

Korthals

situaties die ik heb genoemd in de memorie van antwoord. Op dit punt kan ik mevrouw Timmerman dus geruststellen. De laatste vraag van mevrouw Timmerman of ik bereid ben, indien deze bepaling weer onderwerp van bespreking zou zijn in de Tweede Kamer, de in de memorie van antwoord geschetste gevolgen ook nog eens aan de Tweede Kamer voor te houden, kan ik positief beantwoorden. Indien een dergelijke gelegenheid zich zou voordoen, ben ik graag bereid op deze gevolgen te wijzen.

Mevrouw **Timmerman-Buck** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden en met name voor zijn toezeggingen op zeker twee van de drie punten. Dat is niet slecht voor vandaag! Er blijft echter het punt van de schrijfproef en de stemanalyse. Uit de wijze waarop de minister daarop heeft gereageerd, proef ik dat het eigenlijk een herhaling is van de argumenten die hij eerder heeft gegeven. Dat recht wil ik hem niet ontzeggen, maar ik had naar een nadere onderbouwing gevraagd. Met name als de minister stelt dat die maatregelen expliciet genoemd zijn die gangbaar zijn, zou ik toch een nadere concretisering van de minister willen verkrijgen: wat wordt dan gangbaar geacht als methode en wat niet?

En voorts: als een bepaalde methode alleen op vrijwillige basis kan worden toegepast, dan kan de minister toch alleen maar mijn stelling bevestigen dat die methode buiten de reikwijdte valt van artikel 61a, lid 1?

Minister **Korthals**: Voorzitter. Mevrouw Timmerman heeft erop gewezen dat wij moeten oppassen voor een herhaling van zetten. Ik heb al aangegeven dat wij de in het Besluit inverzekeringsstelling genoemde maatregelen hebben willen opnemen en dat het de meest gangbare en in de praktijk gebezigde maatregelen zijn. Zoals zij zegt, valt de methode buiten de reikwijdte van artikel 61a maar kan, zoals ik al heb aangegeven, bijvoorbeeld handschriftvergelijking op een andere manier plaatsvinden dan doordat men iemand dwingt tot een

schrijfproef. Om die reden hebben wij voor deze systematiek gekozen.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De vergadering wordt van 16.17 uur tot 16.30 uur geschorst.

Voorzitter: Braks

Aan de orde is de voortzetting van het debat over **De Zorg in Nederland (Eerste Kamer, vergaderjaar 2001-2002, nr. 11)**.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter. Toen wij in april de vragen ontvingen van de vaste commissie voor VWS van deze Kamer, waren de staatssecretaris en ik ons al snel bewust van de hoeveelheid werk die de beantwoording met zich zou brengen. Tegelijkertijd zagen we dit echter ook als een kans om te investeren in een beter inzicht in de ontwikkelingen van de afgelopen acht jaar in samenhang met de daaraan voorafgaande periode. Ik ben blij dat nadere werkafspraken met de commissie mogelijk waren, waardoor we nu in deze Kamer een debat kunnen voeren over de hoofdlijnen, die uit de vragen en antwoorden naar voren zijn gekomen. De inbreng van deze Kamer in eerste termijn getuigt daar ook van. Ik wil in de beantwoording met name op de hoofdlijnen ingaan. Na mij zal de staatssecretaris ook nog graag op enkele zaken reageren.

Ik begin met een algemene inleiding over de hoofdlijnen en ik zal daarna antwoorden op concrete vragen, die door de diverse sprekers zijn gesteld over die punten. Er is meer gebeurd dan het alleen maar op een rijtje zetten van historisch materiaal. Ik heb ernaar gestreefd om de gegevens zo te presenteren dat deze ook informatie en inzicht opleveren. Daarbij blijkt dat ook hier, zoals zo vaak, ontwikkelingen in retrospectief beter verklaarbaar zijn dan op het moment zelf.

Nogmaals, ik vind het een goede zaak dat wij vandaag met elkaar de tijd nemen om eens uitvoeriger stil te staan bij de vragen die er bij velen leven rond de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg en

rond een aantal ernstige problemen die zich daar voordoen, zoals de wachtlijsten en de werkdruk. Dit is zeker nuttig nu we ons bevinden in een overgangsfase van een centraal aanbodgestuurd zorgstelsel naar een decentraal vraaggericht systeem. Die overgang gaat gepaard met een andere rolverdeling, andere verantwoordelijkheden voor alle betrokkenen in de sector, de zorgaanbieders, de verzekeraars, de patiënten en de overheid. De informatiebehoefte van regering en parlement is daarbij nog een specifiek element.

Alle sprekers zijn ingegaan op de aanleiding voor de discussie over een mogelijk parlementair onderzoek. Uiteindelijk is het dit debat geworden. Het kabinet heeft in de antwoordbrief aangegeven, die aanleiding te onderkennen. Er is een grote problematiek, zoals ik zojuist al zei, die zich concentreert op lange wachttijden, lange wachtlijsten en personeelstekorten. Hier hebben patiënten en personeel last van. We moeten daar met de grootst mogelijke spoed en energie iets aan doen.

Enkele sprekers hebben vanochtend opgesomd welke specifieke problemen en knelpunten de afgelopen jaren nog meer op de politieke agenda zijn terechtgekomen. Sommigen hebben daaraan de term "achterstallig onderhoud" verbonden. Ik wil duidelijk stellen dat ik niets wil afdoen aan elk van die specifieke problemen, maar ik heb er wel moeite mee dat die problemen als enige het beeld van de hele zorgsector zouden bepalen. Er zijn daarnaast op zijn minst nog andere beelden mogelijk. Ik heb van de heren Dees en Hessing en van mevrouw Ter Veld daarvan ook voorbeelden gehoord. Het kabinet heeft die andere beelden ook in de antwoordbrief neergezet. Ik noem nog een enkel voorbeeld. Heel belangrijk voor de mensen waar het om gaat – de patiënten – zijn: meer ruimte voor privacy in instellingen voor chronisch verblijf, sterk toegenomen behandel-mogelijkheden, veel nieuwe zeer werkzame geneesmiddelen die voor mensen met aids, reuma en diabetes etc. een doorbraak hebben betekend in hun levenskwaliteit. Als je die mensen spreekt, dan zeggen zij dat er heel wat is verbeterd in de afgelopen jaren. Er worden meer kwaliteitsingrepen gedaan, en wel tot

Borst-Eilers

op hoge leeftijd: nieuwe ooglenzen, knieën en heupen. Het kan allemaal, ook als je negentig bent. Verder noem ik de vermaatschappelijking, de extramuralisering: de zorg zoveel mogelijk naar de mensen thuis brengen, ook naar ernstig zieke mensen of naar mensen die in hun laatste levensfase verkeren. Ook dat wordt beleefd als een sterke kwaliteitsverbetering. De zorg is verder een van de sectoren waarin de werkgelegenheid het sterkst groeit. Dat is toch ook een positief punt. De zorgsector wordt in toenemende mate gezien als een belangrijke motor van onze economische groei. Problemen zijn er. Die moeten verdwijnen en daarom pakken wij die met zoveel mogelijk kracht aan.

Alleen maar problemen en knelpunten noemen en je daarop richten vind ik toch een beetje met vuur spelen. Het stelt de sector voortdurend in een negatief daglicht en het werkt demoraliserend op de vele mensen die met veel enthousiasme in deze sector werken en op de schoolverlaters, van wie wij zo graag willen dat ze in de zorg gaan werken. Zij komen natuurlijk graag in een success story terecht en niet in een ellende verhaal. Ik pleit dan ook voor een evenwichtige beeldvorming. Problemen en knelpunten moeten besproken worden en dat doe ik ook, graag zelfs. Ze zijn er ernstig genoeg voor, maar dat moet wel in de juiste context en in het goede perspectief gebeuren. De term "achterstallig onderhoud" werd door de heer Boorsma genoemd. De heer Dees vroeg zich ook af of hiervan sprake is. Nogmaals, ik ontken de problemen niet, maar ik heb moeite met de wijze waarop die door enkele sprekers zijn neergezet.

De heer **Boorsma** (CDA): De minister noemde enkele sprekers en zei vervolgens dat zij moeite had met de "Darstellung" door sommigen, waartoe ik mij zelf reken. Ik wijs de minister er nadrukkelijk op dat ik heb opgemerkt dat juist in deze sector door de mensen met zeer veel inzet wordt gewerkt. Ik heb erop gewezen dat ons duidelijk is dat de kwaliteit op verschillende gebieden is verbeterd. Wij hebben geprobeerd om de goede dingen die wij hebben gezien te benoemen en die zijn ook geëxpliciteerd. Ik wil niet dat de minister nu het beeld oproept dat de fractie van het CDA alleen maar de

knelpunten en problemen heeft gesignaleerd, want dat is geen eerlijke voorstelling van zaken.

Minister **Borst-Eilers**: Ik dank de heer Boorsma voor deze toelichting. Ik neem graag van hem aan dat het CDA oog heeft voor beide kanten van de medaille.

Ik wil nog een aantal kanttekeningen maken. Door enkele sprekers is het al genoemd: sinds 1982 was de kosten- en budgetbeheersing de hoofdplicht. De collectieve lasten moesten naar beneden. Deze waren in de periode 1962 tot 1982 gegroeid van 35% tot 62%. Als dat zo doorging, zouden wij gauw heel grote problemen krijgen. Het mes ging erin. In zo'n periode is er geen ruimte voor het ruimhartig in beeld brengen van de knelpunten. Die periode liep ongeveer tot en met Paars I. Er was immers geen financiële ruimte om daar iets aan te doen. Ik meen dan ook dat wij vandaag niet moeten zeggen dat er veel meer geld naar de zorg had gemoeten zonder daarbij af te wegen hoe het dan met de andere sectoren had gemoeten. Ten koste van welke sectoren had de gezondheidszorg dan meer geld moeten krijgen? Onderwijs of een andere factor in de uitgaansfeer? Hoe hadden wij dan met de staatsschuld om moeten gaan, en hoe met de lastendruk? In een debat over de gezondheidszorg ben je geneigd om te denken dat dit het probleem is waar de samenleving voor staat om vervolgens de rest even buiten beeld te brengen. Iedereen die zegt dat het meer had gemoeten, moet naar mijn mening ook aangeven waar het dan minder had gemoeten. De hoeveelheid geld was immers beperkt.

Ik meen dat Paars I wel degelijk wat aan preventief onderhoud heeft gedaan. De knelpunten kregen aandacht in die periode, soms trouwens ook onder aanvoering van de Tweede Kamer. Er zijn meer handen aan het bed gekomen; er kwam veel meer geld voor de geneesmiddelen en voor de verzorgingshuizen. De eerste wachtlijstinitiatieven dateren ook uit de periode van Paars I, culminerend in het bekende Plan van aanpak wachttijden dat afkomstig was van de curatieve sector zelf en de GGZ. Daarin werd de mededeling gedaan: geef ons in Paars II – of wat voor kabinet het dan ook worden zal – 130 mln gulden per jaar erbij en dan

lossen wij die wachtlijsten in vijf jaar op. Die 130 mln gulden is er vlot gekomen in het tweede paarse regeerakkoord, maar de sector had zich toch een tikje verkeken op de nodige middelen, want later bleek dat er veel meer nodig was.

In Paars I is dus ook al het nodige gedaan. Hoe is dat dan betaald? Dat is betaald met de plus bovenop de 1,3%. In het regeerakkoord stond inderdaad 1,3%. Het is ook waar dat mijn handtekening daaronder staat. Die had er echter niet onder gestaan als die plus er niet bij gestaan had. Daaruit bleek immers de intentie van de toenmalige coalitie om de zorg te helpen als de zorg werkelijk meer geld nodig zou hebben en er ruimte zou zijn. Die ruimte is er gekomen door een dalende werkloosheid, waardoor meer ruimte ontstond in de sociale zekerheid. Toen mocht de zorg dus als eerste de hand ophouden. Dat heb ik ook gedaan. Zo is de groei uiteindelijk 2% per jaar geworden.

De heer **Boorsma** (CDA): Wij hebben toegegeven dat de volumegroei achteraf wat positiever is uitgevallen. De minister wist op het moment dat zij haar handtekening zette, dat 1,3% te laag. Ik verwijs ook naar het door mij aangehaalde interview met onder anderen Kohnstamm. De minister wist dat, Kohnstamm wist dat, iedereen die betrokken was bij de formatie van het kabinet, wist dat. Het cijfer van 1,8% dat vrij snel daarna door ons genoemd is, circuleerde alom. Waarom heeft de minister genoeg genomen met de volumegroei van 1,3%, terwijl iedereen wist dat dit duidelijk niet genoeg was? Dat is een verkeerde voorstelling van zaken en een valse start.

Minister **Borst-Eilers**: Dat wil ik niet onderschrijven. Ik heb al gezegd dat er een uitwijkmogelijkheid was als zou blijken dat er meer nodig was. Er stond 1,3% in het regeerakkoord. De opdracht aan de minister van Volksgezondheid daarin was natuurlijk om volumebeperking en kostenbeheersing toe te passen. Voorts moest die minister ervoor zorgen dat de doelmatigheid in de sector nog verder zou worden opgevoerd. Ik had zelf kort daarvoor de leiding gehad bij het schrijven van een rapport over de wijze waarop de doelmatigheid met name in de ziekenhuissector nog groter zou

Borst-Eilers

kunnen worden. Ik was er echt van overtuigd dat je door middel van een doelmatigheidsverhoging als het ware geld uit de sector zelf zou kunnen halen. Als ik toen van mening was geweest dat de citroen al uitgeknepen was, dan had ik uiteraard gezegd dat 1,3% te weinig was. Ik dacht echter dat er nog wat sap in zat. Het was ook een van mijn opdrachten om dat zichtbaar te maken.

Voorts is opgemerkt dat er te weinig en te laat is gewerkt aan de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zegt dat er jarenlang, al vanaf 1994 en eigenlijk ook al iets daarvoor, een stille revolutie heeft plaatsgevonden waarbij stap voor stap is toegewerkt naar die nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling en naar het nieuwe systeem van vraaggestuurde zorg. Ik geef de heer Boorsma direct toe dat er op dat moment geen politieke ruimte was voor het zetten van een grote stap en een "grand design". Ik heb mij ook altijd op het standpunt gesteld dat je die stap van aanbod naar vraaggestuurd en van een overheidsverantwoordelijkheid naar een meer decentrale verantwoordelijkheid absoluut niet in een keer kunt maken, maar dat je alle partijen zorgvuldig moet voorbereiden op hun rol. Ik denk dus ook niet dat het verstandig zou zijn geweest om toen zo'n grote stap te zetten. Je moet die stap heel goed voorbereiden en op een gegeven ogenblik kun je dan de sloot over.

Ik merk met betrekking tot het tempo op dat het parlement soms ook weinig haast betracht. Ik wijs op de manier waarop de overkant is omgegaan met het traject modernisering AWBZ. Daarbij werd af en toe de rem gehanteerd. De heer Dees heeft gesproken over de deregulering WTG en WZV. De voorstellen daarvoor lagen al voor de zomer van 2000 bij de Tweede Kamer en die zijn daar tot mijn grote ongeduld nog steeds niet geagendeerd. Ik ben het met de heer Dees eens dat er op dat vlak stappen gezet moeten worden.

De heer Dees heeft gezegd dat het wel mooi klinkt dat het verzekeringsskarakter van Ziekenfondswet en AWBZ is hersteld, maar dat het eigenlijk betekent dat het verzekeringsskarakter eerst verdwenen was. Hij vroeg of die twee wetten niet eerst zijn uitgehold. Ik denk dat het niet juist is, op te

merken dat in het verleden geen recht is gedaan aan de essentie van die wetten. Wij maakten ramingen van het aanbod van de zorgvoorzieningen, die tot doel hadden om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod zo dicht mogelijk bij elkaar zouden blijven, waardoor het verzekeringsskarakter gehonoreerd werd. De essentie van de nieuwe lijn is dat de vraag naar zorg uitgangspunt wordt voor de planning van het aanbod en niet een aanbod gebaseerd op macroramingen. Daarmee doen wij het karakter van die verzekeringswetten meer recht. Die wetten zijn er natuurlijk wel altijd geweest en ze hebben ook altijd gegolden. De mensen die naar de rechter gestapt zijn, hebben ook van de rechter te horen gekregen dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Het kan zijn dat het idee wat op de achtergrond is geraakt, maar beleidsmatig is er geen sprake geweest van een uitholling van beide wetten.

De heer Boorsma maakte een heel belangrijke opmerking. Hij had het over het vrouwenoffensief. Hij sprak over een situatie van verspeeld vertrouwen, maar ik denk dat de heer Boorsma het iets te krachtig aanzet. Nog nooit heeft enige sector of koepel in de gezondheidszorg het vertrouwen in de politiek opgezegd. Wij hebben altijd constructief overleg gevoerd met al die groepen tot op de dag van vandaag. Er is wel eens actie gevoerd, maar ik weet uit ervaring – ik loop al een tijdje mee in de gezondheidszorg – dat dit niet ongebruikelijk is. Je kunt met de begrotingscyclus in de hand bijna voorspellen wie wanneer gaat roepen dat het zo niet langer kan en dat er geld bij moet.

De heer **Boorsma** (CDA): Het is natuurlijk plezierig dat de minister overeind blijft onder al die kritiek, niet alleen nu in dit huis, maar ook vanuit de sector. Ik wijs er wel op dat de uitspraak over het tekortschietende vertrouwen komt van de econoom Bomhoff die vrij goed is ingevoerd in de gezondheidszorg. Hij is overigens geen lid van de politieke partij die ik hier mag vertegenwoordigen, maar hij steunt de coalitie.

Het is waar dat er wel vaker iets gebeurt in de sector, maar ik vraag mij af of de minister mij één ander jaar kan noemen waarin de huisartsen gestaakt hebben, de tandartsen dreigden te staken en de

vroedvrouwen in opstand kwamen. Ik denk dat de minister in de afgelopen honderd jaar niet nog zo'n jaar kan vinden.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is waar. De actie van de vroedvrouwen was uitstekend getimed. Die kwam namelijk op het moment dat zij de besluitvorming in het kabinet nog konden beïnvloeden. Het was ook een ludieke actie. Ik ben hier met ze op het Binnenhof geweest. Ik zag allerlei spullen voor baby'tjes en kleine T-shirtjes. Zij hadden gelijk dat ze aan de bel trokken, want de vraag was sterk gegroeid. Daar komt bij dat er voor zaken als parttime werken remmende factoren aanwezig waren. Zij kwamen ook in de problemen met de praktijkgrootte. Daar heb ik gelukkig iets aan kunnen doen.

In dat jaar hebben ook de huisartsen gestaakt. Ik heb het altijd betreurd dat de huisartsen naar het Binnenhof kwamen op het moment dat de boeken gesloten waren. Dat was in oktober, na de algemene politieke beschouwingen. Dan is het niet realistisch om te verwachten dat je er per 1 januari 2002 1 mld gulden bij krijgt en dat heb ik ook gezegd. Het is even hoog opgelopen, maar ik heb gedaan wat ik kon en uiteindelijk is er toch nog een paar honderd mln gulden bij gekomen. Wij zetten in de toekomst wel de nodige stappen, want ook de huisartsen hebben het om allerlei redenen zwaarder gekregen. Dat neemt niet weg dat de eisen realistisch moeten blijven.

In de beantwoording van de schriftelijke vragen zijn wij ingegaan op een heel belangrijk onderwerp, namelijk de verdeling van de verantwoordelijkheden. Ik ga daar nu graag ook mondeling nog op in, omdat die verdeling cruciaal is bij een analyse van de knelpunten in de zorgsector. Ik wil niet alleen het beeld nuanceren als zou de minister van VWS op dit moment eigenlijk voor alles verantwoordelijk zijn – als dat idee al niet bij de heer Boorsma leeft, dan leeft het wel bij vele anderen in dit land – maar ook accentueren dat wij in de zorgsector toe zijn aan een andere verantwoordelijkheidsverdeling en dat de overgang daar naar toe al begonnen is.

Nederland kent een wettelijk verankerd zorgstelsel, waarin zeer veel verschillende private instellingen en actoren een eigen specifieke

Borst-Eilers

rol en verantwoordelijkheid hebben. De Nederlandse zorgsector is dus te kwalificeren als publiek gefinancierd en privaat uitgevoerd. De rol van de overheid in de uitvoering is daardoor ook beperkt. De GGD's vormen een mooi voorbeeld van een geval waarin de overheid ook zelf belast is met de uitvoering van de zorg. Private partijen – zorgaanbieders en zorgverzekeraars – opereren binnen publieke randvoorwaarden die de overheid heeft gesteld. Dit privaat-publieke systeem heeft over het algemeen een kwalitatief hoogwaardig niveau van gezondheidszorg opgeleverd. De laatste jaren zijn knelpunten zichtbaar geworden die vragen om veranderingen, niet alleen om meer geld, maar ook om veranderingen in verantwoordelijkheidsverdeling.

Op dit moment ben ik als minister in ieder geval krachtens de Grondwet – de heer Van Schijndel citeerde die al – verantwoordelijk voor de bevordering van de volksgezondheid en daarmee ook voor de inrichting en de werking van het hele zorgstelsel. Ik ben dus ook eindverantwoordelijk voor de prestaties die dat systeem als geheel levert. Ik sta hier nu ook om het beleid toe te lichten dat ik op dat punt heb gevoerd. Die verantwoordelijkheid betekent echter niet dat de minister van VWS op elk onderdeel en op elke deelluitkomst rechtstreeks kan of zou moeten ingrijpen of sturen. Het sturen van een omvangrijke en complexe sector als de zorg, gericht op het voldoen aan de zorgvraag van al die verschillende individuele burgers, is eigenlijk alleen maar te doen door de spelers op het zorgveld de nodige bewegingsruimte te geven. In ons zorgstelsel zijn dat dus de private partijen die samen de verantwoordelijkheid dragen voor het tot stand komen van de zorgverlening en daar naar mijn mening ook op aanspreekbaar zijn. De private partijen zijn dus eerstverantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg. Dat ligt ook vast in wetten: in de Ziekenfondswet en de AWBZ lezen wij de zorgplicht voor de verzekeraars, in de Kwaliteitswet de verplichting voor de aanbieders om zorg van goede kwaliteit te leveren.

Het zorgstelsel kent twee belangrijke vormen van bewegingsruimte. De eerste is de professionele autonomie voor het oplossen van al die individuele patiëntenproblemen, de tweede is de aan prikkels

gebonden handelingsvrijheid voor een doelmatige uitvoering.

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): U spreekt over de eindverantwoordelijkheid, maar driekwart van de financiële stromen naar de zorg wordt toch door de overheid bepaald? In wezen bepaalt de rijksoverheid dus het kader voor de zorg. Daardoor ligt er dan toch een zeer grote verantwoordelijkheid bij de minister?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb al gezegd dat de minister verantwoordelijk is voor het stelsel als geheel en natuurlijk ook voor publieke belangen als toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit, waar de minister op toe moet zien en zich over moet laten informeren. Het macrobudget is een instrument om toegankelijkheid en betaalbaarheid te realiseren, dus daar kan de minister op worden aangesproken. Op de uitvoering en de doelmatigheid daarvan mogen echter, zo vind ik, de partijen worden aangesproken.

De handelingsvrijheid van partijen, waardoor ze ook wat kunnen differentiëren en hun handelen kunnen aanpassen aan specifieke regionale of individuele situaties, is de afgelopen decennia inderdaad wat in de knel gekomen door de sterke centrale overheidssturing. Dan krijgt het veld echt een zo stevig keurslijf aangemeten dat er niet veel meer terecht komt van die bewegingsvrijheid. Een aantal van de schriftelijke vragen had als strekking of de regering niet te lang heeft vastgehouden aan die keurslijf-methode, en de heer Dees heeft die vraag vandaag weer in het debat gesteld. Ik ben daar in mijn aanbestedingsbrief op ingegaan en heb geprobeerd duidelijk te maken, dat een en ander toch niet één-dimensionaal is en niet los van de historische context gezien kan worden. Sinds het begin van de jaren tachtig is er nu eenmaal een langdurige saneringsoperatie nodig geweest in de collectieve uitgaven om van Nederland weer een vitale economische natie in Europa te maken. Die beperking van de collectieve uitgaven was echt nodig en daar viel de gezondheidszorg dus ook onder. Ik heb altijd gemerkt dat dit niet alleen politiek gesteund werd – anders was het natuurlijk ook niet gebeurd – maar dat ook de bevolking er begrip voor had. Je zou kunnen

zeggen dat dit proces van gezondmaking van de overheidsfinanciën door de twee paarse kabinetten, maar met name door het eerste, krachtig moest worden voortgezet en ook met succes is voortgezet en nu eigenlijk wel voltooid is. Dat gebeurde dus door aanbodsturing, zoals ingezet in 1982.

Nu kunnen de kosten ook wel worden beheerst met vraagsturing, maar dat vergt een heel nieuw systeem, een als het ware zelf-regulerend systeem met prikkels voor alle partijen om zuinig met de geldmiddelen om te gaan. Zo'n systeem moet je naar mijn stellige overtuiging stap voor stap opbouwen en dat kost jaren. Vraagsturing vraagt bijvoorbeeld om een ruim aanbod. Wij gaan dan immers naar een systeem van gereguleerde concurrentie en er valt niets te concurreren als er schaarste is aan artsen en andere aanbodfactoren, het vraagt om risicodragende zorgverzekeraars en ook om een sterke patiëntenbeweging die tegenkracht kan bieden. Ik vind het dan ook heel begrijpelijk en verdedigbaar dat de opeenvolgende kabinetten sinds 1982 die kostenbeheersing zijn blijven doen via het systeem van aanbodsturing, ondanks de gedachten die ook toen al opkwamen dat vraagsturing in de gezondheidszorg eigenlijk beter zou zijn, omdat dan meer aan individuele en lokale behoeften tegemoet kan worden gekomen.

De zorgsector heeft dus een flinke bijdrage geleverd aan de gezondmaking van onze overheidsfinanciën. Dat betekent niet dat de twee paarse kabinetten geen oog hadden voor het feit dat aanbodregulering echt toe was aan vervanging door een meer flexibele regelgeving. Vanaf mijn aantreden heb ik dan ook systematisch stappen gezet om dat systeem om te vormen naar een meer decentraal vraaggericht systeem en daarbij steeds voor ogen gehad de sleutelrol voor de zorgverzekeraars. Voor dat beleid heb ik gebruik gemaakt van ideeën die onder andere door de commissie-Dekker, ingesteld door de toenmalige staatssecretaris Dees, naar voren zijn gebracht. De heer Boorsma was als lid van die commissie ook nauw betrokken bij het ontwikkelen van die ideeën. Nadien heeft staatssecretaris Simons het verder uitgewerkt en is hij gekomen met concrete voorstellen

met de risicodragende zorgverzekeraar als een centraal element. Gegeven die lange historie van aanbodregulering en de verhoudingen die daardoor zijn ontstaan, is gebleken dat zo'n transitieproces een stapsgewijze aanpak vergt. Ik heb dat zelf ook duidelijk ervaren bij het stapsgewijze risicodragend maken van de ziekenfondsen. Ieder jaar heb ik per 1 januari weer nieuwe maatregelen ingevoerd, waardoor zij weer meer risico gingen dragen. Per 1 januari a.s. worden er weer enkele flinke stappen gezet. Achteraf gezien denk ik dat het heel moeilijk zou zijn geweest om dat alles in één keer van de ene op de andere dag om te vormen.

Toen de zorgvraag zich sneller bleek te ontwikkelen dan in de ramingen van de twee regeerakkoorden was voorzien, was het binnen het financiële beleid gelukkig mogelijk om die zorgsector extra budgettaire ruimte te verschaffen. Bij Paars I kon dat de 2% nog niet overschrijden, maar bij Paars II spraken wij al over heel andere getallen. In het regeerakkoord is geraamd 2,3% en ook daar ben ik weer royaal overheen gegaan, uiteraard met volledige instemming van het kabinet. Niet alleen met instemming, maar het kabinet heeft dat ook met overtuiging gedaan. Je kunt zeggen dat het niet zo prettig is als je als minister steeds weer de geraamde budgetten overschrijdt, maar aan de andere kant vind ik het toch weer positief dat de gezondmaking van de openbare financiën niet ontaardt in een soort boekhoudkundige verstarring die geen enkele ruimte meer laat voor herprioritering. Juist in de publieke sector, onderwijs en gezondheidszorg, hebben wij gelukkig de kans gehad en ook gegrepen om wel te herprioriteren en meer geld aan te wenden voor die sectoren die inderdaad aan het nodige onderhoud toe zijn.

De commissie heeft de wachtlijsten begrijpelijkerwijze aangevoerd als een mogelijke uiting van onvoldoende anticipatievermogen op veranderende omstandigheden. Het kabinet is hierop in de schriftelijke beantwoording uitvoerig ingegaan. Als eerste nuancering heb ik aangevoerd dat de cumulatie van een sterk groeiende vraag naar zorg door een combinatie van groeiende welvaart en groeiende medische mogelijkheden, en een beperking van de capaciteit door een verkrapping

van de arbeidsmarkt en een trend naar korter werken en parttime werken, in die mate redelijkerwijs niet was te voorzien. De heer Boorsma zegt wel: iedereen weet dat bij een sterk groeiende economie ook een groeiende zorgvraag mag worden verwacht, maar die sterke economische groei was ook niet voorzien. Als wij nu kijken naar de ramingen van het Centraal Planbureau waarmee wij hebben gewerkt in de regeerakkoorden, dan zijn wij blij verrast door een veel hogere economische groei. Dan groeit de zorgvraag dus ook sterker dan verwacht.

Het is dus een vervelende situatie: er zijn tegengestelde bewegingen geweest in vraag en aanbod. De vraag groeide harder dan iedereen had voorspeld en het aanbod groeide niet mee door allerlei verkrappende factoren. Die zijn onder meer het gevolg van een andere opvatting over de indeling van werk en privé-leven, de combinatie van arbeid en zorg enz. Verder is het aantal parttimers in de zorg snel toegenomen. De Arbeidstijdenwet heeft ook nog een bijdrage geleverd aan deze problematiek. Vroeger kenden wij de ideale medisch specialist. Dit was meestal een man die 70 uur per week werkte als het geen 80 uur was en er dag en nacht alleen maar voor zijn patiënten was. Diezelfde specialist werkt nu 40 uur en heeft meer aandacht voor zijn privé-leven. Dit betekent wel bijna een halvering van de specialistische hulpverlening.

Dit alles neemt niet weg dat de lange wachtlijsten een groot probleem zijn. Wij moeten alles wat wij kunnen, doen om ze tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Dit is en blijft dan ook onze eerste beleidsprioriteit en onze eerste zorg. Wij hebben er gelukkig geld voor. Overigens heeft de uitspraak dat geld geen rol speelt geen betrekking op het hele macrobudget van de zorg. Deze uitspraak sloeg op het wegwerken van de wachtlijsten en ik heb die uitdrukking ook in die context gebruikt. Het kabinet vindt dit zo belangrijk, dat zij zegt dat dit moet gebeuren als er voldoende personeel is. Het geld daarvoor moeten wij dan maar linksom of rechtsom ergens proberen te vinden. Ik heb dus nooit gezegd dat geld geen rol speelt in het hele macrobudget van de gezondheidszorg en het totaal van de uitgaven.

Ik heb al betoogd dat de lange wachtlijsten niet uitsluitend een beeld van kommer en kwel oproepen. Naast het beschikbaar komen van extra middelen voor wachtlijsten en werkdruk met als markant punt het actieplan Zorg verzekerd en de resultaten die dit heeft opgeleverd, zijn er ook op veel terreinen verbeteringen tot stand gekomen. Ik heb die zojuist al genoemd.

Als verdere nuancering bij het beeld van onvoldoende anticipatievermogen wil ik ook nog terugkomen op de institutionele vernieuwing. Ik heb al gezegd dat ik daarvoor van meet af aan systematische en gerichte stappen heb gezet in de richting van een meer vraaggericht stelsel. Ik vraag begrip voor het tempo waarin je verantwoordelijkheden kunt geven aan een sector die decennia lang centraal is aangestuurd. Partijen moeten kunnen groeien in hun andere rol. Bovendien moeten wet- en regelgeving worden aangepast. Ik zei het al: er liggen dereguleringsvoorstellen in de Tweede Kamer.

In de curesector hebben wij een belangrijk deel van onze beleidsenergie gestoken in de positionering van de partijen aan wie wij straks een belangrijke rol willen geven voor de verantwoordelijkheid voor de sturing van de zorg, de zorgverzekeraars. Ik zal u de vele aanpassingen in de vereveningstechniek, de nacalculatie, de regioverdeling en de hogekostenverevening besparen, maar het resultaat is dat de ziekenfondsen op dit moment substantiële risico's lopen. Zij zijn dus bijna gereed voor het nieuwe systeem, zou ik zeggen. De staatssecretaris zal straks nog ingaan op de sturingswijzigingen in de caresector.

Ik durf ook wel duidelijk te zeggen dat wij er nog lang niet zijn. Dat geldt, ook al hoop ik dat dat over enkele jaren veranderd is, zeker voor de wachtlijsten, maar bij de sturing bevinden wij ons eveneens in een overgangsproces. Inmiddels hebben wij solide pijlers neergezet, waarop voortgebouwd kan worden. Ik ben bijzonder blij dat het kabinet erin is geslaagd om de nota Vraag aan bod te publiceren waarin ingegaan wordt op de ingezette veranderingsrichting voor de sturing, met meer liberalisering aan de aanbodkant en aanscherping van het toezicht. In die nota wordt ook onderstreept dat de publieke belangen, ondanks al die

Borst-Eilers

vernieuwingen, geborgd moeten blijven. Meer en scherper toezicht en meer verantwoordingsinformatie zijn hiervoor nodig.

Bij een vraaggericht zorgstelsel past het decentraliseren van verantwoordelijkheden om het aanbod zo goed mogelijk op de vraag te kunnen afstemmen. Zo'n decentralisatie van verantwoordelijkheden kan alleen dan plaatsvinden als het toezicht, de informatievoorziening en de transparantie beter zijn geregeld dan nu het geval is. Op dit moment is men nog heel sterk gericht op inputindicatoren als het aantal hulpverleners, de beschikbare bedden en de hoeveelheid geld. Wij gaan steeds meer toe naar een systeem waarin achteraf verantwoording wordt afgelegd over de productie die is geleverd en de mate waarin de publieke belangen in de zorg gerealiseerd zijn. Kortom, wij gaan van inputsturing naar outputsturing.

De heer **Boorsma** (CDA): De minister zegt terecht dat het accent tot nu toe lag op inputsturing en dat de verantwoording tekort heeft geschoten. Ik neem dat niet alleen haar kwalijk, maar de hele sector en misschien ook wel de Staten-Generaal. Hoe beoordeelt zij in dit licht het voorstel van de CDA-fractie om een enquête te houden over de vraag wat de ontvangende partijen met het geld hebben gedaan? Denkt de minister dat dit een zinvolle enquête was geweest? Ik vraag dat, omdat de minister de vereiste duidelijkheid klaarblijkelijk ook niet kan geven.

Minister **Borst-Eilers**: De vragen die hierover zijn gesteld, zijn zeker de moeite waard. Je kunt die vragen beantwoorden door te zeggen dat je als je door je ooghalen kijkt, kunt constateren dat er een aanzienlijk aantal verbeteringen zijn aangebracht. Je kijkt dan naar het bedrag dat in de afgelopen tijd naar de sector is gegaan en trekt daarvan het geld af dat is uitgegeven aan lonen en prijzen. Dat is ongeveer de helft van die 24 mld gulden. Uit dat overgebleven bedrag kun je afleiden hoe groot de percentuele volumegroei per jaar is geweest en hoeveel procent de productie is gestegen. Deze berekening laat zien dat het geld goed is besteed. Ik geef echter toe dat wij zelfs niet van iedere f 1000 kunnen aangeven of zij

rechtmatig besteed zijn. Dat neemt niet weg dat het totaalbeeld positief is.

Het is alleen maar zinvol om een enquête te houden als de vraag waar het geld precies heengegaan is, beantwoord kan worden. Ik geef toe dat in de afgelopen decennia op een heel andere manier met de informatievoorziening is omgegaan dan wij nu wenselijk vinden. De heer Dees wees er al op dat de heer Van der Reijden indertijd zei: ik geef iedereen een budget en ik hoef helemaal niet te weten wat zij er precies mee doen als zij zich maar met dat geld weten te redden. Wij leven nu in een totaal andere cultuur en de overheid wil precies weten wat er met het geld wordt gedaan. De overheid verlangt prestaties en inzicht in die prestaties.

De informatievoorziening en de verantwoording in de zorgsector zijn op dit moment zeker niet op een ideale manier ingericht. Hierover zijn dan ook door de heer Dees en anderen terecht vragen gesteld. In het nieuwe stelsel moet de verplichting worden opgenomen om bepaalde verantwoordingsinformatie aan te leveren. In de Tweede Kamer wordt gesproken over een wet voor de informatievoorziening en die wet kan hiervoor wellicht een goed instrument zijn, omdat het de sector duidelijk moet zijn welke informatie zij precies moeten aanleveren. Dat is nu in ongeveer tweeëntwintig wetten vastgelegd, maar als ik nog in de zorgsector werkte, zou ik als ziekenhuisdirecteur niet zo blij zijn dat ik in al die wetten moet zoeken om uit te vinden wat ik precies moet doen. Wij moeten een en ander maar eens helder bij elkaar zetten. Vervolgens moet de sector daaraan gehouden worden, want die moet zich realiseren dat er voornamelijk gewerkt wordt met collectieve middelen. De sector heeft de maatschappelijke verantwoordelijkheid om daarover verantwoording af te leggen. Gelukkig groeit dat besef steeds meer.

De heer **Boorsma** (CDA): De minister sprak over 22 wetten en daarbij behoren 22 verantwoordingen. Het veld klaagt erover dat het 22 accountantsrapporten moet indienen. Ik overdrijf wat. De instellingen ontvangen langs zeer verschillende kanalen geld: extra geld voor dit, specifieke uitkering voor dat en stimuleringsregelingen voor zus en

voor zo. Per uitkering moet een goedkeurende accountantsverklaring worden opgesteld. Het veld klaagt geweldig over alle formulieren die ingevuld moeten worden en de accountantsrapporten die opgesteld moeten worden. Ik herinner mij in dit verband een discussie die op gemeentelijk niveau is gevoerd, waarbij gevraagd werd om één goedkeurende accountantsverklaring voor alle specifieke uitkeringen. Hoe ziet de minister de mogelijkheid van één goede accountantsrapportage over alle ontvangen uitkeringen?

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben voorstander van alle vereenvoudigingen dus ook van vereenvoudiging op dit terrein. Met de nieuwe ziekenhuisbesteding in 2003 zal reeds een vereenvoudiging totstandkomen omdat voor alle activiteiten van ziekenhuizen op dat moment een reële kostprijs moet worden bepaald, de vaste lasten van het gebouw niet meegerekend. Momenteel zijn er allerlei zorgvernieuwingregelingen en stimuleringsregelingen waar ik eigenlijk zoveel mogelijk vanaf wil. De hulpverleners dienen zo min mogelijk energie te besteden aan administratieve lasten. Verder heeft de heer Boorsma al gezegd dat er te veel managers zijn; voor een deel zijn die bezig met dit soort zaken. Een versimpeling van de regels op dit punt kan leiden tot een aardige opschoning. Ik acht dat een heel positieve gedachte die kan worden meegenomen bij de ontwikkeling van het nieuwe stelsel.

Bij het houden van een enquête gaat het om het horen van mensen onder ede. Die bevoegdheid van het horen onder ede is naar mijn mening niet nodig om gegevens boven tafel te krijgen. De betrokkenen proberen geen informatie te verbergen; zij hebben in de loop der jaren informatie aangeleverd zoals behoorde. Er is geen reden om ervan uit te gaan dat een onderzoek of enquête andere gegevens oplevert dan die via het CTG en Prismant bekend zijn geworden. Ik ben daarvan stellig overtuigd.

De nota Vraag aan bod gaat over sturing en verantwoordelijkheden en daarnaast over de ziektekostenverzekering; deze elementen tezamen vormen het stelsel. In de nota staat een plan voor een nieuw verzekeringsstelsel. Het betreft een algemene verzekering die de

Borst-Eilers

noodzakelijke zorg voor alle ingezetenen dekt. Ik zal er op dit moment niet verder op ingaan, omdat het onderwerp niet zozeer door de Kamer aan de orde is gesteld. Overigens zeg ik in de richting van de heer Boorsma dat het stelsel in een dusdanige mate van gedetailleerdheid is voorbereid, met veel achtergrondstudies en onderbouwende rekenpartijen, dat het niet nog vier jaar een grote mate van energie zal vergen. Het is gereed om bij de formatie te worden afgerond, waarna het kan worden uitgevoerd. De uitvoering zal ongetwijfeld energie kosten, maar niet in de mate waarin het de bewindslieden van dat moment afleidt van allerlei andere nuttige zaken.

De heer **Boorsma** (CDA): De minister blijkt een jonge geest te hebben, want deze politieke naïviteit verwacht ik niet van een dame van haar leeftijd en met haar politieke ervaring. Ten behoeve van het rapport van de commissie-Dekker zijn ook ontstellend veel voorbereidingen getroffen en rekenpartijen uitgevoerd. Staatssecretaris Dees is er mee aan de slag gegaan en heeft met succes een aantal wetten door dit huis geloodst. Vervolgens heeft deze Kamer nog meer rekenpartijen gezien bij het plan-Simons, maar toch is de zaak geheel vastgelopen. Waarom is de minister zo naïef om te denken dat een en ander nu ineens wel goed zal gaan? Volgens mijn informatie moet er nog ontstellend veel gedaan worden om een dergelijk stelsel naar binnen te loodsen.

Minister **Borst-Eilers**: Dat er nog veel moet gebeuren, geef ik direct toe. Echter, draagvlak is bij een stelselherziening bijzonder belangrijk. Ik ben aan het uitwerken van een plan ook pas serieus begonnen toen wij de indruk kregen dat er in politieke zin draagvlak was ontstaan voor een algemene ziektekostenverzekering. Ook het draagvlak bij sociale partners is belangrijk. Er wordt vaak gezegd dat de SER met een mooi advies komt maar dat daarvan door het kabinet wordt afgeweken. Het gaat daarbij om vier punten en daarvan zijn twee punten mijns inziens niet van wezenlijke betekenis. Het ene punt is de kwestie of men zich wel of niet zonder huisarts en geneesmiddelen zou

mogen verzekeren. Welnu, met een eigenrisicosysteem kan men precies hetzelfde bereiken. Een ander punt dat wel belangrijk lijkt maar in de praktijk niet veel uitmaakt, is de afweging publiekrechtelijk of privaatrechtelijk. Dit hebben wij zeer goed laten uitzoeken door Europeesrechtelijke deskundigen. Een publiekrechtelijk systeem, uit te voeren door private zorgverzekeraars die winst mogen maken, komt in de praktijk op hetzelfde neer. Vervolgens houdt men AWBZ en ziekenfonds over. Moeten ze er wel of niet allebei in? De Raad voor de volksgezondheid en zorg heeft met zeer goede zorginhoudelijke motieven aangegeven dat de AWBZ samen met de ziekenhuis- en huisartszorg in één verzekering thuishoort. Naarmate het patiëntenbestand verder vergrijs, krijgen wij steeds meer patiënten die uit beide potjes zorg moeten krijgen. Je krijgt een heleboel gedonder met schotten en afwenteling als je die zaken niet gewoon samenvoegt. Ten slotte is er nog de premiestelling, maar dat is dan ook het enige waarover men bij de formatie moet bakkeleien.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik ga nu niet in op de inhoud van de stelseldiscussie; dat komt een andere keer wel. Echter, ik blijf bij mijn uitspraak dat de minister zich naïef opstelt. Vandaag hebben wij de heer Dees gehoord. Hij vond het mooi dat er in de SER een compromis tussen werkgevers en werknemers was ontstaan, maar wij hebben bij de algemene beschouwingen in de Tweede Kamer gezien welke overeenstemming van geesten er bestaat tussen VVD en PvdA. Ik geloof dat wij nog heel ver af zijn van het compromis dat de minister meent te ontwaren.

De heer **Dees** (VVD): Voorzitter. Ik wil graag steun geven aan de schets die de minister heeft gegeven, zulks in tegenstelling met de zeer sceptische opmerking van de heer Boorsma. Sommigen kunnen hier op grond van eigen ervaring praten. Inderdaad is bij een stelselwijziging het hebben van voldoende politiek-maatschappelijk draagvlak essentieel. Er moet voor een stelselwijziging ook een gevoel van urgentie zijn. Dat draagvlak en dat gevoel waren twaalf jaar geleden veel minder sterk aanwezig dan nu het geval is. Daarnaast is er de kwestie van de

inkomenseffecten. Dat is bij elke stelselwijziging een buitengewoon moeilijk punt. In tijden waarin het economisch beter gaat, zijn er meer mogelijkheden om eventuele negatieve inkomenseffecten te compenseren dan in tijden van budgettaire krapte. Ik onderschrijf het betoog van de minister over de vier punten, die overigens qua gewicht verschillend zijn.

Minister **Borst-Eilers**: Met deze steun in de "club der naïeven" ben ik heel dankbaar, voorzitter.

De heer Van den Berg vraagt of er in het nieuwe stelsel mogelijkheden zouden zijn voor mensen met uiteenlopende behoeften en levensbeschouwingen om specifiek te worden bediend. Wat die behoeften betreft ben ik van oordeel dat wij niet met "freeriderspakketten" moeten gaan werken, waarbij mensen zich niet verzekeren voor zaken waaraan ze geen behoefte hebben. De kern van het nieuwe stelsel is solidariteit, tussen jong en oud, en tussen ziek en gezond. Daar past zo'n optie niet in.

De kwestie van de levensbeschouwing ligt gevoeliger. De heer Van den Berg doelt op de mogelijkheid dat men zich voor bepaalde zaken niet verzekert omdat men daar om principiële redenen geen premie voor wil betalen. Men is er tegen dat dergelijke dingen überhaupt gebeuren. Voorzitter. Ik kan op deze vraag nu geen sluitend antwoord geven maar dit punt zal bij het vervoltraject worden betrokken. Het is een begrijpelijke vraag, maar het antwoord erop is niet eenvoudig te formuleren.

Ik kom nu aan een aantal vragen die ook iets te maken hebben, direct of indirect, met sturing en verantwoordelijkheden. Een vraag van de heer Van den Berg betrof het overgaan van een verrichtingensysteem voor de honorering van medisch specialisten naar een budgetteringsysteem, waardoor een prikkel zou kunnen ontstaan om zorgvragers sneller terug te verwijzen naar hun huisarts. Komt dit ook aan de orde in het nieuwe systeem, zo wilde hij weten. Welnu, het nieuwe stelsel hoeft niet te wachten op de nieuwe verzekering, want "stelsel" is een breder begrip. Dat gaat ook over sturing en verantwoordelijkheden en over inrichting van de zorg. Daarbij wil ik het zo snel mogelijk daarheen leiden

Borst-Eilers

dat huisartsen en specialisten positieve prikkels ondervinden om zelf patiënten te blijven behandelen en er niet toe overgaan mensen door te sturen of weer terug te sturen.

Het advies van de commissie-Tabaksblat geeft voor de huisartsen een nieuw honoreringssysteem. Ik ben van plan dat advies te gaan opvolgen. Wij zijn er ook mee bezig dit in uitvoering te nemen. Daar zit een abonnementsysteem in en een tariefsysteem daar bovenop, waardoor de huisarts een prikkel heeft om juist niet te verwijzen. Voor de specialisten zal er via de diagnose-behandelcombinaties een systeem van beloning komen, gebaseerd op een uurhonorarium. Het betekent dat de specialist weer loon naar werken krijgt. Op het ogenblik, bij de lumpsumfinanciering is dat niet zo en dat leidt helaas ook tot situaties waarin sommige specialisten de werkweek niet volmaken, omdat zij bijvoorbeeld op donderdagmiddag denken: ik heb het eigenlijk al verdiend. Er zijn trouwens ook specialisten die de werkweek niet kunnen volmaken, bijvoorbeeld in de snijdende vakken, doordat er geen OK-personeel is. Het is dus een gemengd beeld; in het nieuwe systeem wordt het loon naar werken, gebaseerd op een uurhonorarium.

De heer Hessing merkte op dat als het om zorgvernieuwing gaat, het allemaal projecten betreft, terwijl je toch moet weten wat succesvol is. Hoe gaat dat straks verder, zo wilde hij weten. Nu, wij hebben een landelijke databank zorgvernieuwing en daarin verzamelen wij niet alleen de projecten maar ook de resultaten van de projecten. Er is ook, naar ik meen, eens per jaar een dag waarin men zorgvernieuwingresultaten met elkaar bespreekt in een conferentie en best practices uitwisselt. De bedoeling is dat alle succesvolle zorgvernieuwingprojecten ook producten gaan worden. Het is een soort kweekvijver om te bekijken of iets een zinvolle nieuwe versterking is. Ze komen dan ook in de functionele aanspraken terecht voorzover ze de moeite waard blijken te zijn.

De heer Hessing heeft de interessante vraag gesteld: met welke instrumenten gaat straks de minister, in het nieuwe, vraag-gerichte stelsel, de publieke belangen echt veiligstellen? Immers, het is wel mooi om te roepen dat zij geborgd moeten worden – dat vindt

ook iedereen – maar de vraag is hoe dat gaat. Het antwoord daarop is als volgt. Het systeem wordt zo ingericht dat alle partijen gestimuleerd worden tot gewenst gedrag. Dat is het principe van geregleerde marktwerking met een zelfsturend systeem. De risicodragende zorgverzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerden. Zetten zij hun nominale premiedeel te hoog, dan lopen de klanten weg, want die mogen weglopen: zij mogen wisselen van verzekeraar. De aanbieders concurreren om de gunst van de zorgverzekeraars, van de inkopers. Het verplichte eigen risico aan de voet stimuleert de burger voorts tot zuiniger vraaggedrag. Op die manier probeer je iedereen tot gewenst gedrag te brengen.

De minister moet vervolgens kijken of dit werkt. Ik zei zo-even al dat er een goede informatie uit de sector naar de minister moet komen. Die is er nu ook wel, maar deze is verbrokkeld en niet coherent; het is te ingewikkeld aan de ene kant en weer te weinig aan de andere kant. Ik zei al dat je dat wettelijk verplicht zult moeten stellen en goed zult moeten omschrijven. Verder krijgt de minister informatie van de toezicht-organen, het College toezicht zorgverzekeringen in Amstelveen en de inspectie. Het toezicht moet ook worden versterkt en het moet worden uitgebreid tot de doelmatigheid. De inspectie kijkt naar de kwaliteit en het CTZ naar de rechtmatigheid. Daartussen zit de doelmatigheid en daar kijkt eigenlijk niemand naar; dat moet ook geregeld worden.

Maar als het nu toch niet werkt en als de minister, die al die informatie krijgt, constateert dat de publieke belangen in gevaar komen? Dan zal ieder zinnig bewindspersoon eerst gaan praten en beïnvloeden, en proberen om het alsnog recht te krijgen. Mocht dat echt niet lukken en mocht een minister in de toekomst tot de conclusie komen dat het niet goed gaat, dan is er naar mijn mening maar één oplossing: terug naar aanbodsturing. De sector weet dus waar zij aan toe is.

De heer Hessing vraagt waarom de verzekeraars beter in staat zijn om te anticiperen op de zorgvraag dan de rijksoverheid in de afgelopen jaren en waarop de minister haar zonnige kijk baseert. Dat is iets minder erg dan naïef, maar het komt in de buurt. Ik baseer die kijk op het

gegeven dat er steeds betere informatie komt. Wij werken hard aan vergroting van de transparantie van de zorgsector. Wij hebben ook de aard en omvang van de informatiebehoefte veranderd. Wij laten jaarlijkse brancherapporten vervaardigen. Wij laten Prismant allerlei onderzoek doen. Wij weten van jaar tot jaar meer en zijn steeds beter in staat om de informatie zodanig te ordenen dat die steeds completer wordt. Die informatie staat natuurlijk ook volledig ter beschikking aan de zorgverzekeraars. Zij zijn dus niet slimmer dan de overheid, maar maken er gebruik van dat de overheid het systeem van informatie-verschaffing en verantwoording beter in elkaar gaat steken. Daarbij komt dat de zorgverzekeraar soms door zijn directe contact met de aanbieders ook aanvullende kennis heeft over de lokale vraag. Dat kan in een achterstandswijk weer anders zijn dan op het platteland. Daar mag de zorgverzekeraar ook in het nieuwe systeem mee spelen.

De heer Boersma vraagt naar de vraagstellingen en de systematische verkenning van de invloed van demografische ontwikkelingen voor vraag en aanbod in de komende 25 jaar. De demografische ontwikkelingen zijn natuurlijk heel goed in kaart te brengen met uitzondering van de immigratie. Op dat punt kun je je nogal eens vergissen in de ramingen. Je weet op het ogenblik hoe oud alle Nederlanders zijn, dus je weet ook wanneer zij op de leeftijd komen dat zij meer zorg nodig hebben naar de huidige inzichten. De planbureaus, het SCP, het CPB en het CBS, die steeds meer samenwerken, doen er allerlei onderzoek naar en publiceren dat ook. Het RIVM heeft een continue opdracht om volksgezondheidstoekomstverkenningen te publiceren. Dat is ook dit jaar aan de orde. Het eerste rapport over de geneesmiddelen is toegestuurd aan het parlement. Ik weet niet of u dat heeft kunnen lezen. Het is een nogal dik boekwerk, maar het is een prachtig onderzoek waarin men zo goed mogelijk probeert het geneesmiddelengebruik in de komende jaren in kaart te brengen, in aanmerking nemende de demografie, wat ons te wachten staat met het genoom en dergelijke. Op die manier proberen wij ons zo goed en deskundig mogelijk te informeren. De demografische ontwikkelingen worden zonder enige

Borst-Eilers

twijfel meegenomen. Die zijn nog de makkelijkste van allemaal. Sociaal-culturele ontwikkelingen zoals veranderend gedrag in de samenleving, de combinatie van arbeid en zorg en een andere verdeling van werk en privé ziet het SCP wel aankomen, maar 25 jaar vooruitkijken is dan wel heel erg ver. Ramingen zijn aan de orde van de dag. Wij laten ook de arbeidsmarkt steeds onderzoeken door het Instituut voor strategische arbeidsmarktvoorwaarden. Ook daar doen wij ons voordeel mee.

Ik heb de verschillende planbureaus gevraagd om gezamenlijk een ramingsmodel voor de zorgsector te ontwikkelen. Het CPB, het SCP en het RIVM hebben een scenario gepresenteerd tot 2006. Dat gaat over de vraag wat de volumegroei in de sector zou moeten zijn. Men komt gezamenlijk tot de conclusie dat die volumegroei ten minste 2,5% zou moeten zijn – men spreekt over een scenario, dus dat betekent enige onzekerheid – maar er is nog geen rekening gehouden met de inhaal-slag.

De heer **Boorsma** (CDA): De minister hoefde dat niet te vertellen, want dat heb ik vanmorgen zelf verteld. Ik heb dat rapport aangehaald en gezegd dat er 2,5% volumegroei is geraamd. Ik heb ook opgemerkt dat deze raming te laag is, omdat de minister zelf al elders heeft gereageerd dat te weinig rekening is gehouden met de extra veroudering van de 80-plussers. Die 2,5% is al te laag. Ik heb er bovendien op gewezen dat deze planbureaus zijn uitgegaan van bestaande restricties, zodat er in wezen een vraagraming is gemaakt, beperkt door knelpunten in het aanbod. Ik vind dat men een raming had moeten maken van enerzijds de vraag en anderzijds het aanbod. Je had dan meteen een raming gehad van de wachtlijsten voor de komende jaren tot 2006. Dat was in ieder geval een begin geweest. We hebben iets dergelijks niet gezien. Ik had het overigens willen zien tot 2030.

Minister **Borst-Eilers**: Je moet dan denk ik met scenario's gaan werken met verschillende veronderstellingen. Dat is op zichzelf natuurlijk mogelijk. Het RIVM heeft dat in 1994 bij de volksgezondheidstoekomstverkenningen gedaan. In 1997 heeft het RIVM het iets meer toegespitst. Het RIVM werkt momenteel aan een

nieuwe editie volksgezondheidstoekomstverkenningen, waarvan het een onderdeel al heeft gepubliceerd. Bij het RIVM wordt gekeken naar de wijze waarop de ziektelast in de bevolking zich gaat ontwikkelen. Dat zal meer naar de zin van de heer Boorsma zijn. Ik vind dat zelf overigens ook heel belangrijk. Daarbij wordt niet alleen rekening gehouden met de demografie, maar ook voorzover we daartoe in staat zijn met nieuwe medische ontwikkelingen, waardoor je inderdaad de vraag in kaart kunt brengen. Uit die vraag vloeit dan dus ook een volumegroei voort. Het andere RIVM-rapport zal voor het eind van dit jaar verschijnen, als het RIVM zijn tijdschema haalt. Dat is ook belangrijk met het oog op de verkiezingen.

De heer Hessing heeft nog gevraagd of de extra middelen goed besteed zijn. Ik heb daar al een reactie op gegeven. Gedetailleerder kan ik het niet doen. De heer Hessing vroeg verder of in het verleden de budgetten van de instellingen niet simpelweg zijn opgehoogd zonder dat afspraken zijn gemaakt om de middelen gericht in te zetten voor het doel waarvoor ze bestemd zijn. Er is naar beste weten ingeschat wat de extra productie zou moeten zijn in de verschillende sectoren. Op die wijze is het geld verdeeld. Wij zijn in 1998 begonnen met het maken van meerjarenafspraken, waarbij wij de extra toedeling aan de sector ziekenhuizen – dus niet aan individuele ziekenhuizen – koppelden aan bepaalde prestaties. Op lokaal niveau maakt de zorgverzekeraar afspraken met het ziekenhuis over de productieontwikkeling en de extra productiemiddelen. Bij het basisbudget loopt dit nog altijd via het CTG. Er zijn dus inderdaad twee systemen, waarbij het ene bovenop het andere staat. Bij de bepaling van de extra productiemiddelen wordt door beide partijen zo goed mogelijk ingeschat hoeveel productie je volgend jaar in het ziekenhuis kunt verrichten. Het is sterk afhankelijk van de personeelsvoorziening en het ziekteverzuim of dit inderdaad lukt. Er wordt afgerekend op prestatie. Er wordt dus nagecalculeerd. Bij het hanteren van een dergelijk systeem wordt het geld in ieder geval niet besteed of weggegeven zonder dat er iets mee gebeurt.

De vragen die de heren Boorsma en Van Schijndel hebben gesteld

over de cure sluiten hierop aan. Zij hebben gevraagd waarom het niet lukt om de wachttijden te verkorten. Vele Kamerleden hebben de rapporten van Prismant gelezen. Als je naar de productie kijkt, dan zou je verwachten dat bij gelijkblijvende vraag de wachttijden in de cure sterk gereduceerd zijn. We hebben echter bij bepaalde ingrepen gezien dat de vraag zich enorm sterk ontwikkelde. Het bekende voorbeeld is de cataractoperatie. Vroeger moest je een verlies van zeker 60% gezichtsvermogen hebben voor je voor deze operatie in aanmerking kwam. Tegenwoordig gebeurt het bij 40% gezichtsvermogenverlies en binnenkort vindt de oogarts het ongetwijfeld bij 30% of 20% gezichtsvermogenverlies al verantwoord om de ingreep te verrichten. Nogmaals, dat is een geweldige verbetering van levenskwaliteit voor de mensen. Ze gaan naar de oogarts omdat ze slecht zien, niet omdat ze het zo leuk vinden om nieuwe lenzen te krijgen. Er is absoluut sprake van indicatieverruiming. Daardoor blijft er sprake van een bewegend doel. Het is niet eenvoudig om dit goed in te schatten. We doen dit echter zo goed mogelijk, want we leren ieder jaar bij.

Waarom is het geld voor het wegwerken van de wachtlijsten in 2000 niet gebruikt? Door de ziekenhuizen is inderdaad maar 25% ingezet. Dat geld kwam pas in oktober beschikbaar. Het kabinet zag in het najaar opeens kans om een extra financiële injectie van 200 mln gulden te geven. Dat is natuurlijk bijna niet meer weg te werken. Bovendien moet het ook nog verdeeld worden. Voor 2001 is 758 mln gulden extra toegevoegd aan de ziekenhuiszorg. Vanaf 1 januari was bekend dat dit geld er was. Vandaar dat het geld dit jaar veel beter besteed moet zijn. Ook hier moet ik een "maar" noemen en dat is dat het gebrek aan personeel het wellicht niet mogelijk maakt om het geld volledig te besteden. Dan vloeit het dus terug.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Er zal inderdaad een veelheid van redenen zijn, maar ik meen wel dat het geld vanaf het begin van 2000 in een aantal tranches beschikbaar is gekomen. Eerst kwam er een klein beetje, later kwam er meer. Het is dus niet helemaal juist dat men pas vanaf oktober kon weten dat er geld

Borst-Eilers

beschikbaar kwam. Naar ik meen, was al veel eerder een bepaald bedrag beschikbaar en is dat ook het bedrag dat uiteindelijk is gebruikt.

Minister Borst-Eilers: Volgens mij is dat correct. Als dat niet juist is, kan ik mezelf nog in tweede termijn corrigeren. Die 200 mln gulden, toch een ferme inhaalslag, zijn echter pas later beschikbaar gekomen.

De heer **Boorsma** (CDA): Overmorgen is het 1 november. Dan hebben wij nog twee maanden de tijd om dat geld op te maken. De minister moet toch in staat zijn om vandaag aan te geven welk deel van de extra toegekende bedragen naar haar verwachting dit jaar zal worden uitgegeven? Wij menen dat het grootste deel van het geld dat naar de AWBZ-sectoren gaat, zal worden besteed. Of dat zo is, hoor ik wel van de staatssecretaris. Wij zijn echter ook van mening dat het geld in de curesector niet zal worden besteed. Wij hebben al gewezen op het tekort aan personeel en op de knelpunten inzake de normale productie en extra productie. De ziekenhuisdirecteuren die wij hebben gesproken, zeiden dat de ziekenhuizen wel extra hadden geproduceerd, maar nog geen cent hadden ontvangen. Bovendien hebben zij problemen om het geld van de verzekeraar te krijgen omdat de minister ergens een plafond heeft gesteld. Dat laatste doet er nu even niet toe; ik wil nu van de minister weten wat haar inschatting inzake die extra besteding is. Ik hoor haar alleen maar over de knelpunten die worden ervaren bij het besteden van het geld. Dat mag toch niet de bedoeling zijn.

Minister Borst-Eilers: De reden daarvan mag inderdaad niet liggen in het systeem. Als men onvoldoende operatiepersoneel of anesthesiepersoneel kan aantrekken, is dat een feit waar je mee moet leven. Ik kan hier op dit moment maar een concrete mededeling over doen. Zorgverzekeraars Nederland had in augustus de kans om extra geld bij te vragen voor het jaar 2001. Zij heeft daarvan afgezien omdat zij meent dat dit extra geld niet weg te zetten is, maar zij heeft tegenover mij nog niet helder aangegeven of het bedrag dat beschikbaar is, wel helemaal besteed kan worden. Ik moet het antwoord daarom vandaag toch schuldig blijven. Ik weet niet of

ik daar straks in tweede termijn wat meer over kan zeggen omdat een van mijn medewerkers daarover wat meer informatie heeft, maar in deze termijn kan ik daar verder niets over meedelen.

De problematiek die zich in enkele ziekenhuizen zoals het Maaslandziekenhuis voordoet, sluit hier direct op aan. Die heeft alles te maken met het feit dat in het verleden zogenaamde grijze productieafspraken zijn gemaakt. De feitelijke productieafpraak voor 2000 was echter lager. Het verschil werd bijvoorbeeld gebruikt om extra specialisten aan te trekken. Wordt het klassieke CTG-systeem gevolgd, dan leidt dat dus niet tot meer budget, ook niet als dit jaar meer wordt geproduceerd dan vorig jaar. In het vorige jaar is immers minder geproduceerd dan was afgesproken. Wordt dit jaar meer geproduceerd, dan bevindt zich de productie nog altijd onder hetgeen het jaar daarvoor is afgesproken. Het CTG concludeert dan dat geen extra geld kan worden toegekend omdat de productie niet boven die van het vorige jaar uitkomt. Dat is het eerst in Sittard signaleerd. Ik heb dat direct met de heer Scheerder van het CTG besproken. Hij is hierover met de ziekenhuizen die dit probleem hebben, in gesprek. De techniek kan ik helaas niet uitleggen. Ik wil wel een schriftelijke uitleg geven. Het wordt wel opgelost.

De heer Hessing vroeg naar aanleiding van de vergelijking tussen 1998 en 2000 in tabel 4 of er ook een overzicht vanaf 1994 beschikbaar is. Dan kun je de productietoename wellicht scherper zien. Dat is wel te presenteren, maar de reden van de periode 1998-2000 is dat in december 1996 voor het eerst besloten is, de curatieve sector extra middelen ter beschikking te stellen om de wachtlijsten weg te werken. Die kwamen dus in 1997 ter beschikking. Toen zijn ze ingezet, en ook in de loop van 1998. Wij vonden het op grond daarvan niet nodig om het vanaf 1994 te laten zien. Maar als de heer Hessing daarin geïnteresseerd is, wil ik dat overzicht best toesturen.

De heer Dees heeft gevraagd waarom het Actieplan zorgverzekerd niet voor de GGZ geldt. De GGZ heeft iets bijzonders. Zij heeft geen onafhankelijke indicatiestelling, wat wel het geval is in de rest van de AWBZ-sector door het RIO. De GGZ heeft ook niet te maken met een

risicodragende zorgverzekeraar, maar met een zorgkantoor. Beide zaken maken dat je bij de GGZ eigenlijk geen automatisch beheersingsmechanisme hebt in de uitgaven, en dat je daar toch nog even een slagje voorzichtiger moet zijn. Men gaat in de GGZ steeds meer op grond van een protocol werken. Dat kan dan bij wijze van spreken die objectieve indicatiestelling grotendeels vervangen, maar er wordt bij de GGZ geschat wat men zou kunnen wegzetten. Voor dit jaar is dat het bekende extra bedrag van 160 mln gulden. Voor volgend jaar heb ik een dergelijk bedrag nog niet ingeboekt. Ik wil aan het eind van dit jaar zien wat er in 2001 gebeurd is. Dan vind ik dat men in 2002 op hetzelfde productieniveau verder mag werken. Het eerste halfjaar is dan sowieso al voorzien, dus dan zal de rest erbij moeten komen bij de Voorjaarsnota. Het is dus een iets andere methode, die te maken heeft met het feit dat de natuurlijke beheersing die bij de ziekenhuizen in de risicodragende zorgverzekeraar zit, en bij de rest van de care in het zorgkantoor en vooral in de onafhankelijke indicatiestelling door het RIO, bij de GGZ helaas ontbreekt. Daar kunnen die arme mensen ook niets aan doen, maar daardoor hanteren wij ten aanzien van hen een iets ander systeem. De intentie is echter hetzelfde. Als zij kunnen aantonen dat het goed besteed weggezet is, dan kunnen zij ook weer verder op dat niveau doorgaan.

De heer Dees heeft voorts gezegd dat de bekostigingsmethode voor de wachtlijstgelden eigenlijk naar alle budgetten zou moeten worden doorgetrokken. Daar heeft hij gelijk in. Wij moeten toe naar een budgetteringssystematiek waarbij het systeem van afrekenen op prestatie niet alleen wordt toegepast op het extra geld, maar op het hele budget.

Voorzitter. Ik stel nog even de arbeidsmarktproblematiek aan de orde en maak vervolgens nog enkele slotopmerkingen, teneinde de staatssecretaris ook wat ruimte te laten voor half zeven. Een aantal woordvoerders heeft opmerkingen gemaakt en vragen gesteld over de arbeidsmarktproblematiek. De eerste vraag luidt natuurlijk: geeft de overheid een voldoende bijdrage aan de sector voor een goede loonontwikkeling? Wij geven een OVA, een overheidsbijdrage aan de arbeidsvoorwaardenontwikkeling. Die

Borst-Eilers

maakt een marktconforme salarisontwikkeling mogelijk. Wij varen daarbij op de cijfers van het Centraal planbureau in het voorjaar. Als bijvoorbeeld in het CEP staat dat het in de marktsector gemiddeld 4% is, dan geven wij ook 4%. Verder zijn de werkgeverslasten erin verwerkt, mutaties daarin en dat soort zaken. Het is dus een referentiemodel. Wij eisen niet meer een productiviteitsstijging. Die zat er vroeger in, maar die is eruit gehaald.

Met dat bedrag kun je dus ook een salarisstijging van 4% realiseren. Ga je nu in de cao daarbovenuit, dan kost dat inderdaad meer. Dan kan een instelling proberen om dat hogere bedrag te halen uit een productiviteitsverhoging, dus via een efficiencywinst. Gebeurt dat niet, dan gaat het inderdaad ten koste van het volume aan zorg. Het kan niet afgewenteld worden op de wachtlijstgelden, want daarvoor geldt een afrekeningsformule. Men zit dan dus wel enigszins in de problemen.

Wij hebben, zoals iedereen, geconstateerd dat er in de marktsector behalve primair het gewone salaris ook nog wel andere leuke dingen geboden worden. Daardoor gaat de collectieve sector na enkele jaren echt achterlopen bij de marktsector. Vandaar het plan van de commissie-Van Rijn en vandaar dat het kabinet daar uitvoering aan heeft gegeven. Voor de zorg is dat dit jaar in gulden 600 mln en volgend jaar 1 mld. Sociale partners hebben daar ook het nodige mee gedaan. Je vindt in de cao's ook allerlei maatregelen terug die met dat Van Rijngeld gefinancierd worden. Dat zijn vooral maatregelen om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken: een nieuw functiewaarderingssysteem, functiedifferentiatie, betere stagevergoedingen, beleid om mensen te behouden en de strijd tegen het ziekteverzuim. Als het ziekteverzuim daalt, is het personeelsprobleem grotendeels opgelost. Daar zijn ook al afspraken over gemaakt. Men is alleen nog in gesprek met de algemene ziekenhuizen en de sector verpleging en verzorging.

Mevrouw Ter Veld zei al dat die convenanten mooi zijn, maar het moet natuurlijk komen van het management. Daar ben ik het mee eens. De staatssecretaris en ik bezoeken regelmatig instellingen met een laag ziekteverzuim. Als wij dan vragen hoe dat komt, dan blijkt dat

het te maken heeft met aandacht voor het personeel. Het ziekteverzuim staat hoog op de agenda van het management. Het management moet echt geïnteresseerd zijn in het behoud van personeel. Het moet werknemers die willen stoppen met werken in de zorg vragen waarom ze weg willen gaan en wat er gedaan kan worden om het werk aantrekkelijker te maken. Dat heeft vaak te maken met flexibele werktijden en goede kinderopvang, maar vooral ook met aandacht. Ik kan het niet vaak genoeg zeggen. De staatssecretaris en ik hopen dat al die managementmensen hier ook een keer door bevolgen worden. Laten wij het dus maar vaak zeggen. Wij hebben ons ook voorgenomen om door te gaan met die werkbezoeken. Wij leggen instellingen met een hoog ziekteverzuim de vraag voor hoe het komt dat zij zo'n hoog verzuim hebben. Waarom heeft dit ziekenhuis een verzuim van 9% en het ziekenhuis een stukje verderop 5%? Dat is een lastige vraag. Daar heeft men vaak niet van terug.

Verder proberen wij ook via benchmarking de verschillende instellingen te stimuleren. Wij kijken naar een aantal zaken, zoals overhead, ziekteverzuim en verloop. Dat zijn vaak interessante rapporten. De spiegelinformatie doet mensen vaak schrikken. Toch is de zorg nog altijd een aantrekkelijke werkgever. Er is een lage vacaturegraad en sinds 1994 zijn er 140.000 mensen bij gekomen.

De heer Boorsma had het over de capaciteit van de beroepsbeoefenaren, zoals verloskundigen en artsen. Wij hebben een samenstel van maatregelen getroffen. De eerste maatregel is het vergroten van de opleidingscapaciteit. Dat begint al bij de opleiding tot arts aan de universiteit. Er is gevraagd waarom die getallen steeds wisselen. Minister Hermans heeft toenemende druk op de universiteiten uitgeoefend. Wij hebben aangegeven dat wij overwegen om toe te staan dat er ook in Tilburg en Twente artsopleidingen komen. Die mededeling heeft opeens weer 400 extra opleidingsmogelijkheden in de bestaande faculteiten opgeleverd. Er is dus geen sprake van zwalkend beleid van minister Hermans, integendeel. Er is heel consistent gezocht naar een manier om zoveel mogelijk mensen tot arts op te leiden. Dat kan zelfs leiden tot

afschaffing van de numerus fixus of tendersystemen, maar dat moet men maar aan minister Hermans zelf vragen. Hij denkt daar serieus over na, maar dat kan hij natuurlijk niet zomaar realiseren, want dat heeft wellicht ook consequenties voor andere opleidingen. Voorlopig komen wij dus uit op 2800 medische studenten. Dat is bijna even hoog als het aanbod, want dat ligt op het ogenblik op 3000.

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Ik vroeg of ik het goed gelezen had dat minister Hermans op schriftelijke vragen heeft geantwoord dat hij de numerus fixus wil opheffen. Mijn vraag was ook op welke termijn dat zou gebeuren. Ik was blij verrast toen ik in het conceptverkiezingsprogramma van de VVD las dat die partij ook de numerus fixus wil afschaffen. Minister Hermans is zelf van de VVD. Je zou toch zeggen dat dit zo geregeld is.

Minister **Borst-Eilers**: Nee, dat is niet zo gedaan. Als de numerus fixus nu zonder meer wordt afgeschaft en iedereen wordt toegelaten, ontstaat echt kwaliteitsverlies van de opleidingen. De faculteiten moeten er immers wel toe in staat zijn en de capaciteit van de huidige acht faculteiten tezamen is waarschijnlijk toch te gering om de toelating volledig open te gooien. Daarom wordt gedacht over nieuwe opleidingsmogelijkheden in Twente en Brabant, waarbij Twente wil gaan werken met docenten van de universiteit van Münster. Er worden op die manier nieuwe docenten aan het totale docentenbestand toegevoegd en die moeten er ook komen, want daar is op dit moment een tekort aan. Kortom: als wij de toelating op dit moment volledig opengooien, krijgen de studenten slechter onderwijs en dat vind ik weer niet goed.

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Kunt u dan geen enkele termijn noemen? Ik heb natuurlijk ook gelezen dat er gepiept wordt over tekorten aan docenten en tekorten aan stagemogelijkheden.

Minister **Borst-Eilers**: Minister Hermans heeft, als ik het goed heb, aan de Tweede Kamer geschreven dat per 1 september 2003 2800 medische studenten kunnen worden toegelaten. Het aanbod van

Borst-Eilers

medische studenten ligt nu op ongeveer 3000, dus misschien kunnen de laatste paar honderd er in september 2003 nog bijgenomen worden. Ik vind dat de minister van OCW op dit punt een zeer overtuigend en sterk beleid voert, maar wel stap voor stap om te voorkomen dat onverhoeds allerlei chaos wordt gecreëerd.

Naast zoveel mogelijk opleiden is ook belangrijk om mensen terug te halen die indertijd een artsdiploma hebben gehaald, maar er vervolgens om wat voor reden dan ook uitgestapt zijn. Die moeten bijgeschoold kunnen worden en moeten interessante arbeidsomstandigheden aangeboden krijgen. Jonge huisartsen willen graag werken in groepspraktijken, dus er moeten ook meer groepspraktijken en gezondheidscentra komen. Daarover zijn wij met de gemeenten in gesprek, want dit vergt natuurlijk een ander soort huisvesting. Daarnaast noem ik differentiatie binnen de opleidingen, wat vooral voor de verpleegkundige opleidingen geldt, in de zin van meer nieuwe functies creëren.

Er is op dit moment discussie gaande over een wijziging van het medisch opleidingscontinuüm. Die wijziging houdt in dat er een jaar afgaat van de totale opleiding, dus vanaf het eerste jaar op de universiteit tot specialist. Verder zijn er mogelijkheden om in de toekomst tussentijds uit een specialistische opleiding te treden, bijvoorbeeld na twee jaar inwendige geneeskunde, om dan de positie van algemeen ziekenhuisarts te gaan bekleden. Later kan men dan weer, als men dat wil, de opleiding vervolgen. Na drie jaar, zo is de bedoeling, kan iemand algemeen internist of algemeen chirurg worden en als zodanig in een ziekenhuis gaan werken. Men kan dan al heel veel zelfstandig doen, zij het niet alles. Als men door wil specialiseren, moet dus de laatste kop er nog op. Op dit moment is iedereen eerst zes jaar bezig om arts te worden en vervolgens nog eens zes jaar om de specialistische opleiding af te ronden. Dan is men allemaal hetzelfde, terwijl er juist behoefte is aan een gedifferentieerd aanbod. In ieder geval kan langs die weg sneller tot vergroting van de capaciteit worden gekomen.

Ook taakherschikking tussen de verschillende beroepen is een belangrijk punt. Dit houdt in dat verpleegkundigen of hbo'ers taken

van artsen overnemen, bijvoorbeeld in de oogheelkunde of de mondheelkunde.

Het geheel moet dan worden afgerond met een veel intensiever gebruik van ICT. Artsen besteden nu nog heel veel tijd aan briefjes schrijven aan elkaar, of aan pogingen om elkaar aan de telefoon te krijgen, vaak tevergeefs. Dat kan allemaal echt veel handiger en efficiënter.

Al deze mogelijkheden moeten in een goede mix worden ingezet om zo snel mogelijk tot meer aanbod aan het bed van de patiënt te komen.

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Bij de opleidingscapaciteit is het vooral een kwestie van vooruit plannen. Je plant hoeveel artsen en hoeveel verpleegkundigen op de lange termijn nodig zijn en daarbij hoor je uiteraard ook je onderwijsvoorzieningen te plannen. Aan dat laatste heeft het volgens mij ontbroken. Verder hebben wij nu sinds enige jaren het Capaciteitsorgaan. Plant dat orgaan alleen de medische opleidingen, of ook de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden?

Minister **Borst-Eilers**: Tot dusverre heeft dat orgaan alleen de artsenopleidingen gepland. Dit orgaan heeft daarvoor een simulatiemodel gemaakt waar ook zo goed mogelijk maatschappelijke ontwikkelingen in verwerkt zijn. Bij verpleegkundigen hebben wij niet zozeer een gebrek aan opleidingscapaciteit, maar gaat het om een gebrek aan belangstelling om opgeleid te worden. Uitzondering daarop zijn de stages in ziekenhuizen. Daar wordt weliswaar ook wel moeilijk over gedaan, maar met de zgn. middelen-Van Rijn is het mogelijk om de werkgever een goede vergoeding te geven als hij stagiaires aanneemt waarmee weer stagebegeleiders kunnen worden aangesteld.

Mijnheer de voorzitter. Verschillende sprekers hebben aanbevelingen gedaan. Ik heb al gezegd dat ik die van de heer Dees positief waardeer. Ook de heer Boorsma eindigde zijn betoog met negen aanbevelingen. Hij had een scherp betoog met veel kritische vragen en opmerkingen en dat is prima, maar toen hij met zijn aanbevelingen kwam, dacht ik bij acht van de negen al snel dat ik het daar van harte mee eens ben, dat die eigenlijk mijn beleid ondersteunden. De negende

aanbeveling inzake de sociale dienstplicht klinkt mij heel sympathiek, maar ik vraag mij af of dat als dwang wel goed uitvoerbaar is.

Mijnheer de voorzitter. Ook wij hebben natuurlijk lessen getrokken uit dit debat. Alle woordvoerders hebben op hun eigen wijze geprobeerd conclusies en lessen aan de vragen en antwoorden te verbinden. Ik vind dat de verdienste van de vragen die uw Kamer ons heeft voorgelegd is dat het mogelijk blijkt om met elkaar tot een evaluatie en meer en beter inzicht te komen ook zonder dat zware instrument van een enquête. Ik zei ook al dat dit volgens mij ook niet meer zou opleveren. De eerste les voor mij is dat veel ontwikkelingen die nu vanzelfsprekend lijken, in het verleden niet voldoende zijn voorzien. Sommige hadden ook niet kunnen worden voorzien, maar wij moeten toch proberen om nog beter vooruit te leren kijken en daarvoor alle beschikbare instrumenten in te zetten.

Een tweede les hebben wij inmiddels al toegepast, namelijk dat de zorgvraag leidend moet zijn voor het aanbod. De verwachtingen over het leveren van zorg, het tempo daarvan, maar ook over de kwaliteit zijn hoog in een welvarende samenleving en daar moeten wij aan tegemoetkomen. Dat betekent dus loslaten van de centrale aanbodssturing en ruimte voor de veldpartijen.

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Voorzitter. Ik merk dat de minister haar antwoord zo'n beetje aan het afronden is, maar ik had nog gevraagd of zij ook doelmatigheidsrapportages van instellingen krijgt en in hoeverre zij inzicht heeft in het effect van inspanningen om de doelmatigheid te vergroten, waarvan zij terecht ook voorstandster is.

Minister **Borst-Eilers**: Ter wille van de tijd had ik die vraag inderdaad maar even terzijde gelegd. Het bevorderen van doelmatigheid doen wij eigenlijk via het subsidiëren van doelmatigheidsprojecten waar dat maar enigszins kan. Het kwaliteitsorgaan CBO heeft vervolgens de taak om te zorgen voor implementatie van succesvolle doelmatigheidsprojecten. Dat gaat meer over de ontwikkeling van de doelmatigheid. Over het doelmatig uitvoeren van de zorg, ook in organisatorisch opzicht,

Borst-Eilers

heb ik al gezegd dat er wel een toezicht bestaat op de rechtmatigheid en ook op de kwaliteit, maar dat de doelmatigheid er eigenlijk nog wat tussen hangt en dat het toezichtstelsel zeker in die richting zal moeten worden uitgebreid. Kortheidshalve wil ik het daar nu maar even bij laten, desgewenst kan ik er in tweede termijn wellicht wat uitvoeriger op ingaan.

Mijnheer de voorzitter. Een derde les betreft de wijze waarop wij in het verleden verantwoordelijkheden in de praktijk hebben geregeld. Op papier en volgens de wetgeving was dat wel helder en wist iedereen wel wat hij doen moest. Het was een mooi samenspel van in elkaar grijpende verantwoordelijkheden en het is ook lange tijd goed gegaan, maar door de dominantie van de aanbodregulering is het ondernemerschap, het initiatief, het innoverend vermogen van de sector te veel op de achtergrond geraakt. In de sector is men zich daarom ook sterk op de overheid gaan richten en heeft men zo'n beetje de houding gekregen van "zegt u maar wat er gebeuren moet!". Dat is jammer, want er zit veel innoverend vermogen in die sector en wij moeten die dan ook weer zo snel mogelijk teruggeven aan de professionals, de zorgverzekeraars en de managers voorzover die noodzakelijk zijn. Ik neem dus geen afstand van hetgeen er de afgelopen jaren is gebeurd, want daar was een goede reden voor, maar het is nu wel duidelijk dat de nieuwe tijden om een nieuw instrumentarium vragen. De laatste les is dat wij keuzes moeten durven maken in de politiek en dat wij die meerdere jaren over meerdere kabinetsperiodes moeten volhouden. Veranderingen in de zorgsector gaan langzaam, die les hebben wij ook de laatste decennia kunnen leren. Aan de andere kant is er ook veel dynamiek voor vernieuwing en verandering, maar daarop moet je handig en consequent inspelen. Ik hoop dat het kabinet nu duidelijk heeft aangegeven dat alle veranderingen in de sturing van de sector van de laatste jaren zijn ingebed in een duidelijke onderstroom die ergens naartoe gaat, namelijk naar het nieuwe stelsel van decentrale vraagsturing. Die ontwikkeling zullen de politiek en het openbaar bestuur in de komende jaren met kracht moeten ondersteunen, onder andere

door een nieuw modern verzekeringsstelsel.

Ik heb gesproken over ruimte, rekenschap, resultaat en richting. Hiermee sluit ik aan bij de Verkenningen die het kabinet deze zomer heeft uitgebracht. Daarin stonden deze vier "R'en" centraal. Deze Verkenningen hadden ook betrekking op de veranderende rol van de overheid.

De **voorzitter**: De minister heeft anderhalf uur gesproken in dit debat, met inbegrip van de interrupties. Ik wil ruimhartig zijn in het toestaan van interrupties, want dit agendapunt behelst een debat dat volledig tot zijn recht moet kunnen komen.

□

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Voorzitter. In eerste termijn zijn een aantal opmerkingen gemaakt en vragen gesteld over ontwikkelingen en knelpunten in de uitvoering van de AWBZ en met name over de wachtlijsten. Een van de belangrijkste lessen die wij hebben getrokken, is dat ook in de uitvoering van de AWBZ de vraag veel meer centraal moet komen te staan. Er wordt op dit moment hard gewerkt om die omslag naar een meer vraaggerichte zorg tot stand te brengen. Dit houdt in: zorg die beter aansluit op de vraag van de burger zowel kwalitatief zodat er tegemoet wordt gekomen aan de wensen van mensen, maar ook kwantitatief zodat zij niet zolang hoeven te wachten.

In de vorige periode zijn daarvoor de eerste voorzichtige stappen gezet. Daarbij is de totstandkoming van de integrale, onafhankelijke indicatiestelling belangrijk. Hierdoor werd voor het eerst de zorgvraag van de burger integraal in beeld gebracht, overigens niet alleen uit het perspectief van de zorg, maar ook op het terrein van wonen en welzijn. De heer Van den Berg zei dat de aanbodregulering in het verleden ertoe heeft geleid dat er wachtlijsten zijn ontstaan. Dit is een feit, maar in de thuiszorg is de aanbodregulering en het feit dat de thuiszorg zelf de indicatie verrichtte, een reden geweest waarom er bij heel veel thuiszorg instellingen geen wachtlijsten bestonden. De thuiszorg werd gerantsoeneerd en men indiceerde op basis van het beschikbare aanbod. Daardoor waren er dus geen wachtlijsten. Vanaf het moment dat de indicatiestelling onafhankelijk

werd opgesteld en er werd gekeken naar de werkelijke vraag van de burger, kwam die vraag op tafel. Dit is een belangrijk punt waardoor wij meer zicht hebben gekregen op de zorgvraag. Eerder was die er niet, want daarnaar werd niet gekeken.

Een tweede element in de omslag naar de vraagsturing waarmee in de vorige periode een begin is gemaakt, is de introductie van de persoonsgebonden budgetten. Een derde element zijn de zorg-op-maatregelen die meer flexibiliteit in de uitvoering van de AWBZ tot stand moesten brengen. Ik heb het dan nog niet over de extra middelen die in de loop der tijd ter beschikking zijn gekomen om wachtlijsten te bekorten.

In deze kabinetsperiode wordt zeer systematisch gewerkt aan die omslag naar een meer vraaggericht systeem. Zowel de aanpak van de wachtlijsten in de care als de modernisering van de AWBZ worden gekenmerkt door die omslag. Het gaat daarbij om een herinrichting van de organisatie van de zorg van aanbodregulering op landelijk niveau, centraal, naar een decentrale vraagsturing. Weg van de verkokering tussen alle sectoren en potjes op landelijk niveau naar een regionale, decentrale uitvoering van de AWBZ. Een verbetering van de informatievoorziening en vergroting van de transparantie zijn een noodzakelijke voorwaarde om die omslag tot stand te brengen.

Verder wordt er gewerkt aan een betere organisatie van de keten in de zorg. In de AWBZ zijn de wachtlijsten, misschien nog wel sterker dan in de curatieve zorg, van elkaar afhankelijk. Als er wachtlijsten zijn in het verpleeghuis waardoor mensen thuisblijven of in een verzorgingshuis terecht komen, betekent dat dat zij een verhoudingsgewijs groter beroep doen op de zorg, met als gevolg een flessenhals. De aanpak van de wachtlijsten vergt dus een ketengerichte benadering.

Door sommigen is het beeld geschetst dat er pas in 2000 iets is gebeurd. Dat beeld bestrijd ik, want er zijn eerder wel degelijk aanzetten gedaan. Zowel voor de aanpak van de wachtlijsten als voor de modernisering van de AWBZ lagen in juni 1999 plannen van aanpak voor. Die plannen zijn totstandgekomen in een proces met zeer grote betrokkenheid van Zorgverzekeraars Nederland, de koepels van patiënten en consumenten en de koepelorganisaties van de

Vliegenthart

aanbieders. Er zijn meer afspraken gemaakt en er was een gemeenschappelijk commitment. Al met al leidde dat tot het brede draagvlak dat nodig is voor de uitvoering van de hoofdlijnen van het beleid. Dat is een belangrijke basis voor de resultaten die wij nu zien. Wij zijn er nog niet, maar de eerste resultaten beginnen al wel zichtbaar te worden.

De belangrijkste uitgangspunten bij die plannen waren dat er echt zicht moet zijn op de zorgvraag en de keten, de middelen gericht worden gezet en, een belangrijk nieuw punt, geld en prestaties gekoppeld worden. Over die koppeling zijn in het regeerakkoord afspraken gemaakt en vervolgens heeft een en ander zijn beslag gekregen. Dit nieuwe uitgangspunt heeft geleidelijk aan wortel geschoten in de care, waardoor transparantie en verantwoording nu tot de mogelijkheden behoren.

Begin 2000 is naar aanleiding van een aantal gerechtelijke uitspraken tot een geïntensiveerde aanpak besloten. De belangrijkste verandering die daarvan het gevolg was, is dat niet langer het budget ex ante bepalend is en dat de prestaties ex post worden gefinancierd. Als zorgkantoren en instellingen in staat zijn om meer zorgvolume te realiseren, wordt dat gefinancierd, boter bij de vis. De heer Dees heeft terecht zijn steun voor die aanpak uitgesproken, want dit was een heel belangrijke doorbraak bij de bestrijding van de wachtlijsten.

In maart 2002 is met Zorgverzekeraars Nederland verder afgesproken dat een mogelijkheid zou worden geschapen voor onorthodoxe initiatieven. Er zijn toen in de loop van een aantal maanden zo'n 3500 plannen bij het departement ingediend, die in het najaar beoordeeld en in december in een versnelde procedure goedgekeurd zijn. Overigens is het interessant om te zien dat heel veel plannen die als onorthodox werden gezien, achteraf binnen de regels uitgevoerd bleken te kunnen worden. Dat zegt iets over het beeld in de sector van wat wel en wat niet mogelijk zou zijn. Deze beeldvorming is een belangrijk element. Dit proces is ondersteund door een taskforce van de zbo's, het departement, Zorgverzekeraars Nederland en de wachtlijstbrigade.

De uitspraken van de rechter en de bestuurlijke afspraken met Zorgverzekeraars Nederland waren een

belangrijke impuls voor de intensive-ring. Gelukkig is dit voorjaar bij de tweede meting gebleken dat er daadwerkelijk sprake is van een kentering. Een aantal woordvoerders heeft daar terecht op gewezen. Er is een stijging in het volume van de geleverde zorg en de wachtlijsten in met name de thuiszorg en de gehandicaptenzorg zijn afgenomen. Die daling is gerealiseerd, ondanks een forse stijging met 8% van het aantal indicaties. Dat dit een aanzienlijke stijging is, blijkt wel als die wordt afgezet tegen de demografische ontwikkeling. Verder is het interessant om te constateren dat steeds meer mensen overbruggingszorg ontvangen. Het gaat daarbij om mensen die geïndiceerd zijn voor een verpleeghuis, maar in een verzorgingshuis verblijven en extramurale verpleeghuiszorg of thuiszorg met een vorm van dagverpleging krijgen. Het aandeel mensen dat verstuken was van enige vorm van zorg, is dus ook sterk afgenomen.

Nader onderzoek in de regio Groningen heeft geleerd dat drie kwart van het aantal mensen dat wacht op een plaats in een verzorgingshuis tevreden is met de geboden overbruggingszorg. Die overbruggingszorg bestaat in dit geval vaak uit thuiszorg. Mensen willen heel graag in hun eigen huis blijven wonen. Als dat mogelijk is door de steun van de thuiszorg en de dagopvang, is dat een goede oplossing. Zij staan nog op de wachtlijst maar zij willen eigenlijk niet opgenomen worden. Dit relativeert het beeld enigszins. Mevrouw Ter Veld maakt het gebaar dat die mensen van de lijsten moeten worden afgevoerd. In de regio's zal op basis van herindicatie bekeken worden of mensen van een plaats op de wachtlijst willen afzien. Sommige mensen wensen echter als een vorm van verzekering op de lijst te blijven staan.

In alle regio's is momenteel zicht op de zorgvraag; iedere regio heeft daarvan een zeer gedetailleerd beeld. Dit is buitengewoon belangrijk, omdat inzicht de basis vormt voor de verdere beleidsontwikkeling en een gerichte inzet van middelen om op de juiste plekken uit te breiden. Om dit proces te ondersteunen, wordt gefaseerd een AWBZ-brede zorgregistratie ingevoerd. Bij de indicatieorganen vindt dit plaats op basis van de vraag. De zorgkantoren

zullen daaraan gekoppeld worden, waarna de instellingen volgen om de zorgleverantie transparant te maken. Op die manier komt de informatievoorziening van de gehele keten in beeld, waarmee een transparante situatie ontstaat die verantwoording over de inzet van middelen mogelijk maakt. Momenteel wordt keihard gewerkt aan het realiseren van een en ander; er wordt forse vooruitgang geboekt.

De heer Boorsma heeft gevraagd of het geld dat geraamd is voor de aanpak van de wachtlijsten zal worden opgemaakt. In de care worden ramingen gebaseerd op de verwachte feitelijke zorg die zorgkantoren en instellingen kunnen realiseren. Na afloop van het jaar wordt afgerekend op feitelijke resultaten en vindt er dus nacalculatie plaats. Met betrekking tot de persoonsgebonden budgetten en de persoonsvolgende budgetten in de gehandicaptenzorg is de verwachting dat de raming in ieder geval adequaat is. Misschien realiseert de sector meer, hetgeen een tegenvaller voor de schatkist maar een meevaller voor het beleid en de mensen om wie het gaat zou betekenen. Wat de PGB's verpleging en verzorging betreft, zijn er geen wachtlijsten meer: iedere aanvraag voor een PGB wordt gehonoreerd. Afhankelijk van de voorkeur van mensen wordt zorg in natura of een PGB aangeboden. Momenteel wordt gewerkt aan het vereenvoudigen van het persoonsgebonden budget en de Kamer zal binnenkort een nadere uitwerking van een en ander toegestuurd krijgen. Wellicht zal deze vereenvoudiging de keuze van burgers beïnvloeden. Het is lastig om dit adequaat te ramen maar in feite zijn er geen problemen.

Met de thuiszorg zijn theoretische productieafspraken gemaakt; een aantal zorgkantoren heeft het maximum gecontracteerd van hetgeen mogelijk is op basis van de lengte van de wachtlijsten. Het is zeer de vraag of dat theoretische maximum in alle situaties gerealiseerd wordt, gelet op de personeelsproblematiek. In met name het noorden en oosten van het land gaat het wel goed, maar in een aantal andere regio's is de toestand licht problematisch. Overigens heeft niet ieder zorgkantoor het maximum gecontracteerd. Sommige zorgkantoren stellen de cijfers na een bepaalde periode bij. Ook in deze

Vliegenthart

sector geldt dat aan het eind van het jaar wordt afgerekend volgens het principe boter bij de vis. In feite is het niet meer relevant om precies te ramen, omdat uiteindelijk alleen de feitelijk geleverde zorg gehonoreerd wordt.

Een aantal onorthodoxe plannen gaat gepaard met bouw. Uit de cijfers met betrekking tot de woningbouw blijkt dat het afgelopen jaar zeer moeizaam is geweest. Ik houd er mijn hart voor vast of op dit terrein de gewenste voortgang geboekt zal worden. Met name het verkrijgen van grond en de planningsprocedures op lokaal niveau vormen een belangrijke hindernis. Ik heb met staatssecretaris Remkes een brief gestuurd aan de gemeentes en provincies om een aantal knelpunten op dit gebied aan te pakken.

Voorzitter. Het inzicht in de zorgvraag is dus goed terwijl de aanpak van de wachtlijsten resultaat begint op te leveren. Echter, zoals de heren Boorsma en Van den Berg aangeven, komt nu ook de verborgen zorgvraag naar boven. Het zorgvolume neemt toe maar er is geen sprake van een recht evenredige afname van de wachtlijsten. Men kan dit, sec naar de cijfers kijkend, een tegenvaller noemen maar bezien vanuit de positie van de burgers beschouw ik dit als winst. Blijkbaar melden mensen die eerder het vertrouwen hadden verloren dat zij in aanmerking zouden komen voor zorg, zich nu weer wél bij het loket om gebruik te maken van de rechten waarvoor ook zij verzekerd zijn. De RIO's gaan na of men voldoet aan de indicatiecriteria en als dat het geval is, maakt men aanspraak op zorg en behoort dat ook gehonoreerd te worden. Dat deze mensen zich weer melden, is in maatschappelijk opzicht winst. Hierdoor worden de problemen minder snel opgelost dan wij zouden willen, maar waar recht bestaat behoort dat te worden gehonoreerd.

Om zicht te krijgen op de vraag – onafhankelijk van de aanbieders, zeg ik erbij – is een integrale indicatiestelling een belangrijke voorwaarde; op deze manier kan men tot meer vraagsturing komen. Daarnaast dient het functioneren van de RIO's te worden verbeterd. Het gaat de laatste jaren geleidelijk aan steeds beter. Bovendien loopt er een project "Robuuste RIO's" om tot verbetering te komen.

Mevrouw Ter Veld vraagt naar de status van een uitspraak van een RIO. Inderdaad is er na de uitspraak van de Centrale raad van beroep twijfel ontstaan; was er nu sprake van een advies of van een besluit? Inmiddels berust herstellwetgeving bij de Raad van State omdat het om een besluit behoort te gaan, met de daarbij behorende procedure.

Een ander belangrijk element bij de verbetering van de organisatie is de versterking van de verzekeraarsfunctie. In het kader van de AWBZ hadden wij in het verleden te maken met een uitvoering die bij de toenmalige verbindingkantoren neerkwam op een administratieve procedure. Geleidelijk aan zal de rol van de zorgkantoren steeds beleidsrijker moeten worden. Dit thema heeft de laatste jaren veel aandacht gevergd, óók aan de overzijde van het Binnenhof. Bij deze omslag is versterking van de verzekeraarsfunctie echt een essentieel element.

Mevrouw Ter Veld meent dat niemand zich verantwoordelijk voelt voor de uitvoering van de AWBZ en de wachtlijsten. Voorzitter. Ik houd haar voor dat door de uitspraak van de rechter, in combinatie met de omslag waarmee wij nu bezig zijn, de zorgkantoren er wel degelijk van doordrongen zijn dat zij bij de uitvoering een zeer belangrijke rol spelen en dat de zorgplicht door hen inhoud moet worden gegeven. Zij zijn de partij die in de toekomst zal moeten anticiperen op de zorgvraag, om ervoor te zorgen dat er voldoende zorg kan worden gecontracteerd om aan de behoefte tegemoet te komen.

Mevrouw Ter Veld verwijst voorts naar het CTU-rapport over de rol van de zorgkantoren in de thuiszorg. Voorzitter. Verschillende conclusies, verwoord in dit rapport, heb ik onderschreven in een brief aan de Tweede Kamer. Het is belangrijk dat wij ons realiseren dat dit rapport betrekking had op het jaar 1999, het eerste jaar dat de zorgkantoren-nieuwe stijl moesten gaan functioneren. In die situatie was er door de Tweede Kamer nog geen groen licht gegeven voor de plannen met betrekking tot de modernisering van de AWBZ. Op bepaalde conclusies valt dus nog wel wat af te dingen. Nogmaals, het is van groot belang dat de verzekeraarsfunctie wordt versterkt. Dit is ook gezegd door mevrouw Ter Veld, zij het dat zij voor

een bepaalde vormgeving kiest: een zelfstandige uitvoering door het zorgkantoor. Dit is een kwestie ten aanzien waarvan wij in de discussie in de Tweede Kamer over de rol van de zorgkantoren tot een genuanceerde afweging zijn gekomen. Vooralsnog gaan wij uit van de huidige juridische positionering van de zorgkantoren. Met andere woorden: de informatievoorziening en het contracteerbeleid worden versterkt, zulks in afwachting van de stelsel-discussie die later zal worden gevoerd.

Mevrouw Ter Veld heeft voorts gesproken over versterking van het toezicht. Ik ben het eens met datgene wat zij daarover heeft gezegd. De "governancegedachte" heeft zeer de aandacht van het departement. Voor dit geheel wordt de grondslag gelegd met het wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen dat sinds maart bij de Tweede Kamer ligt. De criteria die wij daarin voorstellen, zullen worden uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur. Daarvoor is een uitvoeringstoets gevraagd.

Voorts sprak mevrouw Ter Veld over de regiovisie en de functie van dit instrument. Daar is al jaren veel discussie over, zoals zij weet. De functie van het instrument is vooral om de ontwikkelingen in de zorgvraag op een goede manier in beeld te brengen, alsmede de ontwikkelingen ten aanzien van het aanbod, met name ook wat betreft de aanpalende sectoren wonen, welzijn en dienstverlening. Immers, met name in de care wordt de omvang van de specifieke zorgvraag ook beïnvloed door bijvoorbeeld de aanwezigheid van welzijnsvoorzieningen en dergelijke.

De functie van dit instrument is derhalve om ontwikkelingen ten aanzien van vraag en aanbod in beeld te brengen. Het is geen bindend instrument – zo is het ook niet in het regeerakkoord afgesproken – maar wel een sturend instrument dat de verschillende partijen ten grondslag moeten leggen aan de ontwikkeling van hun eigen beleid: het zorgkantoor in zijn contracteerbeleid en een gemeente als het gaat om locaties en afspraken ten aanzien van de planning van voorzieningen. Voorts is het voor woningcorporaties een belangrijk informatief instrument. De ontwikkeling ervan is dan ook voor de toekomst, met het oog op een goede

Vliegenthart

onderlinge afstemming van vraag en aanbod, heel belangrijk. Wij zullen die discussie met elkaar in het kader van de WEZ verder voeren.

Ik heb nu een aantal dingen gezegd over de verbetering van de organisatie van de zorg, over de gerichte inzet van de extra middelen en over de transparantie die daarbij nodig is. Een belangrijk element bij het tot stand brengen van een vraaggestuurde zorg is echter ook de versterking van de positie van de cliënt. De introductie van de persoonsgebonden budgetten, het vereenvoudigen van de persoonsgebonden budgetten en de introductie van persoonsvolgende financiering zijn belangrijke elementen daarbij. Deze zomer heb ik daarover een nota naar de Kamer gestuurd en binnen twee weken zal ik een nadere uitwerking van die voorstellen presenteren, zodat wij daar ook voortgang mee kunnen maken.

Nu vroeg de heer Van den Berg of het persoonsgebonden budget beschouwd zou moeten worden als doel of als middel. Ik zou willen zeggen dat de doelstellingen bij vraagsturing in feite zien op het bevorderen van keuzevrijheid voor burgers, het bevorderen van zorg op maat zodat wordt aangesloten bij de zorgbehoeften, en het bevorderen van zeggenschap van de cliënten. Dat zijn de doelstellingen waar het om gaat. Het PGB is een instrument dat aan alle drie de doelstellingen een bijdrage levert. Voor sommige mensen is het punt van de keuzevrijheid belangrijker, maar voor andere burgers is het aspect van zorg op maat weer belangrijker. Het draagt bij aan al die drie elementen.

De aanpak van de wachtlijsten en de modernisering van de AWBZ zijn twee trajecten die elkaar wederzijds moeten versterken. Dat gebeurt ook op die manier. Bij de aanpak van de wachtlijsten is het niet alleen het geld, maar vooral ook een betere organisatie die tot resultaat moet leiden. Als je het evenwel hebt over de knelpunten waar wij nu tegenaan lopen, dan gaat het ook om de beschikbaarheid van personeel en, op het punt van het bouwen, om schaarse grond en daarmee samenhangende procedures. Ook daarvoor zijn met maatschappelijke organisaties, met werkgevers en werknemers, allerlei afspraken gemaakt. De minister heeft daar al het een en ander over gezegd. Ik noem hier de convenanten die

gesloten zijn met betrekking tot de arbeidsmarkt, de extra middelen in het kader van Van Rijn en de fiscale instrumenten die op dit moment ontwikkeld worden om de scholingsinspanningen effectiever te maken en de instellingen tegemoet te komen in de kosten die zij moeten maken voor begeleiding van bijvoorbeeld herintreders die aan de slag willen.

Er is een herintrederscampagne gestart die nu regionaal verder uitgewerkt wordt. Wij zien daar dat veel mensen weer bereid zijn om in de zorgsector te gaan werken. Twee weken geleden stond er een prachtig verhaal in De Telegraaf over de Hartekamp waar men op een onorthodoxe manier is gaan werven en waar op die manier zeer gemotiveerde mensen zijn binnengehaald. Wij zien hier gelukkig lichtpuntjes. Tegelijkertijd zijn er gewoonweg – dat kan niet ontkend worden – heel hardnekkige knelpunten in een aantal regio's in ons land. Mevrouw Ter Veld sprak er heel ware woorden over. Het is zoals de minister in feite ook bevestigde, namelijk dat het personeelsbeleid dat binnen de instellingen gevoerd wordt, buitengewoon belangrijk is. Wij zien ook in de Randstad, waar de situatie heel lastig is, dat de instellingen die goed functioneren, in staat zijn om aan hun wervingsbehoeften te voldoen. Als je goed bekend staat, komen de mensen naar je toe. Als het ziekteverzuim op een normaal niveau zou liggen, zou dat probleem een totaal andere omvang hebben en in een aantal gevallen zelfs helemaal niet aanwezig zijn. Mevrouw Ter Veld heeft daar gelijk in.

De heer Hessing sprak over de werkdrukmiddelen en het probleem van de verantwoording daarvan. Een deel van de werkdrukmiddelen, 670 mln gulden, wordt toegekend in de sfeer van de verpleging en verzorging, met name aan verpleeg- en verzorgingshuizen. Zoals in de schriftelijke beantwoording staat, is dat lastig te verantwoorden, niet alleen omdat er sprake is van verschillende financieringsbronnen, maar ook omdat werkdruk bij uitstek een lastig te meten subjectief gevoel is. Als een instelling een goed ziekteverzuimbeleid of een goed personeelsbeleid voert, is de ervaren werkdruk totaal anders dan als het beleid van een instelling op die punten niet goed is. Omdat het lastig te meten is en vanwege de

bureaucratie van de verantwoordingen waarover de heer Boorsma sprak – wij wilden het niet zeer gedetailleerd laten verantwoorden door de instellingen – hebben wij in het kader van de meerjarenafspraken met de sector afgesproken: dat is de groei voor de werkdrukmiddelen die worden toegekend aan de instellingsbudgetten. De instellingen moeten wel een plan voorleggen aan het zorgkantoor, waarin zij aangeven op welke wijze zij de werkdruk binnen hun instelling wensen te verminderen, bijvoorbeeld via ziekteverzuimbestrjding, opleidingsplannen, een betere organisatie op de werkvloer of meer eigen verantwoordelijkheid voor teams. Er zijn allerlei varianten denkbaar. Die plannen zijn getoetst en men is ermee aan de slag gegaan. De inspanningen liggen ook vast in het convenant. Wij kunnen dat echter niet per instelling meten zonder dat daarvoor een gigantische winkel overhoop moet worden gehaald. Wij kunnen inmiddels wel de omvang van de productieontwikkeling en het arbeidsvolume meten. Dat zijn parameters op macroniveau, dus je kunt dat niet per instelling meten. In de afgelopen tijd is het arbeidsvolume in de caresectoren sterker gestegen dan het productievolume. Dat betekent dat de werkdruk in theorie minder zou moeten worden. Maar of dat in werkelijkheid het geval is, is afhankelijk van het aantal vacatures, het ziekteverzuim en allerlei andere factoren. Daaruit blijkt wel hoe lastig dat is en waarom wij er niet voor hebben gekozen om dat gedetailleerd te laten verantwoorden door de instellingen.

Ik loop de aanbevelingen van de heer Boorsma langs, te beginnen met het aantrekkelijk maken van de sector. Dat doen wij in het licht van de convenanten die wij hebben afgesloten, ondersteund door het Rijk en fiscale maatregelen in het kader van de commissie-Van Rijn.

De heer Boorsma pleit voor een vertrouwensoffensief. Wij zijn samen met de sector en de verzekeraars bezig om de problemen aan te pakken en proberen dat in zo goed mogelijk onderling overleg te doen. Ik stel vast dat dit inderdaad werkt.

Wij oriënteren ons inderdaad op het buitenland. Wij gaan niet alleen naar België, Frankrijk en de Scandinavische landen, maar zijn

Vliegenthart

ook naar Canada en Nieuw-Zeeland geweest.

De heer Boorsma spreekt over een reële inschatting van de vraag in verband met het BKZ. Ik heb aangegeven dat wij voor de care met het principe "boter bij de vis" werken. Wij maken een raming, maar achteraf rekenen wij ook af op resultaten: boter bij de vis. Wat de marktconforme salarisontwikkeling betreft, moeten de OVA en Van Rijn het mogelijk maken om de knelpunten aan te pakken.

Er wordt gewerkt aan een onafhankelijke registratie met de implementatie van de AWBZ-brede zorgregistratie.

Het belang van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling is evident. De modernisering van de AWBZ is gericht op de versterking van de verzekeraarsfunctie in dat geheel.

Ik neem kennis van de aanbeveling betreffende de discussie over het verzekeringsstelsel.

Ik ben het eens met zijn aanbeveling over een verkenning van de gevolgen van de demografische ontwikkelingen voor de vraag. De indicatiestelling geeft ons nu een veel concreter beeld van de ontwikkeling van de vraag. De minister heeft er al op gewezen dat er onderzoek plaatsvindt.

Met de minister ben ik van mening dat de verplichting van een sociale dienstplicht niet echt zal werken. Het is buitengewoon belangrijk dat wij met het uitbreiden van verlofregelingen en het ondersteunen van mantelzorg het mogelijk maken dat mensen zelf iets kunnen doen en dat wij faciliteren dat het kan worden gecombineerd. Op die manier zorgen wij ervoor dat alleen datgene wat echt professioneel moet ook professioneel kan.

De **voorzitter**: Ik moet opmerken dat onze planning bijzonder gerespecteerd wordt. De minister en de staatssecretaris hebben deze repliek, samen met de interrupties die toegelaten zijn, exact in twee uur ingevuld. Ik herhaal dat het deze keer niet gaat om een debat over een wetsvoorstel, maar over de hele breedte van de zorgsector. Mij is gebleken dat er in tweede termijn behoefte is van de zijde van de Kamer om in ruim drie kwartier te reageren. Dat betekent dat er in onze planning nogal wat ruimte is om via interrupties het debat te verlevendi-

gen. We kunnen dan om ruim 22.30 uur eindigen.

De vergadering wordt van 18.30 uur tot 20.00 uur geschorst.

□

De heer **Boorsma** (CDA): Mijnheer de voorzitter. Ik dank de beide bewindsvrouwen voor hun antwoorden. Ik moet erkennen dat ik eerder beide bewindsvrouwen bedoelde als ik over de minister sprak.

Wij hebben serieus overwogen om alleen te zeggen dat wij het misschien niet met alle details eens zijn, maar hebben gehoord wat de bewindsvrouwen zeiden over de negen aanbevelingen, vervolgens te bedanken en het daarbij te laten, maar ik moet toch een beetje meer zeggen.

Indertijd zijn wij begonnen met een initiatief tot het houden van een enquête. Daar heeft de Kamer niet mee ingestemd. Wij vinden het in ieder geval heel goed dat dit debat heeft plaatsgevonden. Met genoegen hebben wij geconstateerd dat de minister het ook een goede zaak vindt dat wij dit zeer belangrijke onderwerp met een behoorlijke diepgang hebben besproken en daarover kritische vragen hebben gesteld. Het is in feite een van de dringendste problemen in de Nederlandse samenleving van vandaag. Ik vind het pure winst dat wij dit hebben gedaan. Eigenlijk moeten wij eens nagaan hoe vaak de Tweede Kamer een debat over zo'n groot onderwerp houdt. In dit huis wordt wel eens gesproken over het voeren van een debat over een thema. Misschien was dit wel het eerste themadebat. De hele dag hebben wij hierover gesproken.

Ik besef dat in het verhaal dat ik namens de fractie van het CDA heb mogen uitspreken een januskop zat, een janus die achteruitkijkt en vooruitkijkt. Bij het achteruitkijken zijn de nodige kritische punten geformuleerd. Waar dat kon, heb ik geprobeerd de bewindsvrouwen te complimenteren. Het is waar dat de beide bewindsvrouwen de laatste twee jaren redelijk veel initiatieven hebben ontplooid. Dat impliceert niet dat wij het beleid goed achten, maar wij hebben in ieder geval geprobeerd om in ons verhaal evenwichtigheid te betrachten. Ik wijs erop dat wij in wezen misschien wel het grootste, zij het verholde, compliment hebben

uitgedeeld door te zeggen dat wij beseffen dat deze sector de meest gecompliceerde en moeilijkst te besturen sector is. Het is nogal wat om daar politiek leiding aan te geven. Dat beseffen wij maar al te goed. Het is buitengewoon moeilijk om te zeggen dat bewindslieden het helemaal fout doen en dat het zus of zo moet. Die indruk wil ik niet gewekt hebben.

Op een van de problemen die wij hebben genoemd, is geen reactie gekomen. Het betreft de verslechtering van het exploitatieresultaat. Naar ik van het veld begreep, gaat het daarbij ook om een gestage verslechtering van de vermogenspositie. Dat is niet zomaar een financieel-technisch detail. De minister heeft een bepaalde visie voor de toekomst. In die visie gaat het om een gereguleerde concurrentie. Ik heb nadrukkelijk gezegd dat die alleen maar mogelijk is als de instellingen voldoende stevig of robuust zijn en een goede financiële positie hebben om klappen te kunnen opvangen. Daar is de minister niet op ingegaan. Als de minister accepteert dat er jaar in jaar uit een verslechtering is van de financiële positie, kan zij niet van de instellingen vragen dat zij die gereguleerde concurrentie aangaan. Wij menen dit serieus. Dit punt wilde ik aan de orde brengen voordat ik inga op de negen aanbevelingen. De staatssecretaris onderstreepte eigenlijk onze inschatting dat in de sector waar zij primair naar kijkt, geen sprake is van onderuitputting. Het gaat zelfs eerder in de richting van overuitputting. Wij hebben overigens niet gezegd dat de verborgen vraag een tegenvaller is. Dat staat niet in onze tekst. Dat heb ik ook niet uitgesproken. Wij hebben juist gezegd dat het een heel schrijnende ervaring is geweest voor de mensen die zolang hebben moeten wachten. Tegelijkertijd hebben wij gezegd dat er sprake is van onderuitputting in de sector van de cure. De minister heeft gezegd dat zij daar in eerste termijn geen nadere gegevens over kon verstrekken. Dat vind ik toch wat teleurstellend, want het was natuurlijk wel enigszins bekend dat wij in deze richting zouden gaan. Ik zou daar dus graag nader over geïnformeerd willen worden. Ik kan mij voorstellen dat de staf van de minister, die de afgelopen maanden zeer hard gewerkt heeft – niet alleen voor ons

Boorsma

maar ook met betrekking tot een aantal andere dossiers – dat nu niet paraat heeft. Ik wil derhalve graag een toezegging van de minister dat zij op zeer korte termijn aangeeft hoe het daarmee staat. Ook voor haarzelf is het overigens van belang om op korte termijn te weten hoe het staat met de uitputting van de gelden. Een budgettaire meevaller voor de minister van Financiën is immers tegelijkertijd een tegenvaller voor de bewindslieden van de zorg. Daar ging het vandaag om.

Voorzitter. Ik kom op de aanbevelingen. Het is natuurlijk verheugend als gezegd wordt dat beide bewindsvrouwen het eens zijn met de aanbevelingen. Ik wil echter toch nog even wat punten op de i zetten, te meer ook omdat van de VVD tot en met GroenLinks in dit huis is gezegd dat er te laat is begonnen met een grootscheepse aanpak van de problemen en dat het niet voldoende is geweest. Er zijn zonder meer stappen gezet in de goede richting. De analyse van de heer Dees was op een aantal punten goed en sporend met die van GroenLinks en die van het CDA. Hij zegt dat er stappen in de goede richting zijn gezet. Vindt hij dat er voldoende is gehandeld? Heeft hij nu het vertrouwen dat de zaak onder controle is, dat er straks geen groeiende wachtlijsten zijn? Dat is toch een centraal probleem voor ons. Wij denken dat die wachtlijsten blijven groeien, de goede bedoelingen en goede aanzetten ten spijt. Ik zie dat de heer Dees mij nu gaat geruststellen.

De heer **Dees** (VVD): Ik heb problemen met uw verhaal. Het CDA heeft vele decennia topverantwoordelijkheid gedragen in kabinetten. Het CDA is verantwoordelijk geweest voor kostenbeheersing. Het type verhalen dat u hier nu houdt, verdraagt zich niet met de opstelling die het CDA in het verleden heeft gehad. Dat er dingen moeten veranderen, dat heeft de VVD ook in dit huis al vaker gezegd. Zo heeft mevrouw Van den Broek er een aantal jaren geleden als fractievoorzitter een verhaal over gehouden. Ook mevrouw Swenker en ondergetekende hebben erover gesproken. Wij zijn het eens met een wijziging in de besturingsfilosofie, minder aanbodregulering en meer vrijheidsgraden. Maar u trekt zich politiek wel erg ver terug van de verantwoordelijkheid die het CDA voor het

ingrijpende kostenbeheersingsbeleid in het verleden heeft gehad. En dat heb ik in uw verhaal gemist.

De heer **Boorsma** (CDA): Dat kan ik mij niet voorstellen, want een van mijn eerste opmerkingen was dat die kostenbeheersing gesteund is door kabinetten waar het CDA in zat. Dat is echt een van mijn eerste opmerkingen geweest. Ik heb gezegd dat ik twee opmerkingen vooraf wilde maken. Ik heb gezegd dat de kostenbeheersing gesteund werd door het CDA en dat het de meest gecompliceerde sector is die wij kennen. Dat heb ik nadrukkelijk gezegd. Misschien heeft de VVD wel eens wat geroepen in de afgelopen jaren, maar wij hebben in 1994 al gezegd: mevrouw de minister, 1,3% kan niet! En dat was echt geen oppositieverhaal, dat was uit zorg om de zorg.

De heer **Dees** (VVD): Maar die 1,3% was een verhoging van de percentages ten opzichte van kabinetten waarin u de hoofdverantwoordelijkheid droeg. Ik heb zelf in een kabinet gezeten waarin het 0,5% was in plaats van 1,3%. Dan zeg ik: leve Paars I; daar was het 1,3% en in de praktijk werd het 2%.

Ik ga steeds meer inconsistenties in uw verhaal ontdekken. U zegt dat er meer geld moet komen voor de gezondheidszorg en dat het percentage hoger moet zijn. Maar tegelijkertijd moet er sprake zijn van een kostenbeheersing en mag het stelsel niet worden veranderd. Dat kan ik ook niet met elkaar rijmen.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik geloof niet dat de voorzitter dit allemaal gezegd heeft. De woordvoerder van de CDA-fractie heeft het een en ander gezegd, maar dat is niet goed weergegeven door de heer Dees. Ik heb niet gezegd dat het stelsel niet gewijzigd mag worden. Ik heb gezegd dat ik er nu niet op inga. De heer Dees moet mij op dat punt dus niet verkeerd weergeven.

Ik denk dat wij een goede poging hebben gedaan om niet alleen achterom te kijken, maar ook vooruit te zien. Het kan zijn dat de heer Dees tevreden is met de constatering dat er enkele stappen in de goede richting zijn gezet. Ik moet beamen dat er enkele stappen in de goede richting zijn gezet, maar de vraag is of hij daar tevreden over is. Vindt hij dat hij tegen de mensen in de

zorgsector kan zeggen dat alles onder controle is? Wij leven in en VBTB-tijdperk. Kan de heer Dees de kiezers garanderen dat de wachtlijsten binnen vier jaar weg zijn? Ik ben benieuwd of de VVD-fractie daarmee de boer op durft te gaan. Wij durven dat niet. Wij verwachten dat die wachtlijsten eerder zullen toenemen.

De heer **Dees** (VVD): Met wie debatteert u nu? Debatteert u nu met het kabinet, met de VVD-fractie of met de heer Dees? Die drie begrippen haalt u ook door elkaar.

De heer **Boorsma** (CDA): De heer Dees spreekt voortdurend mij aan in plaats van de voorzitter. Ik geloof niet dat ik dat heb gedaan. Ik heb de heer Dees aangesproken als woordvoerder van de VVD-fractie. Juist in een debat als dit is het een goede zaak om niet alleen in debat te gaan met de bewindsvrouwen, maar het is ook goed om elkaar eens te bevragen op een aantal punten. Die poging heb ik zojuist ondernomen.

De heer **Dees** (VVD): Ik vind een grote inconsistentie in het verhaal van de CDA-fractie. De heer Boorsma zegt dat er eigenlijk een ruimer budget moet komen en dat er tegelijkertijd sprake moet zijn van kostenbeheersing, maar er mogen geen structuurveranderingen plaatsvinden. Hij zegt dat de minister naïef is over de stelselwijziging. Dat vreet bestuurlijke energie. Waar is de hervormingsgezindheid van de CDA-fractie? De CDA-fractie in de Tweede Kamer heeft wel een plan ingediend voor een stelselwijziging, maar kennelijk kan dat niet op veel instemming van de CDA-fractie in de Eerste Kamer rekenen.

De heer **Boorsma** (CDA): De heer Dees volhardt in verkeerde aantijgingen. Ik wijs erop dat wij niet gezegd hebben dat een stelselwijziging niet aan de orde is. Vandaag is het verkiezingsprogramma verschenen van het CDA, waar dat in staat. Wij zijn bang dat een stelselwijziging te veel politieke energie vergt, terwijl er nu al zoveel te wijzigen is.

Wij hebben gezegd dat er een verruimd budgettair kader moet komen. Er moet voldoende geld zijn om achterstanden weg te werken. Er moet een adequate compensatie zijn voor loon- en prijsstijgingen en er moet voldoende ruimte zijn voor de

Boorsma

demografische en de medisch-technologische ontwikkelingen. In mijn oorspronkelijke tekst staat ook dat wij ervan uitgaan dat het percentage BBP dat nu ongeveer 8,5 is in de komende twintig jaar zal stijgen tot 12. Wij menen dat dit ook voor de hand ligt vanwege het Baumoleffect. Dat percentage zal stijgen en dat is in onze ogen ook goed, gegeven de behoeften van de mensen. Men kan straks in de Handelingen nalezen dat wij niet gezegd hebben dat er geen ruimte is voor extra uitgaven. Ik heb ook niet beweerd dat er geen ruimte is voor een stelselwijziging. Ik wil dus ook niet dat de heer Dees het doet voorkomen alsof ik dat gezegd zou hebben.

De heer **Hessing** (D66): Op dat laatste wil ik de heer Boorsma toch graag nog nader bevragen. Ik heb zijn tekst van de afdeling voorlichting gekregen, dus ik neem aan dat die redelijk authentiek is. Daarin lees ik in aanbeveling 7: "Dat alles mag zeker niet worden weggedrongen door minstens vier jaar discussie over een ander verzekeringsstelsel, met eindeloos getouwtrek over de omvang van de nominale of procentuele premie". Daarmee wekt de heer Boorsma op z'n minst de indruk dat de stelselherziening althans de komende vier jaar voor het CDA niet hoeft, omdat de nadruk moet worden gelegd op een extra inzet voor de zorg. Of hebben wij dat fout begrepen?

De heer **Boorsma** (CDA): Als u, mijnheer de voorzitter, en de collega het mij toestaan, ga ik hier straks op in, als ik de aanbevelingen systematisch langsloop.

Ik heb nog een vraag aan de VVD-fractie. Zij komt met een in wezen zeer kritische analyse, maar wat zegt de VVD dan vervolgens? Welnu, dat er goede stapjes worden gezet. Onze vraag is echter: hoe ziet de VVD nu de toekomst? Denkt de VVD nu echt dat met een nieuw stelsel de problemen zijn opgelost, terwijl alom in het veld wordt gezegd dat een stelselwijziging misschien wel nuttig is, maar hooguit 30% van de problemen oplost, terwijl vandaag en morgen al veel kan worden bereikt door de deregulering nu al te gaan doorvoeren? Wat wil de VVD doen aan het probleem van de wachtlijsten nu na prinsjesdag en de toekenning van extra geld tal van

gremia in de gezondheidszorg erop wijzen dat de wachtlijsten toenemen? Wat is dan het antwoord van de VVD op dat probleem? Ik heb de VVD daar niet over gehoord. Ik heb wel GroenLinks en de SGP erover gehoord, maar wat is nu het VVD-standpunt hierover, na een kritische analyse?

De heer **Dees** (VVD): Het is onvoorstelbaar dat de heer Boorsma erin slaagt om in zes tussenzinnen 20 vragen te stellen over de opvatting van de VVD. De kern van ons betoog is dat vrij fundamentele wijzigingen in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg wenselijk en noodzakelijk zijn om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Het eerste spoor uit dat geheel is de andere besturingsfilosofie waar ik in mijn eerste termijn zoveel nadruk op heb gelegd. Wij moeten van de aanbodregulering die zeer gedetailleerd is – de overheid bemoeit zich met elke vierkante centimeter in de gezondheidszorg – toe naar meer markt oriëntatie, naar meer vrijheidsgraden voor aanbieders van zorg, verzekeraars van zorg en verzekeren. Wat dit eerste spoor betreft, heb ik in eerste termijn duidelijk gemaakt dat wij niet tevreden zijn over de voortgang die onder Paars I en Paars II is gemaakt. Dat standpunt handhaaf ik.

In de tweede plaats is het wenselijk om ook in het verzekeringsstelsel een aantal wijzigingen aan te brengen die ervoor zorgen dat de anatomie en de fysiologie van onze gezondheidszorg beter gaan functioneren. Daar zijn hartverwarmende rapporten over verschenen en ik heb gewezen op het historische punt, dat werkgevers en werknemers in de SER het eens zijn geworden. Natuurlijk kan er dan nog gedebatteerd worden over onderdelen van die oplossing, maar in het betoog van de heer Boorsma kom ik onvoldoende de wens tegen om ook verdere structuurwijzigingen door te zetten.

Ik betrek ook nog één van de andere 20 vragen van de heer Boorsma erbij. Hij heeft aangegeven dat wij toegroeien naar een aandeel van 12% van het BNP voor de kosten van de gezondheidszorg. Waar is de heer Boorsma dan mee bezig? Staat dat in het verkiezingsprogramma van het CDA voor de komende jaren? In Nederland is het percentage van het BNP redelijk gestabiliseerd op 8 à 9,

en internationaal scoren wij daar heel goed mee. Is het dan inderdaad de opvatting van het CDA dat dit percentage van 8 à 9 gaat groeien naar 12?

De heer **Boorsma** (CDA): Ik heb erop gewezen dat het percentage van het BBP waarschijnlijk zal gaan stijgen naar 12, volgens het oordeel van degenen die geen politiek standpunt innemen, maar in staat zijn om redelijke schattingen te maken op grond van de demografische ontwikkelingen. Zie de rapporten van het Sociaal en Cultureel Planbureau en van het Centraal Planbureau! Ik vind het wel aardig dat ik blijkbaar in staat ben om in één minuut tijd twaalf vragen te stellen aan de heer Dees, want dat lijkt erop dat wij nog een zeer lange voortzetting van dit debat zouden moeten hebben, maar dat was niet mijn bedoeling. Ik had 15 minuten opgegeven en ik ga dan ook maar door naar het andere punt. Ik had slechts even kort stil willen blijven staan bij het verleden en vooral willen kijken naar onze aanbevelingen.

De heer **Dees** (VVD): Wij maken deel uit van een chambre de réflexion en dat karakter moeten wij vooral hoog houden, hoewel u dat wel een beetje hebt aangetast. In ieder geval moet u wel antwoord geven op de vraag waarom de Tweede-Kamerfractie van het CDA anders over een stelselwijziging denkt dan u! Die fractie heeft immers een notitie uitgebracht.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik had al gezegd dat ik daarop terug zou komen. Ik was aangeland bij onze aanbevelingen.

De **voorzitter**: U had vijftien minuten gevraagd en u hebt er inmiddels negen gebruikt!

De heer **Boorsma** (CDA): Een groot deel daarvan is besteed aan interrupties, uiteraard niet door mij uitgelokt!

De **voorzitter**: Ik had daar al rekening mee gehouden! Maar het debat is levendig en daar ben ik een groot voorstander van.

De heer **Boorsma** (CDA): Het kan eigenlijk niet. Ik sta hier nu negen minuten en daar is één minuut van afgegaan, omdat die al liep, en

Boorsma

verder is een groot deel verloren gegaan aan interrupties!

De **voorzitter**: Ik wil helemaal niet aan uw rekenkunst twijfelen, maar u begeeft u nu wel op gevaarlijk terrein!

De heer **Boorsma** (CDA): Dat geef ik onmiddellijk toe!

Mijnheer de voorzitter. De bewindslieden hebben spontaan onze aanbevelingen omarmd, maar het lijkt mij toch wel goed om ze nog eens even langs te lopen. Ik zou het ook wel prettig vinden als collega's op onze aanbevelingen zouden reageren. De eerste was dat de sector aantrekkelijker moet worden gemaakt voor schoolverlaters en herintreders en dat de opleidingsspanning moet worden vergroot. Er is onder andere geweest op de commissie-Van Rijn. Beide bewindsvrouwen hebben daarover de nodige opmerkingen gemaakt, maar ik wil nog wijzen op een artikel dat pas verschenen is in Medisch Contact over het optimisme van de overheid met als tussentop "de regering heeft wat de geneeskunde betreft twintig jaar zitten slapen". Ik kijk maar even naar de woordvoerder van de VVD: het is dus twintig en geen acht jaar! In dat artikel wordt gesteld dat de instroom te laag is en dat ervan uit moet worden gegaan dat een groot percentage van de studenten, vooral de vrouwelijke, na zes jaar afhaakt. Er wordt een nadrukkelijk pleidooi gehouden om de opleidingsaantallen fors te verhogen. Het deed mij deugd dat ook de minister een en ander in die richting heeft gezegd. Wij zullen nauwlettend volgen wat er op dit punt gaat gebeuren!

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter. De heer Boorsma wilde graag wat commentaar. Als wij ervan uit blijven gaan dat vrouwen maar zes jaar werken, dan zijn wij wel erg bezig met een weggooi-aanpak. Zou de heer Boorsma bereid zijn om zijn pleidooi te verbreden in die zin dat de herintreding van vrouwen aanzienlijk wordt vergroot, want een doorlooptermijn van zes jaar is toch wel heel erg kort en volgens mij ook niet meer in overeenstemming met de werkelijkheid.

De heer **Boorsma** (CDA): De tijd van zes jaar wordt genoemd in het door mij genoemde artikel in Medisch Contact. Wij zijn het uiteraard eens

met mevrouw Ter Veld dat herintreding moet worden bevorderd en dat heb ik vandaag ook in eerste termijn gezegd.

Onze tweede aanbeveling betrof dat vertrouwensoffensief. Wij hebben daar heel veel van verwacht. De bewindsvrouwen hebben gezegd dat zij er toch heel veel aan doen en dat zij het vertrouwen toch nooit kwijt zijn geraakt. Neen, dat moest er nog bij komen! Ik wil de bewindsvrouwen – en dat niet vanuit een kritische houding, maar vanuit een gedeelde zorg – vragen of er niet wat meer is te maken van dat vertrouwensoffensief. Ik vond het positief te lezen dat zij kennelijk veel aan werkbezoeken doen, maar toch zou ik graag zien dat er iets meer van dat vertrouwensoffensief werd gemaakt, want alom horen wij toch veel geklaag in de sector, duidelijk meer dan in het verleden!

De derde aanbeveling was een betere verkenning van de inrichting van de gezondheidszorg in omliggende landen. Mevrouw Vliegthart merkte op dat ook Canada, Nieuw Zeeland, enz. verkend werden. Ik wist dat natuurlijk wel, maar de vraag is dan wat zij daarvan geleerd heeft. Ik heb in een van de antwoorden een opmerking gezien over omliggende landen, maar wij hebben het gevoel dat er op dit punt veel meer te doen is, ook op het punt van convenanten en samenwerkingen tussen instellingen in Nederland en instellingen in het buitenland. De minister heeft gezegd dat de Universiteit van Twente samen met de Universiteit van Münster iets gaat doen. Dit is maar een voorbeeldje, maar er is natuurlijk veel meer te doen op het punt van de internationale samenwerking.

Mijn vierde punt raakt aan een van de punten uit de korte discussie van zojuist. Wij hebben gezegd dat als er een BKZ wordt gehanteerd, die gebaseerd moet zijn op een reële inschatting van de vraag. De reële inschatting van de vraag impliceert ook meer geld, gegeven de demografische ontwikkeling.

Ten vijfde is er een onafhankelijke registratie nodig van data. Wij hebben vandaag nadrukkelijk gehoord dat de kennis is verbeterd. Er is een aantal verbetertrajecten ingezet, maar het is ons de afgelopen maanden duidelijk geworden dat de registratie onvoldoende is. Daaraan wordt gewerkt, zeggen de bewindsvrouwen. De regering heeft

een VBTB-project ingezet. Daarbinnen hoort dat je je doelstellingen formuleert. Wanneer denkt de regering wat te bereiken? Wanneer kan die adequate registratie tot stand zijn gebracht die nodig is voor een behoorlijke beleidsvoering? Wij zouden graag zien dat dit wat preciezer wordt geformuleerd.

Dan kom ik op de heldere en consequent doorgevoerde verantwoordelijkheidsverdeling, gekoppeld aan forse deregulering en debureaucratisering. Ik wil dit samen nemen met het punt van het stelsel. Het is evident dat het CDA als een van de eerste partijen een eigen voorstel op tafel heeft gelegd voor stelselwijziging. Vandaag is het verkiezingsprogramma van het CDA uitgekomen en daarin zijn voorstellen opgenomen. Wij zijn bang dat de discussie zich verengt tot het punt van de stelselwijziging. Tijdens de algemene politieke beschouwingen aan de overzijde waren de fracties van de PvdA en de VVD het weer hartgrondig oneens op een punt dat de heer Dees en ik heel goed uit het verleden kennen, namelijk de discussie over nominale en procentuele premie. Daarbij komt nu nog eens de verrekening achteraf door de fiscus. Dit maakt het nog eens extra gecompliceerd. De heer Dees zal het toch met mij eens zijn dat het gevaar groot is dat weer erg veel politieke energie wordt gestoken in die discussie. Dit willen wij juist niet. Wij zijn niet bang voor een stelseldiscussie, maar ook al zou er geen stelseldiscussie zijn, dan nog is er zoveel te verbeteren. De heer Dees heeft een woord gebruikt dat ik eerder ook heb gebruikt: achterstallig onderhoud. Er is zoveel achterstallig onderhoud dat vandaag kan worden aangepakt. Wij hoeven niet te wachten tot er hier in dit huis wetsvoorstellen komen voor een stelselwijziging. Waarom kunnen de bewindsvrouwen volgende maand niet komen met een plan van aanpak waarin is opgenomen wat er nog binnen een jaar kan worden veranderd op het punt van de deregulering? Ik hoor vandaag ook andere woordvoerders hameren op dit punt: deregulering is nodig. Niet alleen in de toekomst, ook vandaag al.

De heer **Hessing** (D66): Ik wil de heer Boorsma voorhouden dat juist het nieuwe stelsel de randvoorwaarden biedt om tot die deregulering te

Boorsma

komen. Dit nieuwe stelsel geeft juist alle ruimte aan verzekeraars en die ruimte is er alleen als er gedereguleerd wordt. Ik denk dat dit het ideale kader is om daarbinnen tot deregulering over te gaan. Ik zie niet in waarom de heer Boorsma dit initiatief niet van harte steunt.

De heer **Boorsma** (CDA): Wij hebben de neiging te wachten met het uitspreken van een oordeel over wetsvoorstellen totdat ze voorliggen. Ik heb gezegd dat wij niet bang zijn voor die discussie. Het CDA heeft zich als een van de eersten nadrukkelijk uitgesproken voor een stelselwijziging. Het verbaast mij dat D66 dat niet echt lijkt te willen, maar wij willen dat er morgen al begonnen wordt met het achterstallig onderhoud. Dat moet kunnen, want er zijn zoveel wijzigingen denkbaar in de wet- en regelgeving.

De heer **Hessing** (D66): De heer Boorsma maakt zich er toch wat gemakkelijk af door te zeggen dat hij het wetsvoorstel nog niet heeft gezien en er dus geen oordeel over kan geven. De hoofdlijnen van de stelselwijziging zijn wel bekend en daar kan hij zich dus wel een oordeel over vormen. Al met al moet ook hij kunnen inzien welke winst de deregulering zal brengen.

De heer **Boorsma** (CDA): Het aantal onderwerpen dat in aanmerking kwam voor een bespreking, was zo groot, dat mijn fractie besloten heeft om vandaag niet inhoudelijk in te gaan op de stelselwijziging. Die beperking heb ik mijzelf ook opgelegd, maar ik meen dat ik desondanks voldoende stof heb aangedragen voor een zinvolle discussie. Ik laat mij dan ook verleiden om mij nu op dit punt te concentreren. Ik heb echter wel gezegd dat het CDA niet vies is van een stelselwijziging.

De CDA-fractie heeft nadrukkelijk het standpunt verdedigd dat de gevolgen systematisch moeten worden verkend. De minister heeft daarop gereageerd door te zeggen dat het RIVM onlangs een grondige studie heeft uitgevoerd naar de geneesmiddelen. Ik heb die studie onder ogen gehad, maar nog niet gelezen, omdat ik die studie niet echt interessant vond voor dit debat. Ik geef toe dat dit een nuttige studie is, maar waarom zijn er geen studies uitgevoerd naar de ontwikkelingen in

de zorg op de middellange termijn. Ik denk dat het ook de bewindsvrouwen een zorg zou moeten zijn dat die studies op korte termijn worden uitgevoerd. Ik verzoek de bewindsvrouwen uit te spreken dat die studies noodzakelijk zijn en dat zij het RIVM, het SCP en het CPB zullen uitnodigen om op korte termijn zo'n systematische verkenning uit te voeren. Zo'n verkenning is hard nodig.

De bewindsvrouwen hebben het idee van maatschappelijke dienstplicht sympathiek genoemd. Mijn fractie meent dat die vorm van dienstplicht te verdedigen is. Ik heb dat ook gedaan in de diverse debatten die ik hierover in mijn eerste termijn in deze Kamer heb gevoerd. Ik omarm van harte deze gedachte, die vaker door het CDA is bepleit, maar ik besef drommels goed dat dit een heel vergaand idee is. Zo moet de Grondwet ervoor worden gewijzigd. Wat mijn fractie betreft hoeft er vandaag niet meer gereageerd te worden op dit idee. Het is voldoende dat de bewindsvrouwen dit idee omarmd en sympathiek genoemd hebben. Wij zullen binnen de partij hierop zeker terugkomen.

Ik dank de bewindsvrouwen nogmaals voor het debat. Ik dank ook mijn collegae. Ik kan nu al zeggen dat ik goed naar hen zal luisteren en hen eventueel het vuur na aan de schenen zal leggen.

□

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter. Namens de VVD-fractie dank ik de bewindslieden voor hun antwoord op onze vragen en hun reactie op kritische opmerkingen. De tweede termijn zal ik benutten om nog eens wat nadrukkelijker in te gaan op de hoofdpunten van het beleid.

Terecht hebben beide bewindslieden geïllustreerd dat er op het terrein van de volksgezondheid inhoudelijk veel vooruitgang is geboekt. Het debat ging hier niet over en daarom is dit punt onderbelicht gebleven. In eerste termijn heb ik een aantal beleidsterreinen genoemd waar duidelijke vooruitgang is geboekt.

De VVD-fractie steunt de uitbreiding van de financiële groei ruimte voor de volksgezondheid. Daardoor is het mogelijk om in deze periode – ik gebruik toch deze woorden – aan

achterstallig onderhoud te doen. De minister heeft afstand genomen van de term "achterstallig onderhoud", maar ik heb haar elders in haar betoog betrap op de woorden "er was een inhaalslag nodig". Achterstallig onderhoud en inhaalslag liggen niet zo erg ver uit elkaar. Wat mij betreft zijn zij zelfs identiek. Een van de goede punten van Paars is dat door het financieel-economisch herstelbeleid ruimte is geschapen voor meer investeringen in de gezondheidszorg. In het regeerakkoord van Paars II was een groei van 2,3% bepaald; door alle incidentele uitgaven is die inmiddels gegroeid tot 3 à 4%. Ook biedt de financiële ruimte mogelijkheden om tot achterstallig onderhoud over te gaan.

De problematiek blijft weerbarstig. Het is onbevredigend dat in de geestelijke gezondheidszorg het principe van boter bij de vis, namelijk financiering van verrichtingen en voorzieningen waarop een verzekerde op grond van zijn polis recht heeft, onvoldoende geïntroduceerd is. Ik hoop dat de minister in het overleg met GGZ Nederland en de zorgverzekeraars ernaar zal streven, het probleem, dat onder andere te maken heeft met waarborgen voor een goede indicatiestelling, binnen een aantal maanden op te lossen. Op die manier zal ook in deze sector de budgetmaximering voor de wachtlijstproductie worden opgeheven. Ik heb begrip voor de stelling van de minister dat daartoe aan een aantal condities voldaan moet worden, maar zij dient zich op dit punt wel in te zetten.

De heer **Boorsma** (CDA): De heer Dees maakt een opmerking over een overleg met de zorgverzekeraars. Het is opmerkelijk dat rond prinsjesdag van meerdere kanten tal van klachten zijn gehoord, hetgeen ook de VVD-fractie niet ontgaan kan zijn. Een van de ereleden van de VVD, de heer Wiegel, heeft zich in die periode ook zeer kritisch uitgelaten op dit punt. De heer Dees kan dan ook niet volhouden dat het allemaal redelijk koek en ei is.

De heer **Dees** (VVD): Ik heb pas twee opmerkingen gemaakt. Er komen er nog een stuk of zes.

Ik heb vastgesteld dat op een aantal inhoudelijke beleidsterreinen belangrijke vorderingen zijn gemaakt. Er is aanzienlijk meer financiële

ruimte ontstaan voor de cure en de care; meer dan ooit. Met betrekking tot het plan van aanpak deregulerend handhaaft mijn fractie echter haar kritiek. Ik spreek hierbij niet over de stelselwijziging, maar over de wijziging van de besturingsfilosofie. Eigenlijk wordt sinds het plan-Dekker, dus vanaf 1987, aan de nieuwe besturingsfilosofie gewerkt. Ondertussen zijn wij veertien jaar verder. Naar mijn mening hadden wij in de achterliggende periode grotere stappen voorwaarts kunnen maken naar een meer gedecentraliseerde aanpak, naar meer vrijheidsgraden voor partijen in de zorg, naar meer ruimte voor verzekeraars om de eigen regiefunctie waar te maken, naar deregulerend in de Wet ziekenhuisvoorzieningen en in de toepassing van de Wet tarieven gezondheidszorg. Ik kan op dit punt nog een tijd doorgaan. In dit verband was een van de beste opmerkingen van de minister dat het innovatieve ondernemerschap sterk op de achtergrond is geraakt. Ongetwijfeld bedoelde zij daarmee het maatschappelijk ondernemerschap. Haar opmerking was de kern van mijn betoog in eerste termijn: door de verdichting van regelgeving en de opeenstapeling van maatregelen is het innovatieve ondernemerschap op de achtergrond geraakt. Wat wij van het kabinet mochten verlangen, is een veel meer voortvarend beleid, gericht op het wegnemen van al die haperingen, belemmeringen en tegenstellingen in wet- en regelgeving. Met andere woorden: meer lucht en ruimte. In financiële zin is er ruimte gekomen, bravo, maar er moet ook meer ruimte komen in wet- en regelgeving.

Ik geef enkele voorbeelden. Wij weten dat de bewindslieden het aanvankelijke ontwerp voor de wet exploitatie zorginstellingen aanzienlijk hebben gedereguleerd waar het gaat om hun interpretatie van die wet. Echter, het gaat om een raamwet die in fundamentele zin veel bevoegdheden aan de overheid geeft. De huidige bewindslieden kunnen zeggen dat zij die bevoegdheden met mate zullen hanteren en dat zij de wet liberaal zullen toepassen, maar die wet bevat wél een instrumentarium dat het mogelijk maakt om tot in details in te grijpen. Wat ik Paars I en Paars II had willen zien doen, is het dereguleren van bijvoorbeeld de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Die zou men kunnen

beperken tot een bouwbeheersingswet, die zich richt op de grote kapitale uitgaven, zodanig dat investeringen verantwoord plaatsvinden en er geen kapitaalvernietiging plaatsvindt. Welnu, die WZV is niet gedereguleerd en men komt met een wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen dat de potentie in zich heeft dat men zich weer met elke vierkante centimeter gaat bemoeien.

Ik geef een ander voorbeeld en daar ben ik concreet in omdat ik daar gedreven in ben. Ik doel op de Wet tarieven gezondheidszorg. Dat is een raamwet, een procedurewet. De zorgverzekeraars en de aanbieders van zorg lopen tegen dit stelsel van beleidsregels aan. Misschien behoeft men deze WTG niet eens zo ingrijpend te wijzigen. Ik heb al eens het opnemen van een experimentenartikel bepleit. Bij de evaluatie van de WTG is voorts voorgesteld om het landelijke overeenkomstenstelsel af te schaffen. Daarbij doen zich weerbarstigheden voor, maar gelet op de noodzaak om meer mededinging te hebben, zou dit een goede zaak zijn. Voorzitter. De minister kan dit méér aansturen. Zij zou kunnen handelen in het voetspoor van het convenant dat het vorige jaar werd gesloten tussen de aanbieders van zorg en de verzekeraars. Daarin zijn meer vrijheidsgraden, óók op lokaal niveau, aan de orde. De minister zou méér kunnen doen via aansturing van zelfstandige bestuursorganen. Zij weet dat in de moderne visie op zelfstandige bestuursorganen het politieke primaat geldt; het is aan de minister om te zeggen wat zij wenst.

Voorzitter. Ik meen hiermee concrete punten te hebben aangegeven, ten aanzien waarvan een slag kan worden geslagen en vooruitgang kan worden geboekt. Ik maak overigens onderscheid tussen twee elementen: enerzijds de echte structurele zaken die te maken hebben met het volledig risicodragend zijn van de verzekeraars en anderzijds de deregulerend van wet- en regelgeving. Als je in het land met allerlei mensen praat – dat heeft ook de heer Boorsma gedaan – kom je vaak een noodkreet tegen. Zo zeggen verzekeraars: wij worden gebudgetteerd en risicodragend, maar wij moeten ook de tools hebben om die functie van risicodragendheid te kunnen waarmaken. Overhead, geef ons die instrumenten. U budgetteert ons en heeft dus de zekerheid dat het budget niet wordt

overschreden, afgezien van de nominale premie, maar geef ons dan ook de tools om op regionaal niveau die match te maken.

Voorzitter. Ik ga vervolgens in op een punt dat ook in het kader van het convenant van het vorige jaar aan de orde is geweest. Er zijn regionaal verschillende nominale premies bij zorgverzekeraars en ziekenfondsen. Het zou een goede zaak zijn wanneer de minister zou zeggen: er zijn regionaal verschillende premies waarin preferenties, omstandigheden en het goed functioneren van zorgverzekeraars tot uitdrukking komen. Tegen die achtergrond zou er dan toch ook een lokale component mogen zijn die in de regio aan verzekeraars en zorgaanbieders de vrijheid geeft om, in overleg met patiëntenorganisaties, te zeggen: hier willen wij wat méér en daar willen wij wat anders, dit willen wij zus en dat willen wij zo. Om dat te kunnen doen, gaat het er niet alleen om dat de minister ruimte geeft voor zo'n lokale component. Zij moet ook aan de zelfstandige bestuursorganen zeggen wat zij vindt en dan wordt dat natuurlijk gedaan, want het zijn dienstverlenende organisaties. Welnu, het voorgaande kan alleen maar, wanneer er tegelijkertijd ook in de aanbodwetgeving – de Wet ziekenhuisvoorzieningen, het wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen en vooral de beleidsregels van het CTG – een behoorlijke deregulerend plaatsvindt.

Vervolgens maak ik een politieke opmerking. De minister zei – misschien is ons dat in deze Kamer wat ontgaan, maar het is wel een kardinaal punt – dat zij die voorstellen heeft ingediend bij de Tweede Kamer, maar dat die het laat liggen en dat er niets mee gebeurt. De minister zei – ik zeg het in mijn eigen woorden – dat zij geen groen licht had of dat zij knipperlicht of oranje of rood licht had. Toch begrijp ik het niet goed, want bij de Wet ziekenhuisvoorzieningen ben ik geneigd om te zeggen: maak daar een bouwbeheersingswet van; dat hoeft geen WEZ te worden. Bij de WTG heb ik de neiging om te zeggen: "Minister, regeer! Als de Tweede Kamer u niets in de weg legt en u wilt aanwijzingen geven, bijvoorbeeld aan het College tarieven gezondheidszorg, dat dingen anders moeten, dan is dat uw verantwoordelijkheid en uw keuze. Dan maakt u die keuze en dan doet u dat. Mocht

Dees

de Tweede Kamer dat achteraf niet willen, dan hoort u dat wel." Ik zou mij kunnen voorstellen – ik zal mij niet te veel in staatsrechtelijke discussies mengen – dat sprake is van een soort omgekeerd terugzendrecht. Nu, dat mag ik niet zeggen...

De **voorzitter**: Van de voorzitter mag het wel!

De heer **Dees** (VVD): Alvorens ik in politieke problemen kom, pas ik mijn tekst aan, voorzitter.

Het lijkt mij nu juist goed dat er een plan van aanpak inzake deregulering komt. Ik sluit mij wat dit betreft aan bij het CDA. Dat betekent dat ik aan de minister vraag om nog eens na te lopen wat er op dit terrein allemaal mogelijk en niet mogelijk is. Ik heb als elementen genoemd een sterkere aansturing van het College tarieven gezondheidszorg om meer vrijheidsgraden voor de partijen in de regio te krijgen; alle mogelijke dereguleringen in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen en het voorlopig maar even op sterk water zetten van het wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen. Nu, zo kan ik nog een klein kwartiertje doorgaan, maar dat zal ik niet doen. Kortom, minister, formuleert u nu richting Eerste Kamer nog eens precies wat u hier op dit gebied wenst en waar u de blokkades in de Tweede Kamer ervaart.

Immers, wij krijgen hier nog een begrotingsbehandeling en hopelijk wordt dat een beleidsdebat met dezelfde importantie als dit debat – ik vind namelijk dat dit debat een grote importantie heeft. Dan kan de Eerste Kamer op basis van haar eigen verantwoordelijkheid vaststellen hoe het zit met de voortgang van allerlei dereguleringsoperaties en – dat is voor de liberale fractie een heel essentieel punt – met de versterking van de eigen verantwoordelijkheden in het veld voor de aanbieders van zorg, de verzekeraars en met name de verzekerden. Dat is onze invalshoek. Wanneer ik in mijn betoog heb gezegd dat het allemaal een beetje weinig en een beetje laat is, dan richt zich dat vooral op dit punt.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik constateer met groot genoegen dat de VVD-fractie zich heeft aangesloten bij het voorstel om op de korte termijn te komen met een plan van aanpak. Ik geloof dat de heer Dees in

het begin van dit vlammende onderdeel van zijn betoog ook gezegd heeft dat wij daar een zekere planning bij zouden moeten hebben. Je kunt immers wel een plan van aanpak beloven, maar als het pas over twee jaar komt, is dat niet wat wij allebei bedoeld hebben. Wij zouden graag op een korte termijn een plan van aanpak zien, waarin als het even kan ook streefdata genoemd worden enz. Wij hebben allemaal de zorg dat er een gewenste deregulering komt. Ik was erg blij met dit vlammende onderdeel van zijn betoog. Zo ken ik de heer Dees weer, zoals wij in vroegere tijden ook samen wel eens gepraat hebben over een verbetering van de zorgsector.

De heer **Dees** (VVD): Voorzitter. Ik ben natuurlijk blij met de lovende woorden van de heer Boorsma. Ik wil alleen opmerken dat onze opmerkingen hier vanavond niet voor het eerst worden gemaakt. Dat hebben wij de afgelopen jaren regelmatig gedaan. Ik wil ook iets opmerken over de voornemens van het kabinet. Er is een keer een brief geweest over de bestuurlijke inrichting van het tweede compartiment. Uit mijn hoofd zeg ik dat het onder Paars I was. Of was het aan het begin van Paars II? Alles wat in die brief staat is de VVD-fractie uit het hart gegrepen. Maar doe het dan, voer het dan uit en doe het met een zekere gedegenheid. Voor ons is, los van de resultaten die Paars I en Paars II hebben behaald en die wij positief waarderen en los van het debat over de stelselwijziging, de belangrijkste opgave dat de verantwoordelijkheden die de overheid heel eenzijdig in een proces van 25 jaar naar zich toe heeft getrokken, gedetailleerd, per vierkante centimeter, worden teruggegeven in een verantwoorde setting aan aanbieders van zorg, verzekerden en verzekeraars. Daarvoor zijn scherpere stappen nodig dan tot nu toe gezet, daarvoor zijn snellere stappen nodig en daarvoor is deregulering nodig.

De **voorzitter**: Dank u wel, mijnheer Dees. Ik verheug mij zeer in dit debat. Desalniettemin hebben wij al een kwartier meer spreektijd gebruikt dan in totaliteit in tweede termijn was aangegeven, uiteraard mede dankzij de interrupties. Toch moeten wij oppassen dat wij, ook omwille

van onze eigen gezondheid, niet in de kleine uren verzeild raken.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter. Ook ik dank beide bewindsvrouwen voor hun antwoord. Ik was ook van plan te zeggen dat dit debat vast aanzienlijk leuker was dan vele begrotingsdebatten op dit onderwerp, misschien ook vanwege de betere voorbereiding. Dat zowel het CDA als de VVD en de PvdA dat vinden, belooft veel goeds voor de toekomstige besprekingen over een betere begrotingsvoorbereiding en wel over ieder onderwerp. Als het echt raakt, kunnen wij een onderwerp daaruit definiëren en er zinvol over spreken, hoewel dit op zichzelf natuurlijk ook in een begrotingsdebat had gekund. Wij hebben de begroting vorig jaar overgeslagen. Je vraagt je echt af waarom.

Toen wij spraken over een enquête, zei de heer Van den Berg dat hij eigenlijk had gehoopt dat wij het land zouden ingaan om te vragen hoe onze regelgeving overkwam op de mensen en op de instellingen. Soms denk ik: dat was aanzienlijk leuker geweest dan wat wij nu doen. Stel dat ik aan mensen op een wachtlijst voorlees wat wij hier bespreken. Ik zal maar niet herhalen wat zij dan zeggen. Er is geen land ter wereld waar men, als men elkaar uitscheldt, zo verwijst naar de volksgezondheid. Ik word verbaasd aangekeken. Andere landen wijzen vaak op de positie van de moeder.

De PvdA-fractie is voor een beheerst macrobudget. Met "beheerst" bedoel ik in dit geval dat het is gebaseerd op informatie, regiovisie, zorgvraag en personeelsformatie en dat het rekening houdt met andere punten die de samenleving belangrijk vindt. Ik hoop natuurlijk dat ook in donkere tijden die beheerste invulling niet zal worden overschaduwd door een te directe noodzaak tot bezuinigen, zoals wij eerder hebben meegeemaakt. Ik wijs op mijn eigen ervaringen ooit samen met het CDA in een kabinet dat bezuinigingen een absolute prioriteit gaf.

Er moet sprake zijn van een beheerst macrobudget; een minister die verantwoordelijk is voor de infrastructuur, want zo heb ik haar verantwoordelijkheid op basis van de Grondwet begrepen; een uitvoering die natuurlijk privaat kan zijn; een

Ter Veld

stelselherziening, wat mij een heel belangrijke voorwaarde lijkt – ik wees al op het WRR-rapport – en natuurlijk goed toezicht op doeltreffendheid en doelmatigheid. Ik geef graag toe dat toezicht ook op verschillende niveaus kan plaatsvinden.

Ik vond het wel leuk dat zelfs de minister – dat mag vast niet van uw collega aan de overkant – in dit huis zei: maar de Tweede Kamer houdt soms iets tegen. Zij dacht aan de nota inzake de modernisering van de AWBZ van de staatssecretaris. En inderdaad, de WEZ en nog wat andere wetten waarover wij niet kunnen spreken liggen daar al wat lang.

De **voorzitter**: Maar het komt in de Handelingen.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Die lezen zij altijd nauwkeurig, zoals wij ook de hunne altijd nauwkeurig lezen.

Het is denk ik niet voor iedereen altijd even helder geweest dat er een bewust stappenplan ten grondslag lag aan de kleine stapjes die de minister bij haar aantreden aangaf. Ik had dat altijd al verwacht. Wie lang in de gezondheidszorg heeft gewerkt, moet een dergelijke analytische benadering in het achterhoofd hebben. De minister moet gedacht hebben: Voor ik het de politiek uitleg, moet ik ze eerst even laten wennen aan mijn werkwijze. Ik vind het geen gek idee om te weten wat er nodig is, opdat een aantal zaken die wij met elkaar besproken hebben, op korte termijn in kaart gebracht kunnen worden. Dat hoeft voor mij niet uitgebreid en met exacte data te gebeuren. Ik kom hier bij de behandeling van de begroting wellicht op terug. Een beetje inzicht in welke stappen op welke termijn genomen moeten worden, is echter niet zo gek.

Voorzitter. Ik vind het belangrijk om erop te wijzen dat wij altijd roepen dat wij informatie willen hebben over de output, terwijl wij altijd vragen om informatie over de input. Het is niet onze zaak wat er is gebeurd met het geld voor de zorgvernieuwing. Wij moeten kijken of de zorg inderdaad vernieuwd is. Het is niet aan ons om te bepalen of het geld in IT, personeelsbeleid of in goede vervoersvoorzieningen voor medewerkers gaat. Wij moeten kijken naar de uitkomst. Anders vragen wij om meer in plaats van minder regels. De Van Rijngelden, de gelden

voor de zorgvernieuwing en de OVA-gelden zijn uiteindelijk allemaal een verhoging van het budget. Als we per onderdeel van een budget over iedere procent verantwoording willen hebben, worden we hier gek. Dat betekent echter niet dat ik pleit voor deregulering. Ik acht regels noodzakelijk. Ik pleit ervoor om goed te bekijken of regels een bijdrage leveren of juist een rem op het geheel zetten. Misschien moet het reregulering heten. Deregulering is heel gemakkelijk. Je schrappt gewoon alle regels. Ik garandeer echter dat er dan grote problemen ontstaan. Wij steunen een pleidooi voor deregulering daarom niet. Wij pleiten ervoor om regels te bekijken op hun zinvolheid en te toetsen op hun doelmatigheid en doeltreffendheid. Dat moet ook bij wetgeving gebeuren, hoewel ook ik weet dat wij in de politiek wel eens bereid zijn om eventueel met initiatiefwetsvoorstellen van de overkant regels toe te voegen, die niet altijd even handzaam zijn.

Voorzitter. Ook binnen het CDA wordt informatie belangrijk gevonden. Ik verbaas me er daarom altijd over dat vanuit het CDA een pleidooi voor een goede regiovisie nooit erg hard wordt gesteund. Vanuit een regiovisie zou je regionale informatie kunnen krijgen over de stand van zaken, de vraag die bestaat, de zaken die er moeten komen, de demografische ontwikkelingen en de zorgvraagontwikkeling. Ik zou het goed vinden als de regiovisie, die in de regionale component een samenhang heeft met cure, care, normale huisvesting en maatschappelijke dienstverlening, een belangrijke rol krijgt. Daarbinnen is ook de rol van de patiëntenorganisatie als middenkadergroep duidelijk zichtbaar te maken. Nogmaals, ik denk dat het CDA er goed aan zou doen, evenals trouwens de VVD, om de regiovisie wat enthousiaster te omhelzen. Misschien heeft dit ook een uitstraling naar de andere kant, zodat de nota's van de staatssecretaris over de modernisering van de AWBZ iets gemakkelijker en sneller worden afgehandeld.

Voorzitter. Boter bij de vis blijft een mooie kreet, maar het heeft risico's. Ik vind boter bij de vis op zich een goed systeem. Je moet er echter wel rekening mee houden dat, als je bijvoorbeeld een nieuwbouwsituatie op deze manier zou

financieren, je pas geld kan krijgen als het personeel er is en de productie kan draaien. In feite zou dat personeel klaar moeten staan en opgeleid moeten zijn op het moment dat de deuren van de nieuwbouw open gaan. Soms is boter bij de vis dus een te strak systeem. Dat kan een nadeel zijn. Ik zie ook graag bij de GGZ een uitbreiding van het systeem. Ik denk dat de wachtlijsten daar duidelijk kunnen worden weggewerkt.

Wachtlijsten zijn voor een deel een communicatieprobleem. Opschoning betekent niet dat iedereen van de lijst moet worden afgevoerd. Wel moet helder zijn waarom wie voor welke zorg hoe lang op de wachtlijst staat. Je kunt de lijst dan ook gebruiken als planningsinstrument. Je weet dan dat mensen die op de lijst van verpleeghuiszorg staan daar voor de zekerheid op staan, ondanks het feit dat zij gelukkig zijn met de thuiszorg. Anders ben je bezig om vakantiebedden te bestellen op aanvraag voor mensen die ook wel eens naar Spanje willen, maar niet gaan. Dan heb je leegstand. Dat is natuurlijk niet de bedoeling.

Ik ben blij met de zekerheid dat de RIO's een besluit nemen op basis van de zorgbehoefte en de zorgvraag van de patiënt, cliënt of burger. Ik denk dat dit goed is voor de rechtszekerheid. De cliënt geeft bij het RIO aan wat hij zelf kan en welke voorzieningen nodig is, eventueel met steun van de huisarts. Er wordt dan een besluit genomen. Het zorgkantoor is dan verplicht het gevraagde in te kopen. Het behoort na te gaan of de instelling levert wat is afgesproken en wat de patiënt, cliënt of burger krijgt. Daarmee wordt toezicht op het zorgkantoor op z'n minst noodzakelijk. De staatssecretaris heeft aangegeven dat het CTZ inderdaad bij het toezicht op het zorgkantoor wordt betrokken. Naar ik aanneem, vallen de RIO's onder het toezicht van de gemeenten en de inspectie voor de volksgezondheid. De toezichtstructuur is dan niet voor iedereen hetzelfde, maar de systematiek is wel juist.

De heer **Boorsma** (CDA): Als mevrouw Ter Veld aan het einde is gekomen van haar tweede termijn, wil ik haar een vraag stellen.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik wil nog op de instellingen en het personeelsbeleid ingaan.

Ter Veld

Ik meen dat instellingen meer moeten doen aan de implementatie van corporative governance: stelt de manager dat de managementletter voor hem is en dus niet voor de raad van toezicht, dan weet de raad dat dit onzin is. Ik verwijs hierbij naar de woningcorporaties. Ik wil ook graag dat er een soort managementletter komt voor organisatie, management-beleid en ziekteverzuim. Ik vind het belangrijk dat dit helder is, omdat de markt anders echt haar werk doet. De banken die geld moeten lenen aan instellingen gaan dan al die toezichthoudende functies op zich nemen, terwijl wij vinden dat die thuishoren bij de samenleving, georganiseerd in de Staat, de provincie, de gemeente of in burgersraden van toezicht. Natuurlijk is geld lenen aan instellingen die failliet kunnen gaan zonder dat daar iemand naar kijkt, ook voor de markt een probleem. Dat hebben wij gemerkt bij het NTN en dat merken wij ook bij een aantal andere instellingen. Ik wijs bijvoorbeeld op Slotervaart. Dat maakt het bovendien duur. Het helpt natuurlijk wel, maar het kost ook een beetje.

Ik ben het eens met het personeelsbeleid. Wij moeten voortdurend en met groot enthousiasme uitstralen dat het beter kan in de zorg. Het is leuk werk. Als nieuwbouw wordt geopend, wordt het ziekteverzuim plotseling lager omdat het er leuk werken is. Als mensen aandacht en prioriteit geven aan personeel en bereid zijn daarin geld te investeren, daalt het ziekteverzuim ook. De werkdruk daalt daardoor bijna vanzelf. Iedereen wordt vrolijker en kan genieten van het werk waar hij voor kiest, niet vanwege het salaris, maar vooral omdat het een mensenbaan is. Die ruimte moeten wij mensen geven. De zorg is immers onze zorg, maar het is vooral ook een zorg van de mensen die hier niet bij zijn en die, als ze deze verhalen lezen, denken "hartstikke mooi al die verhalen van jullie, maar wat heb ik eraan als ik tot april moet wachten voor een MRI-scan". Wij moeten niet de illusie hebben dat met meer geld of volgend jaar de wachtlijsten weg zijn. Het is goed mogelijk dat de wachtlijsten zich uitbreiden, juist omdat mensen er in een betere structuur meer op vertrouwen dat het zin heeft om zich op een wachtlijst te laten zetten. Dan weten ze tenminste dat ze rechten hebben

en dat hun in een juiste volgorde wordt gegeven waarvoor ze verzekerd zijn.

De heer **Boorsma** (CDA): Het laatste maakte wat goed. Ik was wat teleurgesteld over de opstelling van de fractie van de Partij van de Arbeid. Behoor je in dit huis tot een fractie die de regering ondersteunt, dan krijg je bijna van nature een andere opstelling dan wanneer je in de oppositie zit. Ik neem aan dat mevrouw Ter Veld het daarover met mij eens is.

Ik heb vanavond met plezier geluisterd naar het vlammende betoog van de heer Dees over deregulering. Ik constateer met waardering dat de heer Hessing erg veel vertrouwen heeft in de veranderingen die zullen komen door een stelselwijziging. Maar waar staat de PvdA vanavond voor? In onze ogen is er in de zorg buitengewoon veel aan de hand, maar de woordvoester van de PvdA praat over een regiovisie, een managementletter en nog wat van deze zaken. Die zijn stuk voor stuk belangrijk, maar het zijn in wezen details, terwijl wij vandaag een discussie op hoofdlijnen voeren. Aan het eind van het betoog maakt zij toch nog een sympathieke opmerking over het personeelsbeleid, het verzuim en de wachtlijsten. Hoe ziet de PvdA de toekomst van de zorg? Wat zijn de verwachtingen? Wij maken ons grote zorgen over de zorg, maar moeten wij het voor de toekomst niet van de Partij van de Arbeid hebben? Ik hoor geen enkele visie in de bijdrage van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): De heer Boorsma kan het nog eens nalezen als het in de Handelingen staat.

De Partij van de Arbeid kiest voor een beheerst macrobudget, voor een duidelijke verantwoordelijkheid van de overheid, voor de infrastructuur en voor een uitvoering die heel goed kan worden verricht door private instellingen. Zoals wij al eerder bij begrotingsbehandelingen hebben gezegd, kiezen wij voor een basisverzekering, waarbij wij ook heel goed weten dat er een discussie zal moeten worden gevoerd over een stuk eigen bijdrage en een stuk eigen verantwoordelijkheid. Wij wijzen eigen verantwoordelijkheid van burgers zeker niet af, maar wij vinden wel dat daarbij ook rekening moet worden gehouden met

toegankelijkheid en andere koopkrachteffecten. Dat is logisch. Dat vinden wij ook allemaal.

Ik heb bij een aantal begrotingsbehandelingen al vrij duidelijk aangegeven welke kant wij op willen. Wij vinden het op het terrein van de zorg – niet van de herstellzorg maar van de thuiszorg en dergelijke – ontzettend belangrijk dat mensen hun eigen zorgvraag vorm kunnen geven. Dat kan zijn in de vorm van een persoonsgebonden budget, maar dat kan ook zijn in de vorm van hulp in een intramurale instelling of hulp van de thuiszorg. Wij vinden het voorts zeer belangrijk dat het besluit voor burgers controleerbaar is en dat duidelijk is waar zij recht op hebben. Degene die het besluit moet uitvoeren, moet ook gecontroleerd worden, zodat inderdaad datgene wordt ingekocht waar die burger op zit te wachten. De burger moet goed weten wanneer iets komt. Men moet de burger niet in onwetendheid laten afwachten. Zoals de staatssecretaris al zei, waren er in de thuiszorg geen wachtlijsten. Men gaf gewoon drie uur hulp in plaats van dertien uur, want meer hulp was niet beschikbaar. Ik denk dat je in zo'n geval moet weten dat die andere uren nog moeten worden ingevuld. Anders kan er eventueel worden overgegaan tot eigen inkoop via een persoonsgebonden budget.

Ik denk dat voor ons de burger het uitgangspunt hoort te zijn, maar dat dit niet per definitie betekent dat daarmee alles geprivatiseerd en gedereguleerd moet worden. Wij vinden dat heldere regelgeving de rechtspositie van burgers aanzienlijk vergroot. Het is belangrijk om te waarborgen dat de collectieve verantwoordelijkheid voor deze collectieve middelen goed wordt gecontroleerd. Daar moet een goed toezicht op zijn. De regiovisie is geen vaag iets. Dat is hét planningsinstrument dichtbij de burger vanuit een territoriale overheid, waarmee duidelijk kan worden gemaakt wat er aan de hand is in een regio, wat ontbreekt en wat erbij moet komen in de samenhang tussen ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, instellingen voor maatschappelijk werk, woningbouwcorporaties en dergelijke. Dat is uitermate belangrijk.

De heer **Boorsma** (CDA): Dat is bekend, dat is ook niet ontkend. Wij praten al sinds het plan-Dekker over

Ter Veld

de regiovisie. Ik heb niet gezegd dat het een vaag instrument is. Ik heb er alleen op gewezen dat de PvdA-fractie vanavond een aantal minder belangrijke punten aan de orde heeft gesteld. Dat heeft ons teleurgesteld.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik vind dat een heel leuke kwalificatie, maar ik heb de indruk dat die meer wordt ingegeven door het naderen van een verkiezingstijd dan door de werkelijke inhoud van mijn betoog. Bovendien vraag ik van mijn collega's geen rapportcijfer voor onze inbreng.

□

De heer **Hessing** (D66): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor de uitgebreide antwoorden en kan in tweede termijn volstaan met enkele opmerkingen en kanttekeningen.

Mijn fractie heeft een voldoende beeld van de ontwikkelingen in de zorg in de afgelopen jaren en het is haar duidelijk geworden waar de zwakke punten zitten. Zwakke punten zijn ondermeer de registratie van de productie en de verantwoording. Er moet inderdaad een slag worden gemaakt van inputsturing naar outputsturing. Mijn fractie heeft als zodanig geen behoefte meer aan nader onderzoek om in ieder geval lessen te kunnen leren die wij kunnen gebruiken voor de toekomst.

Wat het perspectief in het kader van het nieuwe zorgstelsel betreft, kan mijn fractie zich goed vinden in de benadering van de bewindspersonen, met name in de opvatting van de minister: van aanbodsturing naar vraagsturing met een centrale rol voor verzekeraars, en in het verlengde daarvan de aanbieders. Het is helder op welke punten het nieuwe stelsel getoetst gaat worden: transparantie, ondermeer een heldere verantwoordelijkheidsverdeling, scherpe informatiesturing en een toereikende verantwoording achteraf. Dat vereist een heel goed toezichtstelsel. In de nota Vraag-aanbod moeten al deze punten nader worden uitgewerkt. Mijn fractie heeft begrepen dat daar nu reeds hard aan wordt gewerkt. Komt daar nog in deze kabinetsperiode zicht op? Ik denk namelijk dat juist die nadere uitwerking duidelijk kan maken in welke mate een verantwoorde deregulering mogelijk is. Het nieuwe zorgstelsel is naar het oordeel van mijn fractie een belangrijke

voorwaarde om die deregulering tot stand te brengen. Er moet in ieder geval ruimte worden geschapen voor de verzekeraars en de aanbieders om datgene te doen wat nodig is. In het kader van de nota Vraag-aanbod moet worden uitgewerkt in welke mate die deregulering mogelijk is. Kortom, komt daar nog deze kabinetsperiode meer zicht op? Los van het feit dat je in het kader van een nieuwe stelselherziening tot een nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling kunt komen, met de bijbehorende voordelen, zou het nuttig kunnen zijn om in de aanloop daar naartoe te bezien in hoeverre deregulering nu reeds mogelijk is.

Ik heb met belangstelling geluisterd naar het vlammeende betoog van de heer Dees. Ik kan mij goed vinden in zijn benadering dat de opdracht aan de bewindslieden is om ervoor te zorgen dat het stelsel zo efficiënt mogelijk werkt. Dat betekent dat je verzekeraars in de aanloop naar een ander stelsel zoveel mogelijk ruimte moet bieden. Het één hoeft het ander niet uit te sluiten. Ik verneem graag van de bewindslieden in hoeverre zij mogelijkheden zien om het op elkaar te laten aansluiten. Het is niet de bedoeling dat wij nu in het kader van de deregulering tot een ander stelsel komen en dat wij dat stelsel vervolgens opnieuw moeten wijzigen om de zaak goed op de rails te krijgen. Het moet wel in elkaars verlengde liggen. Ik hoor graag een reactie van de minister.

Op het punt van de geestelijke gezondheidszorg sluit ik mij graag aan bij de opvatting van de VVD-fractie. Ik denk dat dit een consequente benadering is, als de bewindslieden ook mogelijkheden zien om op dat gebied een stap naar voren te zetten.

Ik heb kort de gelegenheid gehad om het CDA-verkiezingsprogramma tot mij te nemen op een beslissend punt. Ik heb heel bemoedigende woorden gelezen over het nieuwe zorgstelsel. Dat stelt mij dus volstrekt gerust.

Ik sluit af met de laatste aanbeveling van de CDA-fractie, namelijk de sociale dienstplicht. Met ons valt altijd te praten over pogingen om de sociale cohesie – het cement van de samenleving – te versterken en sociale verbanden aan kracht te laten winnen. Een vorm van sociale dienstplicht is een goede gedachte. Ik ben het met de heer Boorsma

eens dat je dit niet van vandaag op morgen regelt. Daarvoor zijn fundamentele wijzigingen nodig. De gedachte over een sociale dienstplicht spreekt mijn fractie zeker aan.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik dank de bewindsvrouwen namens de fractie van de SGP en de fractie van de ChristenUnie voor de beantwoording.

Het doet ons goed dat vandaag uitdrukkelijk is gebleken dat vraagsturing nog altijd centraal staat en dan regionaal ingevuld. Daardoor is het mogelijk om pasklaar iets te betekenen voor mensen die zorg nodig hebben. Ik ben ook blij dat de staatssecretaris een heldere omschrijving heeft gegeven van het PGB. Daar ontstaat in de discussies nogal eens verwarring over en het is goed dat dit nu vastligt, zodat wij erop terug kunnen vallen.

Wij hebben in onze bijdrage de minister gevraagd of er mogelijkheden zijn om in de toekomst ontwikkelingen wel te voorzien. Ik heb mij toen ook aangesloten bij de heer Dees, die mogelijkheden zag om dat onder te brengen bij een instantie. Je zou natuurlijk ook aan andere instanties kunnen denken. Ik denk dat het belangrijk is dat wij in de toekomst niet voor ontwikkelingen komen te staan die wij niet hadden voorzien, waardoor allerlei problemen ontstaan.

Ik ben alleen al blij dat ik vandaag naar Den Haag ben afgereisd vanwege de boeiende discussie over het plan van aanpak. Dat maak je niet zoveel meer mee in de politiek, want wij worden wat kleurloos. Dat stimuleert ons weer. Ik sluit mij graag aan bij dat plan van aanpak van deregulering. Ik heb vorige week nog eens gekeken naar Leidsche Rijn. Daar zou een geweldige vernieuwing tot stand komen van de volksgezondheid. Dat zou de proeftuin zijn voor Nederland. Als je nu aan projectleiders vraagt wat zij vernieuwen, dan zeggen zij dat het niet goed van de grond komt. Er zijn nog steeds domeindiscussies. Als zij iets aanvragen, ook al is het een noodvoorziening, dan duurt het eindelijk en daar kunnen zij niet op wachten. Dan denk ik: ja, dan moeten wij toch maar op korte termijn naar deregulering toe, om vernieuwingen door te kunnen zetten.

Van den Berg

Een belangrijk thema voor ons was: staat vraagsturing niet haaks op de enorme concentraties die in Nederland ontstaan? In dat verband heb ik de zorgverzekeraars en de aanbieders genoemd. Ik heb de bewindsvrouw daar niet over gehoord en ik vind dat jammer, omdat wij daar in de praktijk al problemen mee zien. Ik zit in een kerkenraad in Veenendaal en omdat kerken zich gelukkig niets aantrekken van gemeentegrenzen en landsgrenzen, is onze predikant voor negen maanden naar het buitenland om ambtelijk werk te verrichten. Men vond toen dat ik wel de ziekenhuisbezoeken kon doen, omdat men dacht dat ik daar wel enige affiniteit mee zou hebben. Bij die bezoeken viel mij op dat een aantal CVA-patiënten heel lang in het ziekenhuis bleven liggen, en anderen weer heel snel weggingen uit het ziekenhuis. Ik vond dat merkwaardig en heb dit voorgelegd aan de voorzitter van de raad van bestuur van het mooiste ziekenhuis van Nederland. Zoals de minister weet, is dat het Gelderse Valleizekenhuis, want zij heeft het mogen openen. Die voorzitter vertelde mij dat iemand die in het Utrechtse woont, ongelukkig af is, omdat daar een dominante thuiszorginstelling is die in grote financiële problemen verkeert. Die mag overigens wel doorgaan, met allerlei injecties. Er zijn weliswaar goede alternatieven, maar die kunnen weer niet van de grond komen. In ieder geval worden er voor mensen die in het Utrechtse wonen, geen afspraken tussen instellingen gemaakt, dus die mensen blijven maar in het ziekenhuis liggen. Mensen die in Gelderland wonen, zijn goed af, want daar zijn goede afspraken gemaakt en die mensen worden op een veel betere wijze geholpen.

Met mijn pastorale bezoeken loop ik dus tegen dat soort problemen aan. Het is goed dat je dit werk eens doet; ik zie het maar als een vorm van stage. Daarmee blijft onze vraag staan: zijn die grote mammoetorganisaties niet een bedreiging voor een vraaggestuurd zorgsysteem? Ik denk van wel, maar ik hoor het graag anders. Welke mogelijkheden zijn er om hieraan te ontkomen? Ik heb de NMa genoemd, maar die kan er ook niets in doen.

De regiovisie is belangrijk om de zorgvragen regionaal in beeld te brengen. In dat verband heb ik

begrepen – maar misschien ligt dat per regio anders – dat RIO's weigeren om voor een regiovisie gegevens te leveren. Dat lijkt mij toch dwaas, want een regiovisie wordt hierdoor alleen maar compleet gemaakt. Kennelijk is er niemand die hier doorheen kan breken. RIO's zijn een gemeentelijke verantwoordelijkheid, maar zijn meestal ondergebracht in gemeenschappelijke regelingen met eigen bestuursbevoegdheden en daar kom je in de praktijk niet doorheen. Hoe kan er nu voor worden gezorgd dat een regiovisie toch compleet wordt gemaakt? Kan niet landelijk ervoor worden gezorgd dat dit soort gegevens wel beschikbaar komen?

Onlangs bezocht ik een ander gemeentelid in een ziekenhuis ver buiten mijn provincie. Hij was daar voor een speciale operatie. Ik kwam bij dat bezoek in een lift terecht met een broeder die een leeg bed bij zich had. Dat ging niet goed, want ik ging van boven naar beneden. Ik vroeg de broeder wat er nu gebeurde, waarop ik als antwoord kreeg dat er een spoedopname was en dat daarom de lift van buitenaf werd geregeld. Op een gegeven moment stond ik weer op de verdieping waar ik vertrokken was, met dat lege bed, die broeder en twee dames die de benen namen. De broeder had mij al eerder onderzoekend aangekeken en zei: "Mag ik u wat vragen?" Ik schrok enigszins; ik zag dat lege bed en je weet het maar nooit in een ziekenhuis. Hij vroeg vervolgens: "U bent zeker van de godsdienst?" Ik stond perplex en zei: "Dat hebt u goed gezien", terwijl ik dacht: "Hoe ziet hij dat aan mij, kijk ik misschien zo ernstig?" Hij zei toen dat hij godsdienst wel belangrijk vond, maar niet in het ziekenhuis, omdat men daar was om de mensen weer beter te maken en dat, als men daarna naar huis ging, ineens de godsdienst weer goed was. Ik keek almaar naar dat lege bed en vond het daarom niet zo verstandig om een discussie met hem te beginnen, maar in ieder geval ben ik blij met de toezegging van de minister dat zij de levensbeschouwelijkheid bij het nieuwe stelsel zeker niet zal vergeten!

De heer **Van Schijndel** (Groen-Links): Voorzitter. Ik dank de minister en de staatssecretaris voor de

beantwoording. Enkele vragen van mij zijn in het grote geheel van hun beantwoording meegenomen. Al eerder heb ik gezegd dat het vandaag erom gaat om te leren uit het verleden. Op één punt blijkt de minister niet te willen leren, want de bezuinigingen van weleer vond zij toch heel goed, terwijl die ons inziens te lang hebben voortgeduurd en zeker in die tijd te hoog waren. Natuurlijk waren er ook andere politieke afwegingen mogelijk geweest voor de besteding van overheidsgelden. U weet dat ik uit de PSP kom, vandaar mijn opvatting dat geld ook van het Defensiebudget had kunnen worden afgehaald of van het budget voor de wegenaanleg. Het is toch een politieke keuze geweest om zo zwaar op de zorg te bezuinigen waarvan wij nog steeds de wrange vruchten plukken of met de gebakken peren zitten, want de inhaalslag is nog niet voltooid. Het is toch jammer dat er een inhaalslag moet worden gemaakt om wat toen is aangericht te kunnen helen.

Een andere oorzaak van de huidige situatie is volgens mij dat er verkeerd gepland is, ofte wel dat is uitgegaan van verkeerde ramingen van de vraag naar zorg. De minister heeft dat op enkele punten toegegeven en gelukkig heb ik de indruk dat dit nu op wat punten gaat verbeteren, niet alleen uit haar verhaal, maar ook uit de Verkenningen. De huidige verkenningen zijn blijkbaar beter uitgerust, want in het prachtige epistel "Bouwstenen voor een toekomstig beleid" staat: "Een aantal ontwikkelingen is te voorspellen. Dit geldt voor de demografie, de individualisering, de welvaartsgroei, de wetenschap, de technologie, de internationalisering, de liberalisering en de Europese integratie.". Ik heb dat even uit het persbericht van VWS gehaald, maar ik heb de Verkenningen natuurlijk zelf ook wel gelezen. In ieder geval kan nu blijkbaar wel wat toen niet kon! Zijn dan de technieken dan zo verbeterd? Ik twijfel er dan ook nog zeer aan of dat in het verleden niet beter gekund zou hebben en wij dus moesten werken met verkeerde, te lage ramingen waardoor de krapte is ontstaan! Verder blinken die Verkenningen uit door het benoemen van beleidskeuzes die eigenlijk pijnlijk aantonen welke keuzes de afgelopen kabinetsperiodes niet gemaakt zijn, maar dat vraagt natuurlijk politieke daadkracht van een volgend kabinet.

Van Schijndel

Voorzitter. Enkele vragen zijn nog niet beantwoord. Wij mij nog steeds niet helder is, is wat de minister nu gaat doen aan de doelmatigheid binnen de zorg. Gaat zij daar enig toezicht op uitoefenen, zal zij op dat punt enige prestaties verlangen en zal zij dan ook controleren door middel van verslagen uit de diverse sectoren welke doelmatigheidswinst is geboekt? Wij zien daar in ieder geval meer in als het erom gaat de kosten van de zorg een beetje in de hand te kunnen houden dan in eventuele bezuinigingen. Gelukkig komt er nu geld bij, helaas vaak incidenteel geld, maar de financiële armlslag van de zorg ziet er op dit moment in ieder geval beter uit dan in het verleden.

Wat betreft het personeelsbeleid is gelukkig iedereen het erover eens dat daar echt wat aan moet gebeuren. De minister praat daar natuurlijk over met de instellingen. Ik kreeg het bericht dat het UMC nu ook weer OK-personeel krijgt nu de werktijden van 09.00 tot 15.00 uur worden aangehouden. Dat is interessant want het was echt een knelpunt. Je ziet dus dat je blijkbaar wel wat kan doen met die arbeidsvoorwaarden.

Een interessant punt vind ik de omslag van aanbodsuring naar vraagsturing, een omslag waar blijkbaar iedereen hier zo blij mee is. Ik heb hierover toch nog wel een aantal vragen. Misschien komt dit in een latere discussie aan de orde en misschien is dit ook meer iets voor de Tweede Kamer, maar toch wil ik de vraag stellen hoe je een vraaggestuurd stelsel kunt combineren met een beheerste kostenontwikkeling. De vraag naar zorg is mijns inziens oneindig groot. Wat doe je als de kosten uit de hand dreigen te lopen? Ga je dan het verplicht verzekerd pakket weer kleiner maken of wordt dan een extra bijdrage aan de mensen gevraagd? Leidt dit dan uiteindelijk toch niet tot de gevreesde tweedeling in de toegankelijkheid van de zorg? Omdat het aanbod jarenlang te krap is gehouden, slaan wij nu weer erg door naar de andere kant door helemaal uit te gaan van de vraag. Dit is weer het andere uiterste. Wij moeten als eerste de Zalmnorm loslaten. Dit lijkt mij een betere maatregel op korte termijn. Het is natuurlijk veel beter ook te investeren in doelmatigheid, in een goed functionerende eerste lijn en

preventie en het beschikbare zorgbudget te baseren op een reële planning. De minister zegt echter dat er grenzen zijn aan de planbaarheid van een toereikend zorgaanbod. Daarom wordt de primaire verantwoordelijkheid voor het adequaat zorgaanbod bij de zorgverzekeraars en aanbieders gelegd. Het marktmechanisme moet zijn werk doen. Dit is weer zo'n toverformule, maar ik vraag mij af hoe de verzekeraars de toenemende kosten te lijf moeten gaan. Zullen zij goedkoper aanbod inkopen wat wellicht van mindere kwaliteit is? Of zullen zij, als zij het uiteindelijk niet redden, overgaan tot premiestijging of het leveren van niet-gepaste zorg? Waar blijft de keuzevrijheid van de patiënt om eigen zorg en verzorgers te kiezen als de verzekeraars contracten met zorgaanbieders gaan sluiten die tot een soort gedwongen winkelnering gaan leiden? Ik heb nog talloze vragen over die omslag. Misschien komen die allemaal nog aan de orde bij de uitwerking van de nota De vraag aan bod.

De minister heeft verwezen naar de vele plannen die in de afgelopen tijd op stapel zijn gezet. Een deel ligt nog bij de Tweede Kamer. Ikzelf heb inmiddels een plank vol met advies- en beleidsnota's over de verbetering van het zorgstelsel. Die staan blijkbaar op de politieke wachtlijst. Wij kijken met verlangen uit naar een kabinet met daadkracht, meer daadkracht dan de paarse kabinetten hebben laten zien. Er moeten politieke knopen worden doorgemaakt en spoedig een begin worden gemaakt met de concrete uitvoering van voornemens voor de verbetering van de organisatie en het functioneren van de zorg en, als het aan ons ligt, met een basisverzekering met daarin tenminste het ziekenfondspakket en datgene wat vergoed wordt door de AWBZ, waarvan de premie inkomensafhankelijk zal worden gefinancierd.

De minister zal dit in haar huidige functie niet meer meemaken. Zij heeft een keer gezegd dat zij niet met een stralenkrans zal weggaan en ook dat zij de kans daarop nul acht bij deze portefeuille. Ik vind dit een leuke benadering. Zij heeft het toch twee periodes weten vol te houden, dat is knap. Zij zal dan wel geen stralenkrans krijgen, maar er zijn toch best wel een paar stralen die genoemd mogen worden. In de eerste plaats het persoonsgebonden

budget, overigens een uitvinding uit VVD-koker. Zo doet de VVD ook nog eens iets waar wij achter kunnen staan. Het is een goed voorstel, het wordt nu verder uitgewerkt en vereenvoudigd. Misschien ligt de minister in de toekomst ooit nog eens een persoonsgebonden budget te wachten, maar ik hoop niet dat zij daarvan gebruik hoeft te maken. In de afgelopen periode is een aantal medisch-ethische kwesties ook prima geregeld. Er is dus best een aantal stralen geweest, al is het dan niet een krans.

Ik was ervan uitgegaan dat dit het laatste beleidsdebat met de minister zou zijn, want wij houden niet meer zo van beleidsdebatten, maar ik heb juist gehoord dat er toch nog weer een zal volgen. Wij moeten hierover nog in de commissie spreken. Misschien komen wij elkaar nog eens tegen in een beleidsdebat.

De voorzitter: De tweede termijn heeft ruim tweemaal zolang geduurd als aanvankelijk voorzien, maar de leden zijn nu ook onderling gaan debatteren. Ik vind dit winst.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

□

Minister Borst-Eilers: Mijnheer de voorzitter. In tweede termijn zal ik de sprekers in volgorde antwoorden. Ik begin dus met de heer Boorsma.

Ik ben het met hem eens dat dit debat een goede zaak is, niet alleen om de inhoud maar ook omdat het plaatsvindt. Het is een echt beleidsdebat. Ik kan niet de hele parlementaire geschiedenis overzien, maar in deze kabinetsperiode heeft deze Kamer de primeur van een beleidsdebat over één onderwerp.

De heer Boorsma benadrukte dat zijn inbreng gezien moet worden als een evenwichtige en dat hij niet alleen kritiek heeft, maar ook erkent dat er een aantal positieve punten in het beleid zijn. Ik vind het verder plezierig dat hij gezegd heeft dat de portefeuille van volksgezondheid zo moeilijk is, omdat de sector zo ingewikkeld is. Het doet mevrouw Vliegenthart en mij zeker goed om dat uit zijn mond te horen.

In tweede termijn wees hij op het probleem dat wij op weg zijn naar geregleerde concurrentie, terwijl de exploitatieresultaten en vermogensposities verslechteren. Volgens de

Borst-Eilers

heer Boorsma moeten de instellingen juist in een meer marktachtige situatie over een behoorlijke vermogenspositie beschikken. In 2000 zijn de reserves van de instellingen gestabiliseerd. Dat was een onderdeel van het strategische beleid van de instellingen dat zij ontwikkeld hebben, omdat wij de overreserves wilden afroten.

Hij heeft een punt, als hij opmerkt dat gereguleerde marktwerking vereist dat er hogere eisen worden gesteld aan de vermogenspositie van de instellingen. In februari komen wij met enkele vervolgotities, waarin de nota Vraag aan bod wordt uitgewerkt. In die notities zal in samenhang met de noodzaak van reserves in een meer marktconforme setting nader worden ingegaan op de kapitaallasten. In antwoord op zijn vraag, verwijs ik naar die notitie, hetgeen niet wegneemt dat hij een belangrijk punt heeft aangevoerd.

De heer Boorsma vroeg mij in te schatten hoeveel geld van die 700 mln gulden extra voor de ziekenhuizen dit jaar zal worden besteed. Hij vond het teleurstellend dat ik daar geen mededeling over zou kunnen doen. Van mijn medewerkers heb ik begrepen dat de eerste cijfers over de extra gecontracteerde zorg recentelijk bij de zorgverzekeraars zijn binnengekomen en dat er met spoed een voorlopige realisatie voor 2001 kan worden opgemaakt. Deze cijfers zullen worden gepresenteerd in de najaarsbrief over de zorg die voor eind november, dus binnen vier weken, naar de Tweede Kamer zal worden gestuurd. Ik wil liever niet vooruitlopen op die brief, nog afgezien van het feit dat ik, eerlijk gezegd, die cijfers nog niet gezien heb.

De heer **Boorsma** (CDA): Als over twee weken blijkt dat van dat geld voor de ziekenhuizen slechts de helft is besteed, welke maatregelen neemt de minister dan in de komende maanden?

Minister **Borst-Eilers**: In dat geval zal ik met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars om de tafel gaan zitten om te bezien of van dat bedrag nog geld besteed kan worden aan de productie of aan sterk productiegeregelde activiteiten. Verder dan dat kan ik op dit moment niet gaan. Ik zal in ieder geval niet reageren door te zeggen: "dat is het dan" en "niets aan te doen". Ik kan verder proberen

om de sector te bewegen, een najaarsoffensief te organiseren. Zo'n offensief hebben wij al eerder uitgevoerd en houdt in dat, om het oneerbiedig te zeggen, buiten de gewone werkuren extra patiënten worden weggewerkt. Daarvoor kan worden gekozen, omdat het natuurlijk zonde is om dat geld niet te besteden. Ik hoop overigens met de heer Boorsma vurig dat de besteding niet in die orde van grootte zal uitkomen.

De heer Boorsma heeft herhaald dat die 1,3% in 1994 echt onvoldoende was. Ik herhaal op mijn beurt dat het 1,3% plus was en dat dit percentage hoger uitviel dan daarvoor. Men moest toen immers een grote bezuiniging doorvoeren, denk aan die tussenbalans met 17 mld gulden aan bezuinigingen. Het was een opwaartse lijn. Als ik het mij goed herinner, ging overigens ook het CDA in zijn verkiezingsprogramma van 1994 fors onder de CPB-raming zitten met een bedrag van 0,8 mld gulden. Wij waren dus niet de enigen die teugels strak aantrokken. Voor mij is evenwel het belangrijkste punt dat er rekening mee gehouden werd dat het meer mocht zijn dan 1,3% en dat het uiteindelijk 2% geworden is. Naar mijn mening was 1,3% plus mogelijk.

De heer Boorsma maakte een voor de regering teleurstellende opmerking. De CDA-fractie leidt uit de huidige kennis af dat de wachtlijsten de volgende jaren niet zullen teruglopen maar groeien. De heer Boorsma citeerde in eerste termijn de oratie van professor Kenis over wachtlijsten. De verse hoogleraar betoogt daarin dat de wachtlijsten een ingewikkeld probleem vormen; de wachtlijsten kunnen niet met een bepaald bedrag een bepaald stuk bekort worden. De problematiek heeft een eigen dynamiek en is onderhevig aan het strategisch beleid van de instellingen. Verder is de organisatie een belangrijk aspect, hetgeen door mij vertaald wordt naar logistieke planning. Op dat punt lopen in Nederland diverse projecten; het CBO heeft de opdracht gekregen om onder instellingen de best practices bekend te maken zodat deze actief geïmplementeerd kunnen worden. Er is dan ook sprake van een driedubbele aanpak. Ten eerste gaat er meer geld naar de sector. Ten tweede wordt intensief ingezet op het personeelsbeleid: behoud en werving. Er zijn op dit gebied

interessante voorbeelden te noemen. Met betrekking tot de thuiszorg heeft er een bus op de markt in Zwolle gestaan om mensen te werven. De Hartekamp heeft een advertentie gezet waarin stond: heeft u nergens verstand van, kom dan toch maar bij ons werken want wij scholen u wel wat bij zodat u een goede gehandicaptenbegeleider kunt worden. Met dit soort activiteiten wordt personeel behouden en geworven. Ten derde wordt logistieke planning actief bevorderd teneinde met name ziekenhuizen op dit punt professioneler te laten werken. Met deze driedubbele aanpak heb ik er vertrouwen in dat het met de wachtlijstenproblematiek de goede kant opgaat.

De heer **Boorsma** (CDA): De minister heeft wellicht last van een slip of the mind of misschien heeft een van haar ambtenaren meer gelezen dan geluisterd. Ik heb de naam Kenis vandaag niet eerder in de mond genomen dan op dit moment. De naam stond wel in de tekst van mijn betoog en om die reden zeg ik dat haar ambtenaren meer hebben gelezen dan geluisterd. Het is wel interessant wat de minister zegt. De jonge hoogleraar Kenis heeft een verhaal geschreven waarop ik vandaag niet wilde ingaan omdat het te veel vragen bij mij oproept. Kenis stelt dat een centrale registratie geen zin heeft omdat patiënten in hun eigen regio geholpen willen worden. Deze stellingname is naar mijn mening niet geweldig. Het beleid van de minister met betrekking tot centrale registratie en taskforces acht ik goed. Een patiënt wil natuurlijk als het even kan in de eigen regio geholpen worden, maar als hij op korte termijn een hartoperatie moet ondergaan, dan is hij ook blij als hij in Pisa geholpen wordt, zoals Amicon bijvoorbeeld geregeld heeft. Ik weet dus niet goed wat ik van de inaugurele oratie moet denken. Het is een interessant verhaal, maar ik had er niet over gesproken.

Mevrouw **Borst-Eilers**: De verantwoordelijkheid ligt geheel bij mij. Ik las niets van mijn ambtenaren voor. Ik heb zelf in de geschreven tekst van de heer Boorsma gelezen dat hij een toespeling op die oratie maakte. Ik heb op die oratie ook enige kritiek en ik ben het niet eens met de conclusie over de centrale registratie. Op een aantal punten maakt de hoogleraar

Borst-Eilers

echter verstandige opmerkingen, bijvoorbeeld dat de wachtlijstproblematiek niet een enkelvoudig probleem is. In het weekblad Science is laatst een artikel verschenen waarin stond dat wachtlijsten met slechts een theorie te verklaren zijn: de chaostheorie. Het zijn allemaal zaken die aangeven dat er meer dimensies zijn. Wij moeten proberen om dit probleem op verschillende fronten aan te pakken. In elk geval moet worden getracht te bereiken dat men er geen baat bij heeft om op grond van strategische overwegingen pseudo-wachtlijsten te creëren om meer geld binnen te halen. Daarom is die afrekening op prestatie een belangrijke stap voorwaarts.

De heer Boorsma maakt voorts een opmerking over de zorgquote. Ik meen dat hij daarbij het nieuwe verkiezingsprogramma van het CDA citeert. Hij noemt in dit verband de wet van Baumol. Ik onderschrijf ten volle dat die wet in de zorg werkt en dat wij er altijd rekening mee moeten houden. Ik zal het programma met belangstelling bestuderen maar zelf ben ik nooit een voorstander geweest van het fixeren op een percentage van het BNP. Dat is prachtig als de economische vooruitzichten gunstig zijn en het BNP stijgt, maar als wij in een recessie belanden, heb ik meer aan een absoluut bedrag dan aan een percentage.

De heer **Boorsma** (CDA): Daar ben ik het mee eens. Overigens heb ik op dit punt niet het CDA-verkiezingsprogramma geciteerd. Ik heb gezegd dat het geen CDA-stelling is dat het percentage omhoog moet naar 12. Ik heb gezegd dat de ramingen van de planbureaus aangeven dat men in het jaar 2030 of 2050, gegeven de demografische en de medisch-technologische ontwikkelingen, zou uitkomen op 12%. Ik heb gezegd dat die stijging ook voor de hand ligt, onder meer gegeven de wet van Baumol.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter. Ik ben het met de heer Boorsma eens. De top van de vergrijzing zullen wij pas in 2035 bereiken. Daarnaast is er het feit dat er steeds meer 80- en 85-plussers zijn. Kijkt men naar de zorgconsumptie in deze leeftijdscategorie, dan kan men maar één conclusie trekken, namelijk dat de

uitgaven voor de zorg voorlopig alleen maar zullen oplopen.

Op enkele aanbevelingen van de heer Boorsma zal ik reageren; over sommige heeft hij slechts een opmerking gemaakt. Hij stelt een concrete vraag over het vertrouwens-offensief. Is daar niet méér van te maken? Moeten de actoren niet worden geënthousiasmeerd? Het is niet alleen een kwestie van constructief met elkaar in gesprek blijven, zo meent hij. Voorzitter, ik denk dat hier twee zaken belangrijk zijn. Ten eerste dient de regering een coherent beleidsplan te hebben dat vervolgens consistent wordt uitgevoerd zodat men niet denkt: wij hebben geen idee waar ze mee bezig zijn. Men moet weten welke koers wij varen en ik denk dat dit debat aan die duidelijkheid voor de Eerste Kamer en daarmee ook voor de pers heeft bijgedragen. Verder gaan wij zoveel mogelijk op bezoek en dan spreken wij met de mensen in het veld, maar de zaken doen wij met de besturen van de koepels. Die gesprekken voeren wij zó dat wij laten zien dat wij begrip hebben voor de problemen, dat wij de beschikbare middelen zodanig willen inzetten dat dat tot de beste resultaten leidt, maar dat het toch ook van twee kanten moet komen. Wij vinden dat de koepels ook zelf uit de leunstoel moeten komen, waar men soms in is gaan zitten omdat men denkt: de overheid regelt toch alles. Men moet ook zelf stappen zetten.

Zo hebben wij tegen de huisartsen gezegd dat wij positief staan tegenover het advies-Tabaksblad. De eerste actie van die commissie houdt in dat de huisartsen zelf een duidelijke taakomschrijving maken van hun vak. Wat zijn nu de producten die worden geleverd? Welnu, die omschrijving heb ik nog niet gezien, maar ik heb wel alweer een verzoek om extra geld gekregen. Bij het volgende contact met de landelijke huisartsenvereniging zal ik haar vragen, haar deel van de taakstelling uit te voeren. Zo moeten wij een beetje dicht bij elkaar blijven omdat het overgangstraject tot ingewikkelde situaties leidt. Ik denk dat wij op die manier het vertrouwen overeind kunnen houden.

Wat hebben wij geleerd van de ons omringende landen? Moeten wij daar niet méér mee samenwerken? Voorzitter. Van die landen kunnen wij veel leren. Ook kan men troost putten uit het feit dat ook op het

Frans platteland alle huisartsen weglopen terwijl nieuwe niet te vinden zijn. Je denkt dan: kennelijk ligt het niet aan mij maar heeft het iets te maken met de moderne arts in Europa die niet meer op die manier maar in teamverband wil werken. Ook kan men troost putten uit het feit dat in Engeland de wachtlijsten en de personeelstekorten nog veel groter zijn dan in Nederland. Ook kan men leren van de gang van zaken ten aanzien van het remgeld in België dat stevig is ingezet, terwijl nu toch de minister van sociale zaken Van den Broecke – hij heeft te maken met de armoede-problematiek – heeft gezegd dat het zo niet langer kan en dat er op het remgeld gas terug moet worden genomen. Dit is een wat ingewikkelde metafoor, maar ik hoop toch dat men het kan volgen... Welnu, zo kun je heel veel leren.

Wat het samenwerken betreft, merk ik op dat niet alleen Twente en Münster samenwerken. In alle Euregio's, onze grensregio's, zie je steeds meer grensoverschrijdende samenwerking. Academische ziekenhuizen in Maastricht, Aken en Luik werken met elkaar samen. Dat is onlangs nog bij het koninklijk bezoek van de kroonprins en zijn verloofde onderwerp van het bezoek geweest. Het grensoverschrijdend contracteren door zorgverzekeraars zie je ook steeds meer in het zuiden van het land. Men gaat dus steeds meer de grens over. Ik vind dat ook een goede zaak, want wij worden steeds meer Europeaan. De grens tussen Nederland en België of Duitsland is niet meer een belemmering voor alles.

In het kader van het actieplan Zorg verzekerd is dat ook niet zo erg, want wat dan misschien niet hier gecontracteerd kan worden aan hulp, kan elders gecontracteerd worden. Er worden ook operaties in Spanje verricht. Sommige Nederlanders blijven graag dicht bij huis: zij wachten liever langer in de eigen buurt. Anderen willen dat avontuur wel aan. Wij hadden vroeger de hartluchtbrug naar Houston. Dat was nog veel verder weg en daar zijn toch ook heel veel mensen mee geholpen.

Inzake het VBTP-proces is mij gevraagd, wanneer ik denk wat te bereiken. Wij zullen in de nota's die er nog komen over de uitvoering van de nota Vraag aan bod, ook die implementatie een wat krachtiger

Borst-Eilers

accent geven, zodat je inderdaad kunt zien wanneer er wat gaat gebeuren.

Dan kom ik bij het punt van de doorgevoerde verantwoordelijkheidsverdeling. Dat is dringend nodig, zo luidt de aanbeveling van de heer Boorsma en ik ben dit met hem eens. Ik krijg echter problemen, als ik dat moet rijmen met de opmerking dat de stelselwijziging te veel energie gaat kosten. Aan de andere kant zegt de heer Boorsma weer dat hij niet vies is van de zorgverzekering. Ik ben echter, net als de heer Dees, wat in verwarring, als het erom gaat hoe dat allemaal naar de mening van de CDA-fractie zou moeten gebeuren. Denkt de heer Boorsma echt dat veranderingen in de sturing – de deregulering; de regierol voor verantwoordelijke, risicodragende verzekeraars – kunnen lukken, als wij bijvoorbeeld het duale bestel ziekenfonds-particulier handhaven? Denkt de heer Boorsma dat particuliere zorgverzekeraars spontaan aan het regisseren zullen slaan? Daar is niets van te bespeuren, terwijl intussen alle werkelijke risico's bij bijvoorbeeld de ouderen nog via de WTZ-omslagregeling gladgestreken worden. Als wij immers een stelselherziening niet combineren met de rest van de veranderingsprocessen, blijft die WTZ-regeling ook bestaan.

De heer **Boorsma** (CDA): Het is een uitdagende vraag die ik, zo laat op de avond, moeilijk goed te beantwoorden vind. Ik wil er eigenlijk alleen maar van zeggen dat ik bij de schriftelijke voorbereiding een aantal van niet zulke grote knelpunten genoemd heb om te illustreren dat er zoveel knelpunten zijn die je nu kunt aanpakken, los van de grote stelselwijziging en de problemen die daarmee samenhangen. Ik heb vandaag ook verwezen naar dat voortreffelijke verhaal van mevrouw Horn over de schotten tussen cure en care, waarin legio knelpunten en problemen genoemd worden en waarin nadrukkelijk staat dat erg veel van deze problemen aangepakt kunnen worden zonder die stelselwijziging. Ik heb al gezegd dat het CDA niet vies is van een stelselwijziging, maar wij willen daar eigenlijk niet op wachten. Ik was ook heel blij met de steun die gegeven is door collega Dees, die van deze materie veel meer afweet dan ik als relatieve buitenstaander. Ik was

daarom heel blij met zijn onderstreping van het betoog, in de zin van: mevrouw de minister, vandaag kan er al worden begonnen met die deregulering; er hoeft niet gewacht te worden op de zaken die samenhangen met de stelselwijziging! Dat is het pleidooi geweest en de minister weet, veel beter dan ik, honderd voorbeelden uit haar mouw te schudden waar je morgen aan kunt beginnen zonder dat je hoeft te wachten op wetsvoorstellen die leiden tot wijziging in het stelsel. Daar ging het ons om: die honderd voorstellen kan de minister morgen opsommen.

Minister **Borst-Eilers**: Dat neemt niet weg dat ik de heer Boorsma een- en andermaal heb horen zeggen dat zo'n stelselwijziging te veel energie gaat kosten met vier jaar gedoe, conflicten, enz. en dat wij onze tijd beter kunnen besteden.

De heer **Boorsma** (CDA): Wij hopen juist dat dit niet het geval zal zijn.

Minister **Borst-Eilers**: Dan komen wij weer iets dichterbij elkaar. Ik wil graag onderstrepen wat de heer Dees en de heer Hessing zo duidelijk hebben gezegd: het hangt absoluut met elkaar samen. Je kunt die nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling met die belangrijke rol voor de risicodragende zorgverzekeraar als regisseur niet invoeren, als je van de vijf ziektekostenverzekeringen er niet gewoon één maakt, zodat alle zorgverzekeraars met de neuzen dezelfde kant op moeten. Maar goed, ik zal mijzelf niet herhalen.

Waarom komt u niet met die dereguleringsvoorstellen, vraagt de heer Boorsma. Ik herhaal dat er een aantal dereguleringsvoorstellen in de Tweede Kamer ligt. Het zijn weliswaar wetsvoorstellen, dus ik moet misschien nog reageren op de vraag of je ook andere dingen kunt doen. Ik denk aan het verhaal van mevrouw Horn en de schottenproblematiek. U weet misschien dat wij in twee regio's een experiment hebben met ontschotting. Daar wordt gewerkt alsof de schotten tussen de AWBZ en het ziekenfonds niet bestaan. Wij willen er graag zo snel mogelijk informatie over hebben. Wij praten elkaar wel na, maar is die ontschotting inderdaad nodig om de problemen op te lossen? Of houden wij toch nog problemen? Je komt

soms voor verrassingen te staan in de gezondheidszorg. Het is altijd verstandig om met een experiment te beginnen. Wij staan er volledig open voor. Als het een succes is, moet het zo snel mogelijk landelijk verbreid worden. In het nieuwe stelsel zit die ontschotting trouwens ook al.

Sinds mei 2000 ligt er in de Tweede Kamer een voorstel voor de WTG-deregulering. De notitie inzake modernisering curatieve zorg ligt daar sinds februari van dit jaar. De WEZ is er nu in behandeling. Ik kom nog terug op de kritiek die de heer Dees daarop heeft. Ik hoop dat de Tweede Kamer, luisterend naar de drang die hier wordt gevoeld en uitgesproken om grote stappen voorwaarts te zetten, daaraan de moed en kracht zal ontnemen om die voorstellen snel op de rol te zetten.

De heer Boorsma vraagt wanneer de systematische verkenning van de demografische ontwikkelingen van de komende 25 jaar komt. Ik moet hem vijf jaar teleurstellen. In aanvulling op het ramingsmodel van het CPB en het SCP met medewerking van het RIVM verschijnt in mei 2002 een toekomstverkenning van het RIVM over het onderdeel kosten van ziekten. Daarin wordt, gedifferentieerd naar leeftijd, geslacht, diagnose en verwachte ontwikkeling van de ziektepatronen en rekening houdend met de demografische ontwikkeling, een prognose gemaakt voor de ontwikkeling van de vraag naar zorg voor de komende 20 jaar. Daarom moet ik hem vijf jaar teleurstellen. Het Instituut voor maatschappelijke gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit, dat al twee keer een rapport over kosten van de zorg heeft gepubliceerd, heeft er een belangrijke bijdrage in. In februari volgend jaar komt dat.

De heer Dees heeft herhaald dat er op veel punten vooruitgang heeft geboekt – ik ben hem daarvoor erkentelijk – maar dat hij niet tevreden is over de voortgang op het punt van de deregulering en het implementeren van de nieuwe besturingsfilosofie in de praktijk. Zijn vraag over de GGZ werd door de heer Hessing ondersteund: bent u bereid te komen tot een oplossing, dus wilt u ook de budgetmaximalisatie daar opheffen? Ik blijf bij hetgeen ik in eerste termijn heb gezegd. De realisering van de wachtlijstproductie in dit jaar, die wij aan het eind van het jaar kunnen beoordelen, geeft

Borst-Eilers

het kabinet de informatie die het nodig heeft om te besluiten om volgend jaar inderdaad nog geld te zoeken om het budget verder op te hogen bovenop de 90 mln gulden. Dit is misschien een beetje Hollandse koopmansgeest, maar wij willen in deze sector, die geen automatische remmingsmechanismen heeft op het vlak van de kosten, de realiteit kennen alvorens de volgende stap te gaan zetten.

De heer **Dees** (VVD): Voorzitter. Ik zal er niet te diep op ingaan. Ik vind dat dit punt in het overleg tussen de minister en de sector – GGZ Nederland en de zorgverzekeraars – definitief moet worden opgelost. Het leidt echter wel tot jojo-effecten. Wanneer er in 2001 incidenteel geld ter beschikking wordt gesteld van de GGZ, dan wordt daar bijvoorbeeld personeel mee aangetrokken. Als men niet de zekerheid heeft dat men deze budgetverruiming voor de wachtlijstproductie in 2002 ook krijgt, terwijl men wel plannen heeft en er vraag naar die zorg is, dan ontstaat een mismatch. Dat is demotiverend voor de medewerkers. Wij moeten hier geen technisch debat gaan voeren. De kern van mijn vraag is echter of de minister dit een hoge prioriteit wil geven en in overleg met de sectoren wil kijken hoe zij de condities die zij noemt, zoals de indicatiestellingsproblematiek en enkele andere hangpunten, versneld kan oplossen, zodat voor de GGZ hetzelfde regime gaat gelden als voor de andere AWBZ-sectoren.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is mijn insteek, mijnheer de voorzitter. Al het water van de zee wast echter niet weg dat de GGZ een beetje in een spagaat verkeert. Ik vind het vreemd om voorzover het gewone curatieve zorg betreft ook weer een RIO in te gaan stellen. Daarmee ga je erg veel bureaucratie invoeren in een systeem waarin individuele hulpverleners mensen behandelen. Dat gebeurt bij huisartsen en specialisten ook niet. Het feit dat de GGZ ooit in zijn geheel in de AWBZ-sector is beland, geeft nu toch wat wrijving. De sector moet er ook vertrouwen in hebben. Ze hebben personeel aangesteld, ze werken mensen in, ze leveren dit jaar een productie. Ze moeten volgend jaar op eenzelfde niveau door kunnen gaan met productie leveren. Ik wil

dat graag toezeggen. Dat is in feite de oplossing.

De heer **Dees** (VVD): Het is goed dat u zegt dat u zult zorgen dat er volgend jaar dezelfde productie kan zijn als nu, inclusief de inhaalslag. Dat laat het principiële punt onverlet van herstel van het verzekeringskarakter van de AWBZ in alle sectoren, dus ook de GGZ. U zegt dat u gaat zorgen dat de extra productie er ook in 2002 kan zijn, als deze in 2001 hard is gemaakt en goed heeft gefunctioneerd. Dat laat onverlet dat u ook in die sector op vergelijkbare wijze dat verzekeringskarakter moet herstellen.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is ook absoluut mijn intentie.

De heer Dees zegt niet tevreden te zijn over de deregulering en de nieuwe besturingsfilosofie. Er had al veel kunnen gebeuren. Hij noemde iets andere voorbeelden dan de heer Boorsma. Hij zei dat de verzekeraars al veel meer ruimte hadden moeten en kunnen krijgen. Ik herinner even aan het feit dat indertijd met de Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken dat het eerste terrein waarop zij de nieuwe vrijheid zouden krijgen en nemen het geneesmiddelenbeleid was. Zij hebben ook een advies laten uitbrengen door de Boston Consultants Group, waarmee zij aan de slag zouden gaan. Ik heb van mijn kant altijd gezegd dat ik, als zij zover waren dat zij hun rol op dit terrein konden spelen, zou gaan dereguleren. We zouden dan van het geneesmiddelenvergoedingssysteem af kunnen. We zouden dan bekijken of we de Prijzenwet in deze vorm moeten handhaven en of we de claw back konden afschaffen. Als de markt het gaat doen, hoeven we al die regels er niet meer omheen te hebben. Ik heb een- en andermaal aan het erelid Wiegel van de partij van de heer Dees gevraagd of hij daar klaar voor is. Het antwoord is nog steeds dat dit niet het geval is en dat we nog even geduld moeten hebben, omdat men nog niet helemaal in de startblokken staat. Overigens zal Zorgverzekeraars Nederland in november met een voortgangsrapportage over dat geneesmiddelenbeleid komen. Ik kom dan zelf ook met een voortgangsrapportage over de implementatie van mijn geneesmiddelenbeleid. Ik hoop dat we daar dan werkelijk

dereguleringsstappen kunnen gaan zetten.

Als vervolg op de door de heer Dees genoemde brief Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment zorgsector is in februari van dit jaar het beleidsprogramma Modernisering curatieve zorg verschenen. Misschien had de heer Dees, en wellicht ook de heer Boorsma, het nog concreter gewild, maar is het nu zoveel gevraagd om eerst een debat over dit beleidsprogramma te willen voeren? Dat debat is nog steeds niet gevoerd. Met de voorstellen voor de deregulering van de WTG, de notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid, is het eigenlijk nog erger. Die ligt al sinds mei 2000 bij de Kamer. Na de vele keren dat de behandeling van deze notitie door de Tweede Kamer is vooruitgeschoven, heb ik ook nog een brief gehad van de vaste commissie voor de Volksgezondheid waarin mij wordt gevraagd geen onomkeerbare stappen te zetten op het gebied van de WTG vóór het debat over de WTG-notitie, dat men dus steeds uitstelt. Mag ik dan concluderen dat de heren Dees en Boorsma hun partijgenoten aan de overkant aanspreken? Dan heb ik daar met genoegen naar geluisterd. De heer Dees zei op een gegeven moment dat ik maar gewoon moest doorgaan omdat de Tweede Kamer bij de behandeling waarschijnlijk wel akkoord zal gaan. Zij heeft echter een brief geschreven waarin zij mij vraagt geen onomkeerbare stappen te zetten. Het zou staatsrechtelijk een vreemde tournure zijn wanneer ik aan dit debat de gedachte ontleen dat ik nu zonder enig verder debat aan de overkant met al die voorstellen verder kan. Ik durf die conclusie niet te trekken. Dat lijkt mij toch wat al te wild, maar ik ben buitengewoon blij met de steun die ik in deze Kamer hoor: deze zaken hebben haast, wij moeten in het traject zoveel mogelijk voortgang maken en op het gebied van de WTG moet zoveel mogelijk gedereguleerd worden en wel zo snel mogelijk.

De heer **Dees** (VVD): Ook al maakt de Tweede Kamer wat problemen en ontstaat er een nieuw soort no regret beleid, de minister heeft een volstrekt eigen verantwoordelijkheid. De Tweede Kamer bepaalt haar eigen procedure bij de behandeling van wetsvoorstellen. Daarbij heeft de minister niet zoveel mogelijkheden, want de Kamer bepaalt haar

Borst-Eilers

termijnen en haar agenda. Daar ben ik het mee eens. Laat ik een concreet voorbeeld geven en daarmee aangeven wat ik met de deregulering en de actie van de minister bedoel.

Vorig jaar is een convenant afgesloten tussen de aanbieders van zorg en de zorgverzekeraars. Op sommige punten gaan zij misschien te ver, op andere punten niet. Daar heeft de minister haar eigen opvatting over en dat moet ook vooral zo zijn, maar zij hebben beiden voorgesteld geen veranderingen aan te brengen in de uitvoeringsregelgeving. De minister kan het CTG, het College voor zorgverzekeringen en het College voor de ziekenhuisvoorzieningen toch verzoeken om bepaalde dingen te doen? De minister kan veel initiatieven nemen om de condities voor een goede afwikkeling van het convenant te scheppen. Dat heeft met deregulering en met beleidsregels te maken. Als de nominale premie een lokale component heeft, moet de budgettering voor de ziekenhuizen ook een lokale component hebben. Ik kan ook andere voorbeelden geven. Op die gebieden kan de minister wel het heft ter hand nemen en aangeven hoe zij het wil.

Minister Borst-Eilers: Het voorbeeld van de lokale component is uitstekend. Daarover heb ik twee of drie weken geleden overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland. Zij hadden een goed verhaal. Het is waar dat het CTG daarin kan meegaan. Ik ben met de heer Scheerder in overleg getreden omdat ik toch denk dat het moment gekomen is om die mogelijkheid vanuit het CTG actiever te verruimen.

De heer **Boorsma** (CDA): Voorzitter. In het verlengde van wat de heer Dees heeft opgemerkt, wil ik er in de eerste plaats op wijzen dat de minister via AMvB en via aanwijzingen al een heleboel kan wijzigen zonder toestemming van de Tweede Kamer. Ik heb in de tweede plaats begrepen dat er bij de Tweede Kamer nu vooral notities liggen. Waarom zou de minister daar nog op wachten? Waarom ligt er morgen geen wetsvoorstel in die richting? Dat krijgt immers toch een ander gewicht op de parlementaire agenda aan de overzijde. Als dit een zaak van gewicht is, dan zou de minister meer prioriteit moeten geven aan

verdere wetgeving dan aan notities die misschien nog eens bediscussieerd worden.

De heer **Dees** (VVD): Voorzitter. Wanneer er problemen zijn over de inhoud van wetgeving, dan zijn er de normale procedures tussen regering en Tweede Kamer. En dan komen wij daarna. De kern van mijn betoog was dat er een groot aantal onderwerpen is die met uitvoeringsregelingen te maken hebben, maar dat de minister op grond van haar eigen verantwoordelijkheid wel veel gericht aan deregulering kan werken, zowel vooruitlopend op het stelsel als zelfstandig, zonder dat het in strijd is met een stelselwijziging. Dat was de kern van mijn betoog. Minister, kijk nu wat de partijen als initiatieven hebben genomen! Ik noem: nieuwe energie in de gezondheidszorg, nieuwe activiteiten, ziekenhuizen en verzekeraars die verantwoordelijkheid nemen, anderen ook. Zet u nu toch in voor een plan van aanpak voor deregulering! Daar kunt u nog een paar maanden heel flink aan werken.

Minister Borst-Eilers: Voorzitter. Ik voel mij door deze vlammende betogen gesterkt om opnieuw kritisch te kijken welke stappen al gezet zouden kunnen worden. Ik heb al gezegd dat ik met het CTG in gesprek ben. Het zijn zbo's, dus het is geen kwestie van opdracht geven. Men weet hoe dat werkt. Maar je kunt daar wel heel veel sturen en heel veel voor elkaar krijgen. Verder zijn wij natuurlijk wel bezig met het uitwerken van de notitie inzake de modernisering van de curatieve zorg in wetsvoorstellen. Wij zijn bijvoorbeeld bezig met het herzien van het overeenkomstenstelsel. Dat is dus in voorbereiding. Ik noem voorts de wijziging van de Ziekenfondswet. Ook is de wijziging van de WVG in gevorderde staat van voorbereiding. Wij wachten dus niet met de armen over elkaar tot de Kamer het op de rol zet. Wij zouden het alleen natuurlijk wel plezierig vinden om van die kant een indicatie te krijgen waar men het wel mee eens is en waar men het eventueel iets anders zou willen. Kortom, ik wacht niet af. Wij werken wel door wat de wetsvoorstellen betreft.

Wat die andere dereguleringen betreft, waarbij het er vooral om gaat dat in de uitvoeringsregelingen zaken worden versimpeld, zeg ik graag toe

dat wij de benodigde acties op dat punt nog even kritisch zullen nalopen. Ik voel mij wel geïnspireerd om daar opnieuw naar te kijken, los van het feit dat ik met het CTG al in gesprek ben. Het gaat om scherpere, snellere stappen, zoals de heer Dees zei.

De heer **Boorsma** (CDA): Voorzitter. Wij hebben gevraagd om dat te "beleggen" met een zekere programmering, met een planning. Kan de Eerste Kamer op een redelijke termijn een notitie tegemoet zien over de stappen die de minister gaat zetten?

Minister Borst-Eilers: Die notitie zal ik dan met uw welnemen tegelijkertijd naar de Tweede Kamer sturen. Als wij het toch nog weer eens even inventariseren, dan is er natuurlijk geen bezwaar tegen om die plannen ook naar beide Kamers te zenden. Die zal ik beide Kamers dan op afzienbare termijn doen toekomen.

De **voorzitter:** Met een verwijzing naar het debat in de Eerste Kamer.

Minister Borst-Eilers: Ja, met een verwijzing naar het debat in de Eerste Kamer. Alle eer die de Eerste Kamer door dit debat toekomt, zal ook gegeven worden. Daar wil ik geen twijfel over laten bestaan.

De heer Dees heeft een opmerking over de WEZ gemaakt. Ik wil graag benadrukken dat de WEZ naar onze stellige overtuiging een noodzakelijk tussenstation is tussen de bestaande aanbodsuring en de beoogde vraaggerichte benadering. De WZV voldoet echt niet meer aan de eisen van deze tijd. Maar ik denk dat op dit moment ook niet zomaar alle aanbodsuring op het gebied van de bouw de deur uit kan gaan. Ik heb uit het betoog van mevrouw Ter Veld opgemaakt dat ook bij de PvdA-fractie de behoefte niet leeft om alles nu maar in een keer over de schutting te gooien. Ik vind dat de WEZ een mooi skelet biedt waarbinnen je rond toelating, exploitatie en bouw dat overgangstraject kunt doorlopen. Het is inderdaad een tussenwet. De WEZ biedt veel mogelijkheden om geleidelijk aan steeds verder los te laten, zodra de omstandigheden het toestaan. Ik vind dat die wet tot nu toe geen eerlijke beoordeling krijgt. Ik zal de Tweede Kamer opnieuw laten weten dat ik het plezierig zou vinden als

Borst-Eilers

men dit voorstel nog eens zou willen behandelen. Men is wel begonnen met een behandeling op hoofdlijnen, maar het stagneert nu weer. Als wij hier nog eens over van gedachten wisselen, kunnen wij beter uitleggen waarom wij dit een noodzakelijke tussenstap vinden.

Mevrouw Ter Veld heeft een aantal opmerkingen gemaakt waar de staatssecretaris en ik met instemming naar geluisterd hebben. Zij heeft gevraagd welke stappen op welke termijn worden gezet. De implementatieplannen voor de curatieve zorg, de AWBZ en het geneesmiddelenbeleid liggen bij de Tweede Kamer. Voor de geneesmiddelen komt er binnenkort een voortgangsrapportage. Ik wil haar de lezing van die stukken aanbevelen, want ik kan het hier niet allemaal oplepelen.

Ik vond "reregulering in plaats van deregulering" een mooie woordspeling. De overheid blijft ook in het nieuwe stelsel de spelregels bepalen. Ik kom nog even terug op de Verkenningen. De overheid geeft de richting aan. Dat betekent al dat de overheid regels stelt. Vervolgens geeft de overheid de ruimte, maar zij eist wel dat men rekenschap aflegt over resultaat. Die vier R's vormen samen een goede context. Ik zie mevrouw Ter Veld nu instemmend knikken.

De banken moeten de toezichtfunctie niet overnemen. Daar zijn wij het mee eens. Ik heb ook met instemming geluisterd naar de opmerkingen over het personeelsbeleid.

De vraag van de heer Hessing over de GGZ heb ik al beantwoord. Wij werken op dit moment aan het verder uitweken van de nota Vraag en aanbod. Wij werken ook nog steeds aan de voortgangsnotities. In februari zullen er verschillende verschijnen. Ik ben het eens met de heer Hessing dat alles wel in de juiste volgorde gezet moet worden. Dat zal ook uit die notitie blijken.

De heer Van den Berg vroeg of wij in de toekomst de ontwikkelingen beter kunnen voorzien. Daar doen wij alles aan. Wij worden er ook steeds beter in. Ik noemde al het plan dat zicht biedt op de komende twintig jaar.

De heer Van den Berg had het ook over vraagsturing en de concentratie van instellingen. Hij vroeg of dat niet haaks op elkaar staat. Het is zonder meer waar dat te grote concentraties

in het zorgaanbod een serieuze bedreiging vormen voor de werking van het vraaggerichte systeem. Er zijn voldoende zorgaanbieders nodig en er is voldoende zorgaanbod nodig als je wilt overstappen op een systeem van gereguleerde marktwerking, een systeem met concurrentieprikkels. Hoe meer concurrenten er zijn, hoe beter het werkt. Nu is de NMA wel degelijk alert op machtsconcentraties maar de NMA kan niet veel doen als er geen sprake is van een echte markt. Bij het tot stand brengen en ontwikkelen van deelmarkten in de zorgsector moet daar werk van gemaakt moet worden. Wij denken dan aan meer dan het optreden van de NMA, maar bijvoorbeeld aan het instellen van een marktmeesterfunctie. Het is niet helemaal te vergelijken met OPTA of DTe in de energiesector, maar het is wel iets dergelijks en dan toegeneden op de zorgsector. Ik ben blij dat de heer Van den Berg ook heeft gezegd dat er iets moet gebeuren op dit terrein.

De heer Van Schijndel heeft gezegd dat de minister op één punt steeds niet wil leren, namelijk dat er te zwaar bezuinigd is. Wij hebben de afgelopen acht jaar zeker niet zwaar bezuinigd. Wij hebben helemaal niet bezuinigd. Er is altijd sprake geweest van groei. De keuze voor de omvang van de groei is een politieke keuze en daar staan wij voor. Daar kan de fractie van GroenLinks natuurlijk anders over denken.

Ook vroeg de heer Van Schijndel wat de minister gaat doen aan doelmatigheid. Dat is het toezicht op doelmatigheid, benchmarking en het verspreiden van "best practices". Over dit alles komt er een notitie die ik ook de Eerste Kamer zal toesturen.

Hoe kan vraagsturing worden gecombineerd met kostenbeheersing, zo is vervolgens gevraagd. In mijn eerste termijn heb ik al gezegd dat dit moet worden gedaan door alle partijen een prikkel te geven om het gewenste gedrag te vertonen: zuinig, doelmatig en zinnig omgaan met de geldmiddelen. Relevant is dan de vraag wat er moet worden gedaan als het uit de hand loopt. De heer Van Schijndel noemde daarbij een aantal technische maatregelen die inderdaad de zaken weer binnen het kostenjasje zouden kunnen terugbrengen: eigen bijdrage vragen of verhogen, het pakket verkleinen of een flinke stijging van de nominale premie toestaan. Geen

van drieën zijn dat aantrekkelijke maatregelen. Als het werkelijk uit de hand loopt en alle partijen dat toelaten, ook al spreekt de overheid ze nog zo krachtig aan en ook al zijn nog zo mooie prikkels ingebouwd, is er natuurlijk maar één oplossing, namelijk terug naar de aanbodsturing.

Ten slotte hecht ik eraan om mede namens de staatssecretaris te zeggen dat ook wij vinden dat wij vandaag in deze chambre de réflexion een belangrijk analytisch, maar ook toekomstgericht debat over de gezondheidszorg hebben gevoerd. Wij danken u, mijnheer de voorzitter, dat u daarvoor de gelegenheid hebt geboden.

De heer **Boorsma** (CDA): Mijnheer de voorzitter. De CDA-fractie heeft destijds het initiatief tot een enquête genomen. Dat is nu een debat geworden. Wij menen dat deze ontmoeting waardevol was. De CDA-fractie heeft wel behoefte aan een derde termijn; ik hoop dat de collegae ons dat niet kwalijk nemen. Wij willen die derde termijn overigens een wat andere vorm geven, door de bewindsvrouwen, de collegae en de medewerkers uit te nodigen voor een borreltje namens de CDA-fractie, in de ruimte naast deze vergaderzaal.

Minister **Borst-Eilers**: De staatssecretaris en ik nemen deze uitnodiging gaarne aan. Wij blijven alleen misschien niet zo lang, omdat wij aan onze gezondheid moeten denken.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank alle deelnemers aan dit debat zeer nadrukkelijk. Er is een debat gevoerd waarin, ook al werd de voorzitter wel eens over het hoofd gezien, overigens binnen aanvaardbare grenzen, er inderdaad gedebatteerd is. Dat is pure winst voor het onderwerp en voor het functioneren van ons huis.

Sluiting 22.45 uur

Besluiten en ingekomen stukken

Lijst van besluiten

De voorzitter heeft na overleg met het College van senioren besloten om de openbare behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen