolume met scheiding van zorg en wonen en uitbreiding van het zorgvolume waarvoor niet gebouwd hoeft te worden. Experimenten acht haar fractie niet nodig. Bij de behandeling van de Zorgnota maandag jl. is al namens de fractie gesteld dat aan de indicatiestelling verzorgingshuiszorg kan worden voldaan met een PGB. Mevrouw Terpstra verzoekt de staatssecretaris om een klip en klare toezegging daarover.

Mevrouw **Dankers** (CDA) gaat ervan uit dat het grote door mevrouw Terpstra genoemde project nu tot een afronding komt, al zal er nog wel een evaluatie volgen. Er is inderdaad voortvarend aan een aantal zaken gewerkt. Echter, het is niet mogelijk om tegen de ouderen in Nederland te zeggen: het is goed geregeld, gaat u maar rustig slapen.

Er worden veel extra verantwoordelijkheden in de regio gelegd, zonder dat helder is hoe de verantwoordelijkheden zullen worden verdeeld en wie voor wat bevoegd is. Blijkens de aanvaarding van de motie-Van Vliet heeft de Kamer in meerderheid grote moeite met de positie van de zorgkantoren, maar toch worden er weer stappen gezet om de zorgkantoren verder op te tuigen.

Weliswaar wordt regelmatig gesteld dat pluriformiteit en variatie in het aanbod nagestreefd worden, maar mevrouw Dankers vreest dat dit streven wordt ondergraven door de schaalvergroting en de toenemende monopolisering in de regio die gaande is. Is de positie van verzorgingshuizen met een landelijke functie inmiddels goed geregeld? Raken die niet in de knel als de regio het verder moet regelen? Veel zorgvernieuwing is totstandgekomen op basis van het Reikwijdtebesluit. Zij vindt het jammer dat niet zeker is dat veel van die activiteiten inderdaad zullen vallen in de categorie flexibele aanspraken. Zo niet, dan zal er na 2001 niet meer voor worden betaald.

Mevrouw Dankers is het volstrekt eens met de woorden van mevrouw Terpstra over de medicijnverstrekking en de huisartsenzorg. De vrije huisartsenkeuze dient te worden gehandhaafd. Het medicijngebruik staat in het instellingsbudget al onder druk, vooral omdat er niet zal worden geschoven tussen het eerste en tweede compartiment zo lang de discussie over het verzekeringsstelsel nog gevoerd moet worden. En de Kamer heeft zich bovendien bij motie anderszins uitgesproken.

In de bekostigingsregels is de positie van het zorgkantoor ook aan de orde. Zolang het zorgkantoor geen formele goed geregelde status heeft, zullen er problemen ontstaan, zoals mevrouw Dankers met een voorbeeld duidelijk maakt. Mag ervan uitgegaan worden dat bij extramuralisering in een woonzorgcentrum geen eigen bijdrage in het kader van de AWBZ meer zal worden gevraagd? Aangenomen moet worden dat inderdaad zoveel mogelijk zal worden gedaan om de planning en bouw zo gedereguleerd mogelijk in te bedden in de WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen), die zal worden omgezet in een wet exploitatie zorgvoorzieningen.

Het hoeft geen betoog, aldus mevrouw Dankers, dat haar fractie er absoluut niet voor is dat de budgetten voor de instandhouding van de bestaande capaciteit naar de regio, dus het zorgkantoor gaan. Tot slot vraagt zij of de staatssecretaris haar indruk kan wegnemen dat als het ware wordt voorgesorteerd om de intramurale zorg in de toekomst bijvoorbeeld hooguit binnen het PVB, maar buiten de mogelijkheden van het PGB te plaatsen. Dat zou zij ten zeerste betreuren, temeer daar de Kamer in volle breedte heeft gezegd dat het PGB ook mogelijk moet zijn voor intramurale zorg.

Mevrouw **Arib** (PvdA) betoogt, teruggrijpend op de afwijzing door de Kamer van het overhevelen van het budget voor genees- en hulpmiddelen, dat het opnieuw gaan budgetteren van verzorgingshuizen ingaat tegen de lijn van het kabinet waarbij is gekozen voor een geclausuleerde opneemregeling, zodat burgers verzekerd zijn van zorg, zonder geconfronteerd te worden met bureaucratische regels en budgetten. Als genees- en hulpmiddelen onder het budget van de verzorgingshuizen gaan vallen, is niet ondenkbaar dat zij, zoals in ziekenhuizen is gebeurd, ook groten-deels het personeels- en capaciteitsbudget opsouperen, met alle gevolgen van dien.

Het medicijngebruik van bewoners van verzorgingshuizen is extreem hoog en er lopen soms tientallen huisartsen in die huizen rond die maar een enkele bewoner behandelen. Dat zou een reden kunnen zijn om het budget onder de AWBZ te brengen, maar dat is volgens mevrouw Arib niet de juiste weg naar een doelmatige en kwalitatief goede medische zorg voor ouderen. Verzekeraars moeten in contracten met verzorgingshuizen en huisartsen gaan vastleggen hoe vormgegeven kan worden aan een efficiënte samenwerking. Er moeten, overigens in de gehele zorgsector, afspraken worden gemaakt over het voorschrijven van medicijnen en over doelmatige verlening van zorg. Hoe denkt de staatssecretaris, gegeven de al genoemde motie, dit beleid vorm te geven en wat zou haar inbreng kunnen zijn om tot een dergelijke doelmatige zorgverlening te komen, ook in de verzorgingshuizen nu die per 1 januari 2001 onder de AWBZ komen te vallen?

Het is ook mevrouw Arib bekend dat er verpleeghuizen zijn die patiënten weigeren die dure medicijnen gebruiken. Zij memoreert het pleidooi voor een acceptatieplicht waar natuurlijk tegenover moet staan dat instellingen naar zorgzwaarte worden gefinancierd. Er is kennelijk een onderzoek op dit gebied gaande. Wat wordt precies onderzocht en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over het resultaat van dat onderzoek?

Mevrouw Arib vindt het tevens belangrijk dat ouderen zelf kunnen blijven bepalen wie hun huisarts is, omdat zij daarmee veelal al jaren een vertrouwensrelatie hebben en bijvoorbeeld afspraken over euthanasie hebben gemaakt. Zij vinden het moeilijk daarover met een nieuwe arts te moeten spreken. Verzekeraars zullen ook op dat punt een evenwicht moeten vinden tussen doelmatigheid en het op de door de verzekerde gewenste manier leveren van de zorg waaraan deze behoefte heeft.

Mevrouw Arib herinnert aan haar vragen over het verhaal dat het voorkomt dat mensen die in een verpleeghuis wonen, na een ziekenhuisopname van zeven dagen niet meer naar hun kamer terug kunnen, omdat die is leeggehaald en ter beschikking is gesteld van iemand die op de wachtlijst stond. Dit druist in tegen de privacy en de gevoelens van veiligheid. Mevrouw Arib acht is onacceptabel dat, zoals uit de antwoorden blijkt, verpleeghuizen productieafspraken moeten maken met zorgkantoren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) onderschrijft dat het complexe proces van de overgang van verzorgingshuizen naar de AWBZ vlot is verlopen en aan afronding toe is. Tijdens dat proces is al goed nagedacht over een toekomstvisie op onder meer het wonen van de ouderen en de inrichting

van het verzekeringsstelsel om de zorg te kunnen leveren. Waar het enerzijds gaat om verbetering van de huidige inrichting van de zorg en anderzijds om een toekomstvisie op de geneesmiddelenverstrekking, wenst zij een integrale visie te ontvangen op het geheel, inclusief de toekomstige ontwikkelingen inzake AWBZ en bouw. Daarbij dient ook betrokken te worden de motie-Weekers over de scheiden van de kosten van wonen en zorg. Desgevraagd beaamt zij dat er een visie is neergelegd in de nota Ouderen in tel. Daarin mist zij evenwel bepaalde onderwerpen.

Inzake het scheiden van wonen en zorg en het bouwen wordt gesteld dat geld niet langer het probleem is. Mevrouw Van Vliet wil weten wanneer het proces dat in dezen gaande is, zal worden afgerond en tot duidelijkheid zal leiden. Wanneer kunnen organisaties als Arcare en Woonzorg Nederland een begin maken met de uitvoering van hun goed onderbouwde plannen? Kamer en kabinet zijn ervoor dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig wonen, met daaraan gekoppeld vormen van zorg, maar nog niet duidelijk is langs welke weg noodzakelijke voorzieningen, zoals alarmering, een conciërge en een gezamenlijke ruimte, kunnen worden gerealiseerd in het kader van woonzorgcomplexen of van het zelfstandig wonen met een droogloop, zoals dat tegenwoordig heet, naar een verzorgingshuis. Mevrouw Van Vliet heeft voorgesteld om in de aanloop naar de verheldering van de wetgeving in dezen de woonzorg-stimuleringsregeling op dat punt uit te breiden.

Indertijd is afgesproken dat iemand die naar een verzorgingshuis gaat zijn eigen huisarts moet kunnen houden. Het lijkt er echter op dat men op de duur op grond van praktische redenen wordt gedwongen, ook al gebeurt dat op een aardige manier, de eigen huisarts in te ruilen voor die van het verzorgingshuis. Kamer en kabinet moeten dat voorkomen, omdat de mens tot het eind van zijn leven zelf moet kunnen kiezen welke huisarts hij wil. Er wordt al zoveel voor zo iemand beslist. Wie deze beslissing nog zelf kan nemen, moet daartoe de gelegenheid krijgen, aldus mevrouw Van Vliet.

Zij houdt vast aan de motie over het op regionaal niveau uitvoeren van het geneesmiddelenbeleid, waarbij de zorgverzekeraars in overleg met alle betrokken partijen inkopen, ook op dit onderdeel. Op de korte termijn is dit misschien iets minder doelmatig dan onderbrenging van genees- en hulpmiddelen in het verzorgingshuishudget, maar op de lange termijn zal het juist efficiënter zijn. De motie past bij het toekomstbeleid dat dit kabinet heeft ingezet en waarover een uitstekend rapport is verschenen.

Ook mevrouw **Hermann** (GroenLinks) vindt het een compliment waard dat de grootschalige operatie van overheveling van verzorgingshuiszorg uit de oude Wet op de bejaardenoorden naar de AWBZ via de Overgangswet verzorgingshuizen zodanig goed is verlopen dat deze overheveling in grote lijnen op de geplande datum (1 januari 2001) een feit zal kunnen zijn. Zij acht het begrijpelijk dat de complexe overgangswet gefaseerd wordt ingevoerd.

Volgens het regeerakkoord dienen zorgvoorzieningen waarin de verblijfsfunctie centraal staat, buiten het bouwregime van de WZV te vallen. Op blz. 6 van stuk nr. 47 staat dat om gebruik te kunnen maken van de extra beschikbare middelen voor alle gewenste capaciteitsuitbreiding, zowel die waarvoor niet hoeft te worden gebouwd als die waarvoor wel moet worden gebouwd, de wettelijke regelingen moeten worden gerespecteerd die aan die inzet voorafgaan. Dat betekent dat de WZV moet worden gevolgd. Vervolgens wordt in het stuk de bouwprioriteitenlijst vermeld, gevolgd door de onorthodoxe oplossingen. Volgens mevrouw Hermann dient de Kamer nu te zeggen waar en hoe het klimaat op dit terrein moet worden veranderd. Haars inziens is de algemene mening in de Kamer dat de patiënt, de hulpvrager centraal moet staan en dat er uitgegaan moet worden van vraaggerichte zorg die, als het even kan, extramuraal wordt verleend. De vraag is dan ook waarom verzorgingshuiszorg per se een

intramurale aanspraak zou moeten zijn. De zorgvraag moet flexibel ingevuld worden, ongeacht de plaats waar die zorg wordt gegeven. Wie vasthoudt aan de uitgangspunten dat wonen en zorg gescheiden moeten zijn en dat er transmurale zorg moet worden geboden, als het even kan thuis, moet vaststellen dat in de voorgestelde regelingen en afspraken zaken voorkomen waardoor het intramurale karakter van de zorg te sterk wordt benadrukt. Die uitgangspunten betekenen dat afstand moet worden genomen van een aantal aanbevelingen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ beveelt bijvoorbeeld aan te besluiten dat van verpleeghuiszorg alleen sprake kan zijn in combinatie met verpleeghuisverblijf, terwijl het zeer wel mogelijk is dat iemand dankzij thuiszorg en andere hulp thuis kan blijven en daar door een verpleeghuisarts behandeld kan worden. Dat zou namelijk een logische consequentie zijn van het inzetten op extramurale zorg die de complete flexibele aanspraken realiseert. Om dit optimaal te organiseren, moet het werkgebied van de verpleeghuisarts niet worden beperkt tot het verpleeghuis. Dat is nu ook niet het geval.

Mevrouw Hermann onderschrijft de pleidooien om de zorgkantoren geen monopoliepositie te geven, ook al is er een verbindingsschakel nodig tussen de zorgaanspraak van een patiënt en het realiseren daarvan door een zorgaanbieder.

Zij sluit zich tevens aan bij de stelling van de voorgaande sprekers dat gezien de wens om de zorg zo persoonsgericht mogelijk te doen zijn, het onder de regie van de verzorgingshuisdirectie brengen van zowel de medische als de niet-medische zaken een stap achteruit is. Uiteraard dient de directie of het hoofd zorgverlening van een verzorgingshuis een arts te kunnen aanspreken op eventueel niet doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Maar het zou verkeerd zijn als de financiën voor de directie van het verzorgingshuis een steviger prikkel zouden zijn dan het gezondheidsbelang van de bewoner. Mevrouw Hermann verzoekt het kabinet dan ook nadrukkelijk af te zien van deze regiewijziging. De taakstelling in dit verband van 25 mln. betekent dat er zo'n f 250 per verzorgingshuisbewoner per jaar moet worden bespaard. Dat moet ook op een andere manier mogelijk zijn. Bedacht dient te worden dat medicijnen worden voorgeschreven aan individuen. Deze maatregel zal dus geen grotere overzichtelijkheid bieden op het gebied van de farmaceutische zorg. Straks wil men, aldus mevrouw Hermann, ook nog terug naar de instellingskleding, omdat al die aparte kleren ook uiterst onoverzichtelijk zijn.

Ook zij is tegen de verplichting om bij opname in een verzorgingshuis van de eigen huisarts over te stappen op een huisarts die meer patiënten heeft in het verzorgingshuis, tenzij men toch van huisarts moet veranderen vanwege de afstand tot de oorspronkelijke woning.

De heer **Van der Vlies** (SGP) is het ermee eens dat het een goede ontwikkeling is dat de verzorgingshuiszorg per 1 januari 2001 een formele AWBZ-aanspraak wordt. Dit proces heeft lang geduurd. De inzet daarbij van zeer velen op het ministerie en in het veld verdient erkentelijkheid. Op zichzelf is een punt van zorg dat er onrust bestaat over mogelijke veranderingen in de AWBZ. Hij is niet teleurgesteld in de uitvoering van de toezegging van de voorganger van deze staatssecretaris dat in het kader van de komende regionalisering een regeling zal worden getroffen voor (identiteitsgebonden) bovenregionale voorzieningen. Dat wil niet zeggen dat elke voorziening op regionaal niveau toegewezen krijgt, wat zij zou willen, maar die problemen spelen niet alleen bij de identiteitsgebonden bovenregionale voorzieningen. De SGP-fractie zal hierop wel alert blijven. Niet alleen pluriformiteit en variëteit, ook kleinschaligheid verdient in de toekomst de aandacht, omdat de consument erom vraagt. Kleinschaligheid divergeert met de ontwikkelingen op dit gebied gedurende de afgelopen tien jaar. De heer Van der Vlies beaamt dat een visie die is ontwik-

keld steeds weer moet worden gezien in het licht van de (veranderende) omstandigheden, behoeften en prioriteiten, maar hij meent ook dat een visie die is geformuleerd een zekere omlooptijd heeft, als men tenminste wil dat zo'n visie tot implementatie leidt. Hij trekt daarbij een vergelijking met mammoettankers.

Vroeger waren er sterke schotten tussen de thuissituatie, het bejaardenoord, het verzorgingshuis en het verpleeghuis, met bovendien nog een zeer verschillend geregelde vermogenspositie. Ter ontschotting en flexibilisering is Zorg op maat uitgebracht. Ook de thuiszorg sec en de verpleeghuiszorg sec moeten worden geflexibiliseerd. Hoe zullen die trajecten zich ten opzichte van elkaar gaan verhouden? Wat de bouw betreft, moet het gaan om deregulering, ontbureaucratisering, snelheid, daadkracht en resultaat- en doelgerichtheid.

Dat er in een tweetal regio's per 1 januari a.s. zal worden geëxperimenteerd met het PGB in de context van de verzorgingshuiszorg, lijkt de heer Van der Vlies een goede zaak, zij het dat hij van mening is dat die verbreding zo snel mogelijk moet worden gerealiseerd en dat de experimentele fase niet te lang mag duren. In hoeverre zijn de partijen in het veld betrokken bij die experimenten?

Zijn fractie hecht ook sterk aan het principe van de vrije artskenning. De vaak langdurige relatie tussen oudere en huisarts moet worden gekoesterd en niet beproefd, laat staan doorbroken. Dat laatste zou onverhoopt en misschien zelfs ongewild, de consequentie kunnen zijn van de door de staatssecretaris gekozen insteek. In het geval dat er een compromis nodig is, zijn de gezamenlijke ouderenbonden voor volstrekte vrijheid van de patiënt om in samenspraak met zijn huisarts te kiezen voor besteding van de relatie of voor een arts die meer patiënten in het huis heeft, bijvoorbeeld vanwege de te grote afstand tussen verzorgingshuis en oude huisarts.

Op zichzelf is het volgens de heer Van der Vlies goed om de toewijzing van genees- en hulpmiddelen persoonsgebonden te houden, dus aan de huisarts te laten, maar aan de andere kant komt er nu een integratie van de verzorgingshuiszorg en de verpleeghuiszorg. In reactie op een interruptie zegt hij dat voor hem de persoonsrelatie belangrijker is dan het merk van het verstrekte geneesmiddel, zolang dat maar kwalitatief het best mogelijke is. Bij onderbrenging van de genees- en hulpmiddelen in het verzorgingshuisbudget zou volgens hem aan drie voorwaarden moeten worden voldaan. Er moet het gehele jaar voldoende budget beschikbaar zijn. Mensen die dure medicijnen moeten gebruiken, mogen niet om die reden worden geweigerd door een verzorgingshuis. Efficiencywinst die door grootschalige inkoop zou kunnen worden bereikt, mag er nooit toe leiden dat maatwerk in het kader van genees- en hulpmiddelen buiten beeld raakt. Als aan die drie randvoorwaarden wordt voldaan, is zijn fractie bereid op dat punt mee te denken met de staatssecretaris, ondanks de motie. De heer Van der Vlies is het er namelijk mee eens dat procedureel gezien kan worden besloten dit punt en het punt van de huisartskenning voorlopig aan te houden, terwijl intussen andere dingen worden geregeld. Zijn inziens is een cesuur tussen de relatie patiënt/arts en het verstrekken van genees- en hulpmiddelen verdedigbaar, zolang de medicijnen kwalitatief goed en altijd beschikbaar, bijvoorbeeld via een in pandige voorziening in het verzorgingshuis. Hij vraagt tot slot hoe essentieel het in het concept van de staatssecretaris is dat de huisartsfunctie en het farmaceutische regime in één AMvB ondergebracht worden.

De **staatssecretaris** dankt voor de complimenten voor het verloop van het proces om te komen tot integratie in de AWBZ. Uiteraard zijn er nog veel ambities inzake de omslag van het aanbodgestuurde systeem naar een vraaggestuurd systeem in het kader van de AWBZ.

In 1996 heeft het vorige kabinet in het kader van het bevorderen van de doelmatigheid besloten de geneesmiddelen over te hevelen naar het verzorgingshuishudget. Het kabinet heeft daar inderdaad vervolgens geen invulling aangegeven en van jaar op jaar in het JOZ een taakstelling ingeboekt zonder bijbehorende maatregelen. Tot en met december 1999 is met alle partijen in het veld uitvoerig gesproken over het overhevelingsvoornemen en overeenstemming bereikt.

De zorgvraag van de bewoners van verzorgingshuizen is steeds intensiever geworden, omdat er steeds meer mensen met een verpleeghuisindicatie in een verzorgingshuis verblijven. De kosten van medicijnen, voorgeschreven aan patiënten, zijn in verzorgingshuizen dubbel zo hoog als in verpleeghuizen, zonder dat het verschil in categorieën bewoners daarvoor een verklaring vormt. Het heeft dus te maken met de wijze van verstrekking. Het is nog maar de vraag of het verantwoord is de huidige categorie verzorgingshuisbewoners, die vaak niet meer de regie over hun eigen leven kunnen voeren, zelf verantwoordelijk te laten zijn voor hun medicijngebruik. Niemand controleert of de patiënt op tijd zijn medicijnen inneemt in de juiste volgorde en hoeveelheid. In de verzorgingshuizen worden daarom veel medicijnen weggegooid, wat in het verpleeghuis niet het geval is. Juist de verschuiving in de zorgvraag, die een gevolg is van het gevoerde substitutiebeleid, roept de vraag op hoe de verantwoordelijkheid voor de medische zorgverlening in verzorgingshuizen moet worden geregeld en hoe de functies huisartsenzorg, farmaceutisch beleid en verpleging en verzorging in de voorziening op elkaar moeten worden afgestemd. In de discussie daarover met Arcare en de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) kwam de algemene opvatting naar voren dat de coördinatieverantwoordelijkheid moet worden geregeld en dat het, gegeven de kwaliteit die geboden moet worden aan de bewoners, voor de hand ligt die verantwoordelijkheid te leggen bij het verzorgingshuis. Dat levert ook doelmatigheidswinst op. Het verzorgingshuis wil dan ook beschikken over de instrumenten, nodig om daaraan invulling te geven. Nagedacht is over een goede vormgeving daarvan, waarbij enerzijds recht wordt gedaan aan de wens van de bewoners om zelf te kiezen wie hen behandelt en anderzijds een doelmatige verstrekking mogelijk is van medicijnen en hulpmiddelen. In een groot aantal grote verzorgingshuizen kan het personeel geen zicht houden op wat door de vele huisartsen die er komen, wordt voorgeschreven aan de diverse cliënten. Om een einde te maken aan deze voor de kwaliteit van de zorg ongewenste situatie, is besloten dat het aantal artsen dat de zorg voor de bewoners van een verzorgingshuis op zich neemt, moet worden beperkt, maar wel met de mogelijkheid voor de bewoners om uit verschillende artsen te kiezen. Vandaar het idee om verzorgingshuizen contracten te laten sluiten met huisartsengroepen (HAGRO's). Als mensen in hun eigen buurt naar een verzorgingshuis gaan, kunnen zij waarschijnlijk hun huisarts houden. Het verzorgingshuis kan dan afspraken met die arts maken. Wie echter verder van huis wordt opgenomen, zal een andere huisarts moeten zoeken. Dat geldt voor iedere Nederlander die over enige afstand verhuist, al kan iemand die niet naar een verzorgingshuis gaat bij verhuizing in principe wel z'n huisarts houden, op voorwaarde dat hij altijd naar de praktijk toe gaat, omdat van huisartsen nu eenmaal niet kan worden verwacht dat zij tientallen kilometers rijden om op huisbezoek te gaan. In de AMvB wordt niet opgenomen dat in een verzorgingshuis uitsluitend medische zorg kan worden geleverd door een HAGRO waarmee het huis een contract heeft gesloten.

De staatssecretaris is het ermee eens dat voor mensen met een lichtere zorgvraag in een verzorgingshuis handhaving van het regime van de vrije artskeuze en de eigen verantwoordelijkheid voor medicijngebruik te rechtvaardigen zou zijn. Er zijn evenwel verzorgingshuizen waar meer dan 50% van de bewoners een verpleeghuisindicatie heeft. Voor die groep is handhaving van dat regime niet te combineren met de noodzakelijke zorgkwaliteit. De Landelijke organisatie cliëntenraden (LOC) en de ouderenbonden steunen in principe het voornemen om tot beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis te komen, juist vanwege de verantwoordelijkheid voor de coördinatie. Wel zijn zij van mening dat de mensen moeten kunnen kiezen uit verschillende artsen en dat iemand die dat per se wil, zijn eigen huisarts moet kunnen blijven houden. Dat blijft ook mogelijk in het voorgenomen systeem.

De staatssecretaris herhaalt naar aanleiding van een interruptie dat als het verzorgingshuis niet verantwoordelijk wordt gemaakt voor de coördinatie van de medische zorg er uit een oogpunt van de kwaliteit van de zorg een groot risico ontstaat voor die groepen bewoners die niet in staat zijn een en ander zelf te regelen. Zij is ervan overtuigd dat de afspraken die de afgelopen tijd in het kader van het geneesmiddelenbeleid zijn gemaakt, een bijdrage leveren aan vergroting van de doelmatigheid op dat terrein. Op dit moment is in het verzorgingshuis evenwel niemand anders dan de patiënt zelf verantwoordelijk voor het tijdig en in de goede volgorde innemen van medicijnen. Bij interruptie wordt gesteld dat gegeven de toename van het aantal patiënten dat dit zelf niet meer goed aan kan, dus gegeven de grotere zorgzwaarte, het budget van het verzorgingshuis moet worden verhoogd zodat een verzorgster de tijd krijgt om de medicijnen uit te delen aan de betreffende patiënten. Voorts wordt erop gewezen dat indien een beperkter aantal in het verzorgingshuis actieve huisartsen logistiek beter wordt geacht voor het verzorgingshuis, het instellingsbelang wordt gesteld boven dat van de bewoner/patiënt. Als de bewoner/patiënt de eigen huisarts kan houden of bij een te grote afstand voor een andere huisarts kan kiezen, is de keuzevrijheid van betrokkene gewaarborgd.

De staatssecretaris zegt naar aanleiding hiervan dat zij uitgaande van de kwaliteit van de zorg, de vraag wil beantwoorden waar de coördinatie-verantwoordelijkheid moet liggen. Die verantwoordelijkheid wordt vervolgens vertaald in afspraken met huisartsen en afspraken over de geneesmiddelenverstrekking, al dan niet ondergebracht in het verzorgingshuishudget. Het staat als een paal boven water dat men voldoende personeel moet hebben om het allemaal te kunnen doen. De staatssecretaris meent dat er geen verschil is tussen wat de heer Van der Vlies op het eind van zijn betoog heeft gezegd en wat het kabinet nu voorstelt. De kern van het geheel is dat de medische zorg wordt gecoördineerd en dat er afspraken worden gemaakt tussen verzorgingshuizen en huisartsen, waarbij het aantal in verzorgingshuizen rondlopende huisartsen wordt beperkt.

Per 1 januari a.s. valt zowel de extramurale verstrekking als de intramurale verstrekking verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg onder de AWBZ. Dat is een eerste stap naar een meer functioneel georiënteerd aanspraken-systeem met afzonderlijke producten en prijzen. Afhankelijk van de individuele zorgvraag zal per patiënt een indicatie worden gegeven voor een aantal producten van een bepaalde omvang en zorgzwaarte. Het is de bedoeling dat de AWBZ op den duur niet langer instellingsgebonden wordt gefinancierd, maar persoonsgebonden. De noodzakelijke verlegging van de geldstromen om van het aanbodgestuurde systeem over te stappen op het vraaggestuurde systeem, kan nogal wat consequenties hebben. Vandaar dat is gekozen voor een stapsgewijze omzetting in het kader van het proces tot flexibilisering. Het is de bedoeling volgend jaar een pilot uit te voeren op het vlak van verpleging en verzorging. In 2002 zal daarop een benchmark volgen om te bekijken hoe het uitpakt bij de

instellingen. In 2002/2003 zal dan de overstap worden gemaakt naar een ander financieringssysteem. Deze zeer ingrijpende wijziging in de financieringssystematiek van de AWBZ zal uiterst zorgvuldig moeten worden uitgevoerd.

De staatssecretaris merkt vervolgens op dat allerlei onderzoeken en projecten tot de conclusie hebben geleid dat het scheiden van wonen en zorg in bestaande voorzieningen heel veel kosten met zich brengt en als zodanig geen kwaliteitsverbetering oplevert voor de individuele bewoner. Slechts in een beperkt aantal gevallen is gebleken dat een verzorgingshuis met extra investeringen kon worden omgezet in een woonzorgcentrum. Bij nieuwbouw wil het kabinet uitgaan van het zoveel mogelijk scheiden van wonen en zorg. Het kabinet wil in de nieuwbouw zoveel mogelijk woonzorgarrangementen, waarbij de betrokkenen het noodzakelijke pakket aan zorg op maat geflexibiliseerd kunnen krijgen, maar zelfstandig kunnen kiezen waar zij willen wonen. Vandaar de woonzorgstimuleringsregeling van VROM en VWS. Op het moment dat een verzorgingshuis moet worden gerenoveerd, moet worden bekeken of het verstandig is als verzorgingshuis-oude-stijl verder te gaan, mogelijk convergerend in de richting van verpleeghuisvoorzieningen, dan wel als woonzorgcentrum-nieuwe-stijl. Het instandhoudingsbudget wordt niet aan de instellingen toegekend, zodat zij niet kunnen besluiten altijd maar een klassieke instelling te blijven.

In de bestaande situatie in een groot aantal verpleeg- en verzorgingshuizen waarbij de functies wonen en zorg niet kunnen worden gescheiden, zal een verstrekking nodig blijven van vormen van verzorging en verpleging, waarbij verblijf onlosmakelijk verbonden is met de intensiteit van de zorgvraag. Zo'n onderdeel van de AWBZ blijft dus noodzakelijk. In heel veel situaties zullen de functies wonen en zorg echter wel gescheiden kunnen worden en zal de functie voor de eigen verantwoordelijkheid van de betrokkenen zijn.

Gegeven de zorgvraag van sommige groepen verpleeghuisbewoners kan de staatssecretaris de vraag of het de bedoeling is dat als alle renovaties achter de rug zijn, overal wonen en zorg gescheiden zijn, niet bevestigend beantwoorden. In een aantal gevallen is groepsbehandeling noodzakelijk, wat niet wil zeggen dat de betrokkenen niet in een eenpersoonskamer kunnen slapen.

De staatssecretaris merkt op dat de indicatie verzorging en verpleging per individu wordt gegeven en dat eenieder, waar ook woonachtig, op basis van die indicatie de noodzakelijke vormen van zorg kan krijgen. Extramurale verzorgingshuiszorg en extramurale verpleeghuiszorg zijn, zoals gezegd, met ingang van 1 januari a.s. onderdeel van het verstrekkingenpakket AWBZ. Een particulier huis kan niet een integrale AWBZ-functie leveren inclusief de wooncomponent. De meeste woonzorgcomplexen kennen de situatie waarin het complex de woonfunctie levert en voor de zorgfunctie een contract heeft met een thuiszorginstelling of een verzorgings- of verpleeghuis. De levering van zorgfuncties is en blijft voorbehouden aan instellingen met een AWBZ-erkenning.

Reagerend op een interruptie wijst de staatssecretaris erop dat waar zij ook wonen, mensen met een indicatie verpleging of verzorging kunnen kiezen voor een PGB en dan zelf de noodzakelijke zorg kunnen inkopen waar zij dat willen. Het is niet mogelijk, zoals de NEVEB wil, dat er voor alle bewoners een soort collectieve PGB-financiering komt waarmee zo'n voorziening als nieuwe instelling te boek komt te staan. Een PGB wordt individueel verstrekt en niet collectief. Als men in een niet-erkende instelling woont en geen gebruik wil maken van een PGB, maar wel van zorg in natura, dan zal die instelling moeten samenwerken met een erkende instelling die deze zorg kan leveren.

Er is een experiment nodig met het persoonsgebonden budget in het kader van verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg, omdat er thans twee verschillende PGB-regelingen bestaan. Het PGB verpleging en verzorging

is gebaseerd op uren en bij het PGB gehandicaptenzorg wordt uitgegaan van de budgetsystematiek. De persoonsgebonden financierings-systematiek moet worden toegesneden op de gemoderniseerde AWBZ met producten en prijzen. In de experimenteerperiode wordt getracht de beste variant te ontwikkelen voor de langere termijn. De woonfunctie zal dan niet onder het PGB gebracht worden. Het ligt daarom niet voor de hand de intramurale indicatie verpleeghuiszorg een pendant te geven in de vorm van een PGB.

In de AMvB wordt de mogelijkheid geregeld dat een verpleeghuisarts mensen thuis verpleeghuiszorg biedt indien zij daarop een extramurale aanspraak hebben.

De beoordeling van de bestedingsplannen vanuit de regio's is grotendeels afgerond. Er zal een samenvattend beeld van worden gemaakt en de Kamer zal worden gerapporteerd over de conclusies die eruit zijn getrokken. Inderdaad hebben Arcare en Woonzorg Nederland ambitieuze plannen voor woonzorgarrangementen. Gezien de wachtlijsten en de verwachtingen op termijn is een aantal van 6000 woningen overigens nog aan de beperkte kant. De Kamer zal worden geïnformeerd over wat er nog meer moet gebeuren.

Het betrokken verpleeghuis heeft het wel beweerd, maar het is niet waar dat een verpleeghuis is verplicht de kamer van iemand die voor zeven dagen in het ziekenhuis wordt opgenomen, te ontruimen en aan een ander ter beschikking te stellen. Als mensen maanden ergens anders moeten verblijven, is er sprake van een andere situatie en zal moeten worden bekeken hoe daarmee zorgvuldig kan worden omgegaan.

De staatssecretaris merkt op dat in feite een fasegewijze transformatie gaande is van het aanbodgestuurde systeem naar een vraaggestuurd niveau. Die wijzigingen moeten plaatsvinden op het niveau van de aanspraken door flexibilisering en functionalisering. Het geheel moet worden vertaald in tarieven, producten en prijzen. Omdat de WZV als planningsinstrumentarium centraal aanbodgestuurd is, wordt getracht zoveel mogelijk buiten de WZV te houden. Ook de WZV zal moeten worden veranderd om de omslag mogelijk te maken naar het vraaggestuurde systeem. Op dit moment wordt de AWBZ uitgevoerd door zorgkantoren die daarvoor zijn aangewezen en gemandateerd door zorgverzekeraars, die formeel de AWBZ-uitvoerders zijn. Het kabinet wil de zorgkantoren binnen de huidige bevoegdheden en zorgplicht in staat stellen hun werk zo goed mogelijk te doen om de wachtlijsten aan te pakken. De zorgkantoren geven in het kader van het aanpakken van de wachtlijsten adviezen. In formele zin blijft het ministerie de beslissingen nemen. Iedereen wil de omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg snel realiseren, maar dat vergt ook een omvorming van de uitvoeringsorganisatie en daarbij komt de discussie over het stelsel in beeld. De Kamer wil eerst de stelseldiscussie voeren voordat er stappen worden gezet in het kader van de uitvoeringsorganisatie. De staatssecretaris probeert binnen de huidige wetgeving het maximale te doen in het kader van het voortgaande proces in de richting van een meer vraaggestuurde AWBZ. Er komt een moment waarop de uitvoeringsorganisatie moet worden aangepast om voldoende counterfailing power te houden voor de uitvoering van de verzekering. De Kamer en de bewindsvrouwe zullen een zakelijk debat met elkaar moeten hebben over de toerusting van de uitvoeringsorganisatie die wenselijk is om een goed functionerend systeem mogelijk te maken in de vorm van een vraaggestuurde AWBZ, persoonsgebonden gefinancierd, dus meer aansluitend bij de behoefte van de individuele cliënten die ervoor kunnen kiezen de zorg in natura af te nemen of de verlening ervan zelf te regelen.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Terpstra** (VVD) beaamt dat Kamer en kabinet het erover eens zijn dat fasegewijs de aanbodgestuurde AWBZ-zorg moet worden omgebouwd in een vraaggestuurde zorg, waarbij de cliënt centraal staat. Als een patiënt/bewoner van een verzorgingshuis niet meer in staat is ervoor te zorgen dat hij de hem voorgeschreven medicijnen tijdig in de juiste hoeveelheid en volgorde inneemt, dan moet het verzorgingshuis haars inziens daarvoor zorg dragen. Indien thans niet helder is geregeld dat dit een verzorgingshuiszorgproduct is, dan moet de coördinatie van het verstrekken van medicijnen worden opgenomen in de zorgplicht van het verzorgingshuis. Dat is iets anders dan het opnemen van genees- en hulpmiddelen in het budget van het verzorgingshuis, zoals de staatssecretaris voornemens is. Mevrouw Terpstra vraagt haar van dit voornemen af te zien. Zij is het er wel mee eens dat er een beter voorschrijfgedrag, niet alleen voor verzorgingshuispatiënten, moet komen door een goed FTTO en de EVS.

Mevrouw Terpstra verzoekt de staatssecretaris voorts de wens van de Kamer te volgen om de vrije huisartsenkeuze als uitgangspunt te handhaven. Vanzelfsprekend staat het verzorgingshuizen vrij om, indien een (nieuwe) bewoner om welke reden dan ook van huisarts moet wisselen, een contract te sluiten met een of meer HAGRO's.

Mevrouw Terpstra is het ermee eens dat de AWBZ-afspraken moeten worden ontschot en niet instellingsgericht moeten zijn. Zij is het ook eens met de uitbreiding van het zorgvolume, met prioriteit voor zorg zonder bouw, dus vooruitlopend op het scheiden van wonen en zorg. Waarom is de woonzorgstimuleringsregeling, die niet onbelangrijk is voor de MOZ, nog steeds een incidentele regeling en nadrukkelijk gebonden aan innovatieve projecten, terwijl de regeling ook mag worden ingezet voor WOZOCO's die niet meer echt innovatief te noemen zijn? Kan het toepassingsveld van de regeling niet worden verbreed, zodat de wachtlijsten korter kunnen worden?

In het voorstel van VWS aan CVZ heeft mevrouw Terpstra alleen een experiment gezien met maar één variant van het PGB, namelijk de variant met de budgetcategorieën. Zij heeft voorgesteld naar de werkelijke uren te kijken die parallel lopen met de verpleging en verzorging. Derhalve vraagt zij die tweede variant ook nadrukkelijk te bezien en ervoor te zorgen dat stapeling mogelijk wordt van thuiszorg en intensieve thuiszorg (ITZ). Iemand met een indicatie verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg kan al gauw drie uur lijfgebonden zorg per dag krijgen, wat een budget van f 88 000 betekent. Daarbovenop kan nog huishoudelijke zorg en dagopvang komen. Dan wordt al gauw het omslagpunt van 80% bereikt.

Mevrouw **Dankers** (CDA) heeft uit de discussie het gevoel over gehouden dat de kostenbeheersing en niet de kwaliteit van de zorg de insteek is geweest bij de wens om de genees- en hulpmiddelen onder te brengen in het verzorgingshuisbudget. Heeft de staatssecretaris uit de opmerkingen van de Kamer niet de conclusie getrokken dat het vrij zinloos is om door te gaan met het voorbereiden van AMvB's in dezen?

Mevrouw Dankers verzoekt de staatssecretaris dringend om wél een experiment met een PGB in een intramurale setting uit te voeren.

Mevrouw **Arib** (PvdA) is het ermee eens dat geneesmiddelen doelmatig en zuinig moeten worden voorgeschreven, maar wil gegeven de bekende motie, van de staatssecretaris weten hoe zij de problemen die zij heeft aangesneden, gaat oplossen.

Mevrouw Arib wijst erop dat haar vragen over de acceptatieplicht voor instellingen en het financieren van verpleeghuizen naar zorgzwaarte nog niet zijn beantwoord.

Helder is dat de vrije artskenkeuze van de patiënt centraal dient te staan. Die taakstelling mag evenwel niet ten koste van de wachtlijstgelden gaan. Mevrouw Arib pleit er daarom voor minister Zalm te benaderen voor extra geld.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) sluit zich aan bij de woorden van mevrouw Terpstra in tweede termijn.

Mevrouw Van Vliet herhaalt dat zij graag zou zien dat de woonzorg-stimuleringsregeling een structureel karakter krijgt en ruimer ingezet kan worden voor een aantal praktische punten, zodat de door eenieder gewenste woonzorgcomplexen met een scheiding van wonen en zorg tot stand gebracht kunnen worden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) sluit zich aan bij de woorden van mevrouw Terpstra over genees- en hulpmiddelen als verzorgingshuiszorg-aanspraak en bij de bezorgdheid van mevrouw Dankers over de toekomst van het PGB. Het heeft mevrouw Hermann teleurgesteld dat de staatssecretaris in antwoord op vragen over de Zorgnota en de begroting heeft gesteld een overgang van het PGB van subsidieregeling naar AWBZ-aanspraak te voorzien voor 2003, terwijl eenieder die aanspraak op zo kort mogelijke termijn gerealiseerd zou willen zien.

Het Instituut voor geriatrie en ouderenpsychiatrie is reeds een aantal jaren met de staatssecretaris in gesprek en heeft diverse onderzoeksplannen. Juist vanwege het toenemen van de zorgzwaarte acht mevrouw Hermann een wetenschappelijke onderbouwing van de ouderenzorg gewenst. Zij zal het instituut vragen de staatssecretaris een nieuwe brief te sturen en verzoekt de staatssecretaris de Kamer daarna hierover schriftelijk te berichten.

De heer **Van der Vlies** (SGP) sluit zich aan bij de opmerkingen van zijn collega's over het PGB en de woonzorgstimuleringsregeling.

Het hete hangijzer is nu hoe het verder moet met de AMvB die de staatssecretaris voornemens was per 1 januari a.s. te laten ingaan. De staatssecretaris heeft als uitgangspunt gekozen een integrale benadering van verzorging in een verzorgingshuis. De heer Van der Vlies constateert dat er in de Kamer wel begrip bestaat voor vele redenen die de staatssecretaris daarvoor aanvoert, maar dat de Kamer het middel afwijst dat de staatssecretaris daarvoor kiest. Hij voegt eraan toe dat de staatssecretaris ook heeft gezegd dat de integrale benadering onder spanning kan komen te staan als nogal wat toekomstige bewoners ervoor kiezen hun eigen huisarts te houden. Vandaar zijn vraag hoe wezenlijk het is dat die ene AMvB zowel de medische zorg als de genees- en hulpmiddelen betreft. Er is zijns inziens wezenlijk meer sprake van een vertrouwensrelatie bij de relatie arts-patiënt dan bij geneesmiddelenverstrekking, ervan uitgaande dat erop mag worden vertrouwd dat die kwalitatief adequaat zal zijn. Vandaar zijn suggestie om een knip aan te brengen tussen die twee onderwerpen, al pleiten de andere leden van de commissie ervoor de AMvB maar helemaal niet uit te brengen. Dan is het de vraag hoe het verder moet. Dat de coördinatiefunctie in de aanspraak moet worden verwerkt, is hem wel duidelijk, maar ook dat er wel een prijskaartje aan hangt. Naast dat gezondheidsdoel zijn er ook nog andere doelen in de politiek, aldus de heer Van der Vlies, die er tot slot op wijst dat de staatssecretaris in de brief van 14 juli niet voor niets refereert aan de vele overleggen met de Kamer over het geneesmiddelenpakket.

De **staatssecretaris** beaamt dat 1 januari a.s. als invoeringsdatum voor de AMvB onhaalbaar is.

Als de genees- en hulpmiddelen in het verzorgingshuishudget worden ondergebracht om de kosten via centrale inkoop te drukken, zal, zoals uit de brief van 14 juli blijkt, twee jaar lang worden nagecalculeerd om een

verantwoorde hoogte van het budget te bereiken, want afwenteling op het personeels- en capaciteitsbudget is inderdaad ongewenst volgens de staatssecretaris. Om die afwenteling onmogelijk te maken zou het budget voor de medicijnen als afzonderlijk budget kunnen worden gekwalificeerd. Zij constateert dat er niets moet worden gewijzigd, als de Kamer niet wil dat het verzorgingshuis de coördinatiefunctie krijgt die tot uitdrukking moet komen in contracten met huisartsen en de beheersing van het farmaceutisch beleid. Gegeven de verandering in de samenstelling van de groep bewoners van verzorgingshuizen lijkt haar dat niet verstandig, maar als de Kamer een andere afweging maakt, zal zij zich daarbij neerleggen. De Kamer kan niet zeggen dat het mogelijk moet worden om de verantwoordelijkheid voor het geven van medicijnen aan individuele bewoners bij het verzorgingshuis te leggen, zonder dat het verzorgingshuis daarvoor in de wet instrumenten krijgt aangereikt.

Bij interruptie wordt erop gewezen dat het geven van medicijnen aan individuele bewoners die er zelf niet meer op kunnen letten, een zorgtaak moet zijn van het verzorgingshuis, net als het tijdig vervangen van incontinentiemateriaal. Als die zorgfunctie niet is geregeld, moet dat alsnog gebeuren. Voorts wordt bij interruptie gevraagd of de staatssecretaris kan aantonen dat FTTO en soortgelijke processen niet de gewenste doelmatigheid zullen opleveren. Zo ja, dan klopt de toekomstvisie op geneesmiddelen niet. Ten slotte werd bij interruptie gesteld dat als mensen niet meer in staat zijn de regie over hun geneesmiddeleninname te voeren, het verstrekken daarvan een duidelijk onderdeel is van de aanspraak verpleging, zoals omschreven door het CVZ.

De staatssecretaris antwoordt dat dit in essentie niet zo is, maar dat het gaat om het regelen van de verantwoordelijkheid voor de medische zorg. Zij zal niet doorgaan op een pad waarvoor in de Kamer geen steun bestaat, maar dat betekent wel dat nagegaan moet worden of er lacunes zijn die opgevuld moeten worden en, zo ja, of dat op een andere manier kan. Na die bezinning zal de staatssecretaris bij de Kamer terugkomen met een voorstel over hoe het verder moet.

De woonzorgstimuleringsregeling is per 1 oktober van kracht geworden. Een van de redenen om de regeling niet breder te maken, is dat er inmiddels al 32 000 plaatsen in woonzorgcomplexen tot stand zijn gekomen, ondanks de zogenaamde praktische problemen. De regeling is bedoeld om vernieuwing mogelijk te maken. Staatssecretaris Remkes ziet daarbij een belangrijke taak weggelegd voor Volkshuisvesting op het stuk van de huisvesting van gehandicapten en ouderen. In zijn nota Wonen is een uitvoerig hoofdstuk over wonen en zorg opgenomen.

Aan de ene kant wil de Kamer de functie wonen uit de AWBZ halen, maar aan de andere kant wil zij functies die met wonen samenhangen in een regeling onderbrengen. Gezamenlijk zal moeten worden bekeken wat er moet worden ondergebracht in dat systeem. In overleg met haar collega Remkes zal de staatssecretaris bezien of er verdere stappen voorwaarts kunnen worden gezet op dit terrein.

Volgens haar is de tweede variant van het persoonsgebonden budget er al. Sinds 1 augustus is het mogelijk de ITZ in de vorm van een PGB te krijgen. Daarom is het urenexperiment niet nodig. Vandaar dat analoog aan de situatie bij de verstandelijk gehandicapten een tweede vorm wordt uitgetoetst met budgetcategorieën, ook in relatie tot zorgzwaarte, producten en prijzen, om te bezien of er geen eenvoudiger systeem mogelijk is. Op het moment dat iemand wordt geïndiceerd voor verpleging en verzorging en deze extramuraal kunnen worden geleverd, kan de ITZ dus in de vorm van een PGB worden verleend. Vandaar dat alleen het experiment met die andere variant wordt uitgevoerd.

De staatssecretaris zegt toe de Kamer te zullen informeren over haar standpunt inzake de ideeën van het Instituut voor geriatrie en ouderenpsychiatrie.

Het ligt voor de hand dat bij een systeem van persoonsvolgende bekostiging niet langer het probleem zal bestaan dat instellingen aan de poort selecteren en de zwaarste cliënten afwijzen. Nagegaan zal moeten worden wat instellingen kan worden opgelegd en wat niet, als er geen contracterplicht is.

Ook de staatssecretaris vindt het ongewenst dat het niet-realiseren van de taakstelling met betrekking tot de farmaceutische zorg ten laste gaat van intensiveringen die hard nodig zijn voor de aanpak van de wachtlijsten of de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Zij zal het kabinet informeren over het verloop van dit overleg. Daarna zal zij de Kamer op de hoogte stellen van de reactie van het kabinet.

In reactie op de vraag om een PGB-experiment uit te voeren, waarbij de indicatie ook verblijf omvat, wijst de staatssecretaris erop dat zij de algemeen door de Kamer geuite wens deelt om wonen en zorg te scheiden en op termijn de verblijfsfunctie zo min mogelijk in de AWBZ onder te brengen. Het is haars inziens dan ook niet gewenst de verblijfsfunctie in het PGB te integreren en de wooncomponent op die manier te institutionaliseren.

De **voorzitter** sluit de vergadering met de conclusie dat de staatssecretaris de Kamer een herbezinning op haar brief van 14 juli zal doen toekomen.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen