

De Geus

De wetsvoorstellen worden zonder stemming aangenomen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is het **beleidsdebat** over **Zorg en Sport**.

De **voorzitter**: Ik heet minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross-van Dorp van harte welkom.

□

De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. In de brief van de minister over de arbeidsmarkt en opleidingen in de zorgsector wordt geconstateerd dat de scherpe kantjes van de arbeidsmarktproblematiek eraf gaan en dat dus de inspanningen kunnen worden gereduceerd. Gelijktijdig wordt met enige zorg vastgesteld dat bij gelijkblijvend beleid in 2025 22% van de beroepsbevolking werkzaam zal moeten zijn in zorg en welzijn. Los van het feit dat dit natuurlijk niet haalbaar is en moet worden voorkomen, is mijn fractie daar ook niet bezorgd over. Immers, als er niet snel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een samenhangende visie over hoe de zorg in die jaren zal worden geboden en door wie welke taken daarbinnen zullen worden vervuld, wordt die 22% zeker niet gehaald ± verre van dat. De zorg van mijn fractie is dat een krimpende arbeidsmarkt en een toenemende zorgvraag tot een zodanig tekort aan personeel zullen leiden dat het niet langer mogelijk zal zijn om de noodzakelijke zorg voor eenieder betaalbaar te houden en de solidariteit onder onnodig zware druk komt te staan. Er zal dan immers sprake zijn van een relatief grote groep die, bij een toenemende schaarste, de stijgende prijzen zal kunnen betalen, maar er zal ook een grote groep zijn die daar niet de middelen voor heeft.

Dat de arbeidsmarktinspanningen naar de mening van de minister kunnen worden gereduceerd, is kenmerkend voor het beleid dat de laatste decennia is gevoerd. Het beleid in de gezondheidszorg is over het algemeen te kenschetsen als niet meer dan de optelsom van antwoorden op crises: crises die worden veroorzaakt door overschrijding van de geraamde kosten of door tekorten aan zorg. Als je op enige afstand

daarnaar kijkt, zie je dat deze crises nogal eens voortvloeien uit een te sterke financiële oriëntatie van het overheidsbeleid, waarbij de realiteit van de zorg weleens uit het oog wordt verloren. Bezuinigingen die niet reëel zijn in verhouding tot de gewenste zorg of, omgekeerd, toewijzingen van middelen in een omvang die door de sector niet kunnen worden verwerkt. Daarbij is de relatie tussen productie en budget ook niet altijd even helder, want als er bijvoorbeeld een productie wordt gerealiseerd die is afgestemd op de reële behoefte maar uitgaat boven de raming, dan wordt die hogere productie als een overschrijding aangemerkt en moet er dus bezuinigd worden. Kortom, als bij een kabinetsformatie een financieel kader is afgesproken dan moeten de virussen, cellen en bacillen zich daar ook maar aan houden.

Deze beperkte financiële invalshoek heeft twee nadelige gevolgen. Allereerst leidt die ertoe dat in financieel krappe tijden te weinig middelen beschikbaar worden gesteld en in tijden van overvloed te veel. Beide zijn nadelig: te veel geld ineens naar een sector leidt voorspelbaar tot een inefficiënt bestedingspatroon, de capaciteit is er niet als bij toverslag, maar ook omgekeerd dienen zich in tijden van financiële krapte niet minder patiënten en ook niet in een keer minder personeel aan. Dat leidt ook weer tot inefficiency, omdat er in zo'n periode vele irrationele beslissingen worden genomen en er te veel tijd in de bezuinigingen gaat zitten; en dat terwijl je het hebt over een sector met een redelijk voorspelbaar behoeftepatroon. Alle ad-hocmaatregelen leiden in ieder geval tot inefficiency.

Ten tweede leidt het overaccentueren van de kosten tot een overmatige aandacht voor de korte termijn ± zowel bij de overheid als in het veld ± en tot onvoldoende aandacht voor langeretermijnaspecten als zorgontwikkeling of arbeidsaanbod. Het verwaarlozen van deze aspecten leidt onherroepelijk tot een onnodige dure gezondheidszorg. Deze vorm van handelen vergroot ook niet bepaald de aantrekkingskracht van deze zo omvangrijke sector, wanneer er de ene keer wordt gesproken van een overschot aan personeel en de andere keer weer over een grote werkdruk door ernstige tekorten. Dit

effect wordt meestal door alle partners in de sector, inclusief de overheid, bekrachtigd door, als er ook maar even sprake is van voldoende personeel, het aantal opleidingsplaatsen op hetzelfde moment te beperken of op stimuleringsgeld te korten. Het meest trieste voorbeeld is nog wel de sluiting van twee van de vier tandheelkundige faculteiten in 1986 door minister Deetman terwijl er na negen jaar alweer een geopend moest worden wegens een ernstig tekort aan tandartsen. Overigens was dat tekort in 1985 al voorspeld. Is er bij de zorg om te veel mensen op te leiden wegens de daarmee samenhangende kosten geen sprake van kortzichtigheid? Die kosten zijn toch aanzienlijk lager dan de kosten die nu en in de nabije toekomst worden gemaakt aan hogere salarissen door de tekorten aan personeel? Die laatste kosten zijn een veelvoud van de opleidingskosten. Alleen al vanuit arbeidsmarktperspectief kun je je afvragen of een meer stabiel beleid niet heel wat problemen zou kunnen oplossen.

Maatgevend voor de instroom in de gezondheidszorg is de keuze van schoolverlaters voor een opleiding in de gezondheidszorg en welzijn. Decennia lang kiest zo'n 11% tot 12% van de schoolverlaters daarvoor. Indien sprake zou zijn van een makkelijke instroom uit andere sectoren, een ruime arbeidsmarkt of een korte doorlooptijd voor de opleidingen, zou dit geen probleem zijn. Maar juist door de lange doorlooptijd van de gemiddelde opleiding in de gezondheidszorg is de mogelijkheid van snelle oplossingen zeer beperkt. Was het niet verstandiger geweest de numerus fixus voor de studenten in de medicijnen al veel eerder op te heffen, gelet op de tekorten die er op dit moment al zijn maar ook vanuit het perspectief dat er dadelijk onvoldoende mensen zijn die geneeskunde willen gaan studeren? Immers de numerus fixus kan binnenkort al worden opgeheven omdat het aanbod niet boven de fixus uit zal komen. Een overschot nu had het dreigende tekort dat eraan komt immers kunnen compenseren. Met die factor wordt in de haast Oost-Europese menskrachtplanning geen rekening gehouden. Er wordt wel gekeken naar wat nodig is, maar niet naar de vraag of er ook voldoende mensen zijn om daar

Hamel

invulling aan te geven. Men gaat er gewoon van uit, dat die er wel zullen zijn. Zo wijst Nyfer erop dat er bij ongewijzigd beleid nu al jaarlijks een tekort aan 4600 verplegenden en verzorgenden zal zijn en de tekorten in de toekomst het grootst zullen zijn voor de verpleeghuis- en verzorgingssector. Zorgelijk is eveneens de geconstateerde tendens dat het aantal leerlingen dat vmbo-theorie volgt en een belangrijk potentieel is voor de zorgopleidingen, dalende is en de komende jaren met nog eens 13% daalt. Ook de ramingen voor de langere termijn stemmen niet gerust. Voor een evenwichtige arbeidsmarkt zou de instroom in de zorg moeten dalen, hetgeen minder aannemelijk is bij de toenemende vraag.

Dit zal zeker leiden tot een zekere competitie op de arbeidsmarkt tussen het bedrijfsleven en de zorg. Een strijd die waarschijnlijk zal worden gewonnen door het bedrijfsleven. Tegen de prijs die het bedrijfsleven kan betalen zal de zorg niet op kunnen bieden, zeker niet als de zorg tegen die tijd nog voor iedereen betaalbaar moet zijn. Ofwel het staat er zo slecht voor met onze economie dat er voldoende personeel te krijgen is voor de zorg maar dan is de zorg waarschijnlijk niet betaalbaar, of het gaat zo goed met de economie dat er wel voldoende geld is voor een betaalbare zorg maar dan is er onvoldoende personeel. Die vooruitzichten zijn niet erg geruststellend en bieden weinig zekerheid over de zorg waarop mensen in de toekomst kunnen rekenen. Dat is een belangrijk probleem waar de commissie MOBG alleen het antwoord niet op kan geven.

Niet alleen de vergrijzing zal van invloed zijn op de vraag naar zorg, maar ook de technologie. Nieuwe technologie vergroot de productiviteit maar zorgt er in veel gevallen ook voor dat er juist meer handen nodig zijn. Allereerst de technologie in het heden die ervoor zorgt dat bijvoorbeeld kinderen in leven blijven die vroeger overleden, zoals het geval is bij cystic fibrose. Haalde een CF-patiënt in het verleden de puberteit niet eens, tegenwoordig wordt 50% gelukkig zelfs ouder dan 40 jaar. Dat zijn patiënten die, ook als zij volwassen zijn, als chronisch zieken wel zorg behoeven. Daarnaast kunnen er door de ontwikkeling van de intensieve zorg steeds meer

mensen op een steeds latere leeftijd met succes nog behandeld worden maar ook dan geldt dat zij daarna nog wel zorg behoeven. Zo heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau geraamd dat de behoefte aan verpleeghuisopname over 15 jaar circa 40% hoger zal liggen.

Verder praat iedereen, en terecht, over een meer vraaggestuurde zorg. Maar meer vraaggestuurd staat niet gelijk aan minder arbeidsintensief, want het bieden van keuzemogelijkheden staat niet altijd gelijk aan efficiënt werken. Als daar bovenop ook de mogelijkheid aan patiënten wordt geboden om zelf extra zorgfaciliteiten te kopen, dan neemt de vraag alleen maar toe en kan zich bij een onvoldoende personeelsaanbod gemakkelijk middels prijs een concurrentie voordoen tussen de zorg voor de rijkere en de noodzakelijke zorg voor de minder draagkrachtige mensen. Willen wij een dergelijke in de ogen van mijn fractie ongewenste situatie voorkomen, dan moet er tijdig en actief op de toekomst worden geanticipeerd. Daarbij moet niet alleen gekeken worden naar wat wenselijk is, maar vooral naar wat mogelijk is gegeven het toekomstige aanbod op de arbeidsmarkt en de manier waarop het beschikbare aanbod op een zinvolle wijze kan worden ingezet. Wij zouden hier graag de mening van de minister over horen.

De vraag is natuurlijk: wat dan wel? Allereerst is dat natuurlijk innovatie van de zorg waardoor een betere benutting van de medewerkers mogelijk is. Ik noem ook een betere logistiek of organisatie van de zorg, of een clustering van bijvoorbeeld een klein ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis, huisarts en thuiszorg waarmee zonder meer een efficiëntere aanpak mogelijk is. Maar dat vraagt wel om vrij ingrijpende veranderingen in de arbeidsdeling en daarmee de beroepsdifferentiatie binnen zo'n cluster alsmede op het terrein van de regelgeving en financiering. Het is niet gemakkelijk om, gelet op de sterk aan beroeps-groepen opgehangen taakstelling en de daarmee samenhangende opleiding, tot een gewijzigde opzet te komen.

De huidige arbeidsdeling en daarmee de inrichting van de organisaties, die vooral zijn gebaseerd op de indeling in verschillende beroepen, bieden

daartoe onvoldoende mogelijkheden. Om nu de beoogde gewijzigde opzet uitsluitend aan de markt over te laten, zou wel eens te veel tijd kunnen gaan kosten en is niet direct een garantie voor succes. De ervaring leert dat initiatieven die gericht zijn op innovatie nogal eens stranden op het taaie verzet van bestaande belangen, maar ook op de verstrengeling tussen organisatie, financiering en regelgeving. Een aardig voorbeeld daarvan geeft het TPG-rapport met het voorstel over de farmaco-distributie. Deze oplossing is al meer dan 20 jaar bekend maar tot nu toe krachtig tegengehouden. Andere voorbeelden hiervan zijn de tijd die verzekeraar Menzis nodig heeft gehad voor de introductie van een andere aanpak in de huisartsenpraktijk of medicijnendistributie en de tijd die het heeft gekost om nieuwe beroepen als zorghulpen, praktijkondersteuners en nurse practitioners te introduceren. Neem het voorbeeld van de nurse practitioners. Hoewel dit fenomeen midden jaren zestig in de VS werd ontwikkeld, heeft de introductie hiervan in Nederland al zo'n tien jaar geduurd voordat zowel de weerstand van verpleegkundigen als medici was overwonnen. Onze vraag aan de minister is dan ook wat hij eraan denkt te doen om de introductie van dit soort initiatieven te versnellen.

Een andere mogelijkheid is te kijken of de huidige opleidingen wel aansluiten bij het niveau van werk dat men doet. Met andere woorden: is al het werk dat de medicus verricht wel op academisch niveau of verricht de hbo-opgeleide verpleegkundige wel werk op hbo-niveau? Dit is van belang omdat nu eenmaal de arbeidssatisfactie sterk samenhangt met het niveau van werken. Maar ook kan de vraag worden gesteld of de huidige beroepsdiversificatie aansluit bij de huidige mogelijkheden? Anders gezegd: hangt er niet een soort ijzeren gordijn tussen de verschillende beroepsgroepen, gekoppeld aan de opleidingen, die een andere werkverdeling en delegatie van taken in de weg staat? In de gezondheidszorg geldt overigens nog steeds, dat de opleiding doorslaggevend is bij de inschaling en in veel mindere mate de functie die wordt uitgeoefend met alle gevolgen van dien voor de kosten. Al deze vragen zijn van belang omdat, als je naar de toekomstige arbeidsmarkt kijkt, er

Hamel

nog wel ruimte is aan de onderkant en een verdere arbeidsdeling tot meer handen aan het bed kan leiden.

Ook kan bij de inrichting van de zorg meer rekening worden gehouden met de mogelijkheden van de werknemer. Ik denk hierbij aan allochtonen, ouderen of vrouwen. Bij allochtonen zou reëel moeten worden gekeken naar welke belemmeringen er zijn voor het werken in de zorg, zoals het gegeven dat geloofsredenen het sommige vrouwelijke allochtonen niet toestaan om mannen te verzorgen. De vraag is dan of wij moeten stellen dat zij niet geschikt zijn voor de zorg of dat er juist moet worden gekeken of het werk niet zodanig is te organiseren dat bijvoorbeeld alleen kinderen of vrouwen aan hun zorg worden toevertrouwd. Gezien het feit dat het aantal allochtonen dat werkzaam is in de zorg nog geen reële afspiegeling vormt van de beroepsbevolking, en het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden onder allochtonen afloopt, lijkt het antwoord eenvoudig.

Over de inzet van oudere werknemers kan hetzelfde worden gezegd. Het kabinet kan de dwang om langer door te werken nu wel regelen, maar daarmee is nog niet gezegd dat ouderen in de zorg dat werk wel aankunnen. Zo zullen bij ouderen de bezwaren tegen de continudienst of zwaar lichamelijke inspanning met het toenemen der jaren groter worden. Hen alleen vrijstellen van dergelijke diensten zal een onevenredig zware belasting voor de jongeren betekenen. Een geacommodeerde carrièregang bij meerdere instellingen van zorg, waarbij op latere leeftijd van een ziekenhuis naar de thuiszorg, waar geen continudiensten zijn, kan worden overgestapt, zou een oplossing kunnen zijn.

Het aantal vrouwen dat gaat werken in de zorg neemt nog steeds toe. Onder de laag opgeleide vrouwen is de arbeidsparticipatie echter nog steeds zeer laag. Voor de zorg liggen daar mogelijkheden, maar die veronderstellen een verdere arbeidsdeling en een meer daarop ingerichte organisatie. In zijn algemeenheid kan je zeggen dat de zorg nog steeds georganiseerd is volgens een, laat ik het maar noemen, mannenpatroon. Dit maakt een optimale werfkracht en inzet van vrouwen niet altijd mogelijk en gaat in de toekomst zeker tot problemen leiden.

Oplossingen zijn er genoeg, maar één ding hebben ze gemeen, namelijk dat het de nodige tijd zal vergen voordat ze vruchten zullen afwerpen. Het is goed om te bedenken dat het bijvoorbeeld meer dan 25 jaar heeft geduurd voordat het verpleegkundig beroep met kwalificatieniveaus was geregeld. Ook zullen er de nodige weerstanden tegen veranderingen moeten worden overwonnen, omdat met de huidige werkverdeling belangen zijn verstrengeld die niet van de ene op de andere dag zijn verdwenen. De problemen zullen over 15 jaar fors zijn. Het is te optimistisch om te verwachten dat de markt of het veld zijn werk zal doen en dat beroepsgroepen hun bestaande belangen en positie zonder slag of stoot zullen opgeven. Daar komt nog bij dat zij die willen veranderen, op veel weerstand kunnen rekenen, zeker wanneer er onvoldoende personeel voorhanden is.

Ook de wet- en regelgeving vormt een belemmering voor innovatie, omdat deze de mogelijkheden tot beroepsinzet bepaalt. Dit heeft alles van doen met de toegekende bevoegdheden en geformuleerde kwaliteitseisen, die een weldadige bescherming bieden aan de verschillende domeinen in de zorg en de daarmee samenhangende belangen. Het kan niet alleen aan het veld worden overgelaten om een en ander te doorbreken. Anderhalf jaar geleden is hier al door de Raad voor de Volksgezondheid op gewezen. De raad spreekt van juridische obstakels en financiële barrières die een rem vormen op de voorgestane taakherschikking in de zorg. Deskundighedsomschrijvingen, het ontbreken van beschermde titels voor bepaalde beroepen en de regeling van voorbehouden handelingen staan een optimale benutting van taakherschikking in de weg. Zo mogen verpleegkundigen niet in opdracht van een arts medicijnen voorschrijven en mogen paramedici alleen op verwijzing van een arts reageren.

Willen wij de beoogde substitutie middels taakherschikking kunnen realiseren, dan moeten bijvoorbeeld zowel de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg als de Wet op de geneesmiddelenvoorziening worden aangepast. Effectuering van wetswijziging ter zake blijft echter anderhalf jaar na dato nog steeds uit. Wanneer kunnen

voorstellen tot wetswijziging worden verwacht en is Europese regelgeving daarbij eventueel van belang? Zal het mogelijk zijn om in ieder geval middels voorbeeldfuncties enige experimenten te starten? Het is daarbij ook de vraag of het niet een achterhaalde methode is om de kwaliteit middels opleidingen te garanderen en of er niet veeleer zou moeten worden gekeken naar andere wegen waarlangs nadere kwalificaties moeten worden verworven. Verder is het de vraag of bijvoorbeeld een instelling kan worden aangesproken op de kwaliteit. Graag verneem ik hieromtrent de opvatting van de minister. Daarnaast ontbreken de financiële incentives voor taakherschikking. De Raad voor de Volksgezondheid heeft daar ook op gewezen.

Veel tijd is ons niet meer gegund. Mijn fractie maakt zich daar ernstig zorgen over. Er zullen tijdige maatregelen moeten worden genomen, willen wij voldoende personeel hebben om de noodzakelijke zorg te kunnen verlenen. De ervaring leert dat wanneer wij iets in het bouwwerk van de zorg willen veranderen, het ontzettend veel tijd kost voordat het operationeel is. Juist omdat de verschillende terreinen zo hecht ineengrijpen, is wezenlijke verandering moeilijk. Immers, een andere arbeidsdeling binnen de gezondheidszorg vraagt om een andere organisatie van de zorg. Een andere organisatie is echter alleen mogelijk, als de opleidingen daarop inspelen. Evenzo moeten de verschillende beroepsgroepen bereid zijn om te participeren in deze veranderingen. En de veranderingen zijn op hun beurt weer niet denkbaar zonder een aangepaste regelgeving en financiering. Kortom, er moet nog al wat worden uitgezocht, op elkaar worden afgestemd en proefondervindelijk worden getoetst. Dit vraagt om een samenhangend beleid. Niet in de vorm van een masterplan waarbij precies wordt voorgeschreven hoe de toekomst er uit komt te zien, maar wij vragen van de minister wel een beleidsvisie die in hoofdlijnen schetst in welke richting de oplossingen worden gezocht. Hierdoor kan aanzienlijk tijd worden gewonnen omdat de verschillende partijen (instellingen, beroepsgroepen, opleidingen, etc.) zich bij advisering of deelname in commissies of bij het invoeren van veranderingen kunnen

Hamel

richten op een dergelijke visie. Het gevaar is anders niet denkbeeldig dat oplossingen die in de afzonderlijke commissies of in de kring van verzekeraars, instellingen of beroepsgroepen worden bedacht, niet op elkaar aansluiten en er met een te hoog poldergehalte te veel tijd verloren gaat. Bovendien biedt het geboden perspectief meer zekerheid aan de verschillende participanten waardoor de bereidheid tot verandering alleen maar zal vergroten. Middels experimenten zou dan kunnen worden gekeken naar de effectiviteit van de verschillende initiatieven.

Tot slot. Het verhaal doet de ronde dat de minister zou hebben gezegd dat hij niets weet van de inhoud van de zorg maar alleen maar van de financiën. De beroepsgroepen moesten daarom zelf maar kijken hoe de opleidingen zouden moeten veranderen. Wij nemen aan dat dit gerucht onjuist is en het meer een elegante opmerking is geweest, want anders onderschat deze minister zichzelf zeer. Staatsrechtelijk komt het ons ook minder juist voor dat de minister die verantwoordelijk is voor een goede en betaalbare zorg en dit zelf ook erkent, de verantwoordelijkheid voor een onderwerp dat zo'n sleutelrol speelt bij de toekomst van de zorg geheel uit handen geeft.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan mevrouw Nap-Borger die haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw **Nap-Borger** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Het verzoek van de CDA-fractie om bij de behandeling van de VWS-begroting expliciet aandacht te schenken aan het beleidsonderdeel Sport, geeft al aan dat deze fractie grote waarde toekent aan sport. Sport vormt een belangrijk onderdeel van de sociale infrastructuur van onze samenleving. Naast de intrinsieke waarde van de sport, die centraal staat in de individuele beleving van sport en het plezier dat sport uit zichzelf kan geven, wordt alom inmiddels onderkend dat sport geen geïsoleerd maatschappelijk verschijnsel is.

De waarde van sport geldt zeker niet alleen voor professionele en topsporters, maar vooral ook voor de vele mensen die wekelijks zeer enthousiast bezig zijn op recreatief niveau, dan wel die als vrijwilliger bij

sport- en spelactiviteiten actief zijn als bestuurder, organisator, trainer, begeleider of hulp in de kantine. Sport ontspant en activeert mensen in een tijd waarin we een steeds passiever leven leiden door veel zittende beroepen, het autorijden en het werken en/of ontspannen achter de computer en de tv. Sport verbindt. We zien dat al bij jonge kinderen; samen knokken zij voor een punt voor hun team. En hoe kunnen we niet als "één man/vrouw" staan achter één van onze nationale sportteams? Dát hebben we deze weken laten zien?

Sport vervult ook een zeer waardevolle functie bij participatie en integratie van minderheden, van mensen in een kwetsbare positie, zoals mensen met een handicap, chronisch zieken, eenzame ouderen. Sport biedt jongeren een gemeenschappelijke oriëntatie, sfeer en gezelligheid, maar ook sociale controle en wederzijdse zorg. Kortom, sport levert een belangrijke bijdrage aan de leefbaarheid van stad en platteland en aan de kwaliteit van ons leven.

Maar naast het genoemde heeft sport óók een andere, niet onbelangrijke functie, namelijk het bevorderen van de volksgezondheid en het terugdringen van het beroep op de gezondheidszorg. Recente onderzoeken en rapporten waaronder het rapport van de Algemene Rekenkamer van november 2003, een onderzoek van TNO en een recentelijk onderzoek van het RIVM, bevestigen dit.

Graag ga ik vandaag in op het algemene preventiebeleid. Daarnaast wil ik inzoomen op de bijdrage die sport kan leveren om negatieve gevolgen van ons leefpatroon te verminderen en op de vraag hoe de overheid vanuit haar verantwoordelijkheid dit beleid "meer handen en voeten" kan geven.

Wanneer aan Nederlanders gevraagd wordt wat zij echt belangrijk vinden, komt een goede gezondheid steevast op de eerste plaats. Des te schrijnender is het gegeven dat de gezondheid van de Nederlanders de laatste decennia is verslechterd en achterblijft bij de rest van Europa. Mag de burger daarom van de overheid verwachten dat zij alles op alles zet om het tij te keren ten faveure van de gezondheid van de Nederlandse bevolking?

Voorkomen is beter dan genezen. Uit de zorgelijke berichten die ons

bereiken over de gezondheid van de Nederlandse burger blijkt dat het tijd wordt dat wij ons serieus verdiepen in de huidige en de te verwachten situatie op de lange termijn. De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat vooral op het gebied van voorlichting en preventie een niet onbelangrijke taak voor de overheid is weggelegd. De afgelopen jaren heeft de CDA-fractie het belang van preventie bij de behandeling van verschillende wetsvoorstellen onderstreept. Zowel bij de wijziging van de Drank- en horecawet op 11 april 2000 als bij de wijziging van de Tabakswet op 26 maart 2002 is er door achtereenvolgens de heer Pastoor en de heer Werner nadrukkelijk gepleit voor intensivering van de preventieve inspanningen van de overheid. De motie, ingediend door de heer Werner bij de behandeling van de Tabakswet waarin 15 mln euro extra gevraagd werd, met name voor voorlichting aan jongeren, is met algemene stemmen aangenomen en door de toenmalige minister van VWS, mevrouw Borst, overgenomen.

In de fors aangescherpte Drank- en horecawet is een grote mate van verantwoordelijkheid voor de gevolgen van overmatig alcoholgebruik en het verstrekken ervan aan jongeren onder zestien jaar bij de sportverenigingen neergelegd. De heer Pastoor heeft bij de behandeling van deze wetswijziging zijn zorgen uitgesproken over de handhaafbaarheid van de leeftijdsgrenzen. Uit de uitkomst van een recent onderzoek blijkt dat wij helaas moeten constateren dat zijn zorgen terecht waren. Een kwart van de sportverenigingen houdt onvoldoende toezicht op het schenken van alcohol aan minderjarigen. Het aantal automobilisten dat rechtstreeks uit de sportkantine kwam met meer dan het toegestane promillage was fors.

Deze berichten vinden wij verontrustend. Aan het plezier van samen sporten of het genieten van kijken naar sport wordt steeds vaker afbreuk gedaan door de agressiviteit, relletjes en vernielingen na afloop. Dat het groeiende vandalisme bij sportevenementen nauw samenhangt met overdadig alcoholgebruik is genoegzaam bekend. Is de minister bereid, hier met meer dan gemiddelde aandacht naar te kijken en met de sportorganisaties hiertegen maatregelen te nemen?

Nap-Borger

De leden van de fractie van het CDA zijn in dit kader benieuwd naar het standpunt van het kabinet over een open brief van enkele prominenten uit de sportwereld, verzonden aan onder andere deze staatssecretaris waarin zeven maatregelen worden voorgesteld om nog voor het nieuwe seizoen met de KNVB, sportclubs en overheid met een adequate aanpak van het vandalisme te komen. Ik zal één opmerkelijke maatregel noemen die geen toelichting behoeft: de overheid zorgt voor een strafmaat die aan duidelijkheid niets te wensen overlaat. Kan de staatssecretaris ons meedelen wat zij met deze voorstellen doet?

De nota Sport, bewegen en gezondheid geeft aan dat veel gezondheidsproblemen zowel een relatie hebben met gedrag, zoals roken, alcoholgebruik en voeding, maar ook veroorzaakt worden door lichamelijke inactiviteit. Naast de negatieve gevolgen voor de kwaliteit en de kwantiteit van het leven brengt het hoge kosten in de gezondheidszorg mee en tevens economische schade door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Per jaar kost ziekteverzuim als gevolg van inactiviteit het Nederlandse bedrijfsleven 1 mld euro. Investeren in preventie loont. Het verbaast mijn fractie dan ook dat hiervoor naar verhouding weinig middelen worden vrijgemaakt. Wij zien dat de financiële groei ruimte in de zorg voor 2004 2,8 mld euro bedraagt en dat daarvan 1,7 mld euro besteed wordt aan de curatieve zorg en maar enkele miljoenen aan preventie.

De toezegging van deze minister naar aanleiding van een aangekondigde motie van de heer Buijs bij het debat over de preventienota in de Tweede Kamer om op zo kort mogelijke termijn te onderzoeken waar door middel van substitutie extra middelen voor preventie kunnen worden vrijgemaakt, is een stap in de goede richting ten gunste van een volwaardig preventief gezondheidsbeleid waarin sport een niet onbelangrijke rol kan vervullen. Regering is vooruitzien. Kan de minister ons vandaag al meer over de uitkomst van het onderzoek vertellen?

Natuurlijk is de burger zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid. De overheid kan en mag dan ook nadrukkelijk appelleren aan de betrokkenheid en de verantwoordelijkheid van de burger hiervoor. Het

kabinet draagt naar onze mening wel degelijk verantwoordelijkheid, zowel bij het bevorderen van de volksgezondheid, zoals staat in artikel 22 van de Grondwet, als bij het actief opzetten van een preventief gezondheidsbeleid, mede vanwege de directe relatie die bestaat met de kosten in de gezondheidszorg. Het wordt in ons land algemeen aanvaard dat de overheid een taak heeft op het terrein van gezondheidsbescherming als het gaat om schone lucht en bodem, veilig drinkwater, de openbare gezondheidszorg, het toezien op voedselveiligheid en veilige openbare ruimten. De ondersteuning van sport past in deze rij.

De minister verkondigde bij de behandeling van het rapport "Preventieve Gezondheidszorg" vol trots dat niet eerder zo expliciet aan de hand van een nota over preventiebeleid is gesproken en daar had deze minister gelijk in. Als het om preventieve gezondheidszorg gaat, geldt vanzelfsprekend: "hoe eerder hoe beter", maar ook: "beter laat dan nooit".

De CDA-fractie juicht de aandacht van dit kabinet voor dit specifieke onderwerp dan ook van harte toe, maar zij heeft over de uitwerking ervan en de implementatie, ook binnen het beleid van andere departementen, de nodige vragen.

In de voorliggende begrotingsstukken "volksgezondheid, welzijn en sport" wordt de relatie van sport met andere beleidsterreinen benadrukt en wordt de noodzaak aangegeven van goede samenwerking met actoren op andere beleidsterreinen, zoals jeugdbeleid, preventie, sociaal en ouderenbeleid, en met andere ministeries, zoals BZK, Justitie, OCW, BuZa en VROM.

Al in 1996 was het toenmalige kabinet van mening dat vanwege de brede maatschappelijke betekenis van sport, de verantwoordelijkheid niet alleen bij de rijksoverheid ligt maar tevens bij de medeoverheden, de sportorganisaties, het bedrijfsleven, de zorgverzekeraars en de media.

De CDA-fractie onderstreept, vooral vanwege de preventieve waarde die van sport uitgaat, het grote belang van goede samenwerking en afstemming en onderkent de noodzaak dat alle betrokkenen zich vanuit de eigen verantwoordelijkheid moeten inzetten voor het realiseren

van de beleidsdoelen, zoals die door dit kabinet zijn gesteld.

Maar, voorzitter, de staatssecretaris zal vanuit een heldere visie op de toekomst van de sport als coördinerend bewindspersoon de lijnen moeten uitzetten, de verschillende plannen die van invloed zijn op en raakvlakken hebben met sport- en preventiebeleid moeten zwaluwstaarten en de geldstromen moeten stroomlijnen, zodat subsidies op het gebied van wijkaanpak, sport, jeugd en preventie samengebracht worden. Zo kunnen de inspanningen van velen optimaal benut en geconcretiseerd worden.

De staatssecretaris gaf tijdens het notaoverleg op 27 november zelf ruiterslijk toe dat het op rijksniveau lastig is om beleid te "verknopen". Wij vernemen graag van de staatssecretaris hoe het beleid op dit moment in de praktijk handen en voeten krijgt en hoe de diverse plannen met betrekking tot sport- en preventiebeleid geïmplementeerd worden in het beleid van andere betrokken ministeries.

Het kabinet kiest op basis van het Hoofdlijnenakkoord met betrekking tot het sportbeleid voor speerpunten op vier beleidsterreinen: sportgezondheid, breedtesport, kader- en topsport en het benadrukt in de begrotingsstukken de rol die de sport kan vervullen bij het bevorderen van de volksgezondheid en het terugdringen van het beroep op de zorg.

Voorzitter, "goed voorbeeld doet volgen"! Onze fractie is benieuwd of de overheid, als één van onze grootste werkgevers en met een niet te onderschatten voorbeeldfunctie, hier voor haar eigen medewerkers beleid voor heeft ontwikkeld.

Voorzitter. Het doet de leden van deze fractie deugd dat het overheidsbeleid zich vooral richt op het bieden van ondersteuning aan het fijn vertakte netwerk van sportverenigingen en vrijwilligerswerk. Het CDA hecht groot belang aan verenigingen, waaronder de sportverenigingen, als bindmiddel in onze samenleving. Zij zijn van grote waarde zowel voor de top- als voor de breedtesport. Ons land scoort internationaal op veel sporten indrukwekkend, vooral dankzij de sportverenigingen. Zij zijn voor de CDA-fractie de pijlers die het sportbeleid dragen. Door goed gebruik te maken van deze bestaande netwerken kan er vooral voor bepaalde doelgroepen een

Nap-Borger

actief, stimulerend beleid ontwikkeld worden.

Uit het onderzoek van de commissie-Albeda blijkt opnieuw dat er grote gezondheidsverschillen bestaan tussen bevolkingsgroepen. Het onderstreept nogmaals de zorgelijke situatie ten aanzien van de gezondheid van mensen met een lagere sociaal-economische status. Zij hebben veelal minder mogelijkheden om actief deel te nemen aan activiteiten die een positief effect hebben op hun gezondheid. Voor deze doelgroep moeten laagdrempelige, vraaggerichte voorzieningen gecreëerd worden.

Voorzitter. Gemeenten zijn de belangrijkste motoren als het gaat om het faciliteren en structureren van een lokaal preventief gezondheidsbeleid. Hier zit de kennis met betrekking tot de lokale situatie; hier kan een aanpak ontwikkeld worden, gericht op de vraag, zodat via een integrale aanpak knelpunten worden opgelost. Het is vanwege de toegankelijkheid voor jongeren, voor mensen met een beperking, voor ouderen en allochtonen van essentiële waarde om dicht bij huis deel te kunnen nemen aan activiteiten op het gebied van sport en bewegen. Helaas moeten wij constateren dat sportterreinen steeds vaker verdwijnen in de periferie. Door middel van het Breedtesportbeleid tracht dit kabinet nieuwe impulsen te geven aan het sportbuurtwerk, verenigingsondersteuning en op het terrein van school en sport. De CDA-fractie kan, gezien de positieve effecten van het breedtesportbeleid, van harte instemmen met de continuering van dit beleid. Wel heeft mijn fractie moeite met het voornemen van het kabinet om de bestaande breedtesportimpuls om te vormen naar een breedtesportbeleid dat zich vooral richt op de grote steden en vijftig geselecteerde wijken.

Hoewel mijn fractie zich er terdege van bewust is dat zich in de grote steden vaak een cumulatie van problemen op allerlei gebied voordoet en dat het aanpakken en oplossen ervan extra middelen en aandacht van alle betrokkenen vraagt, zouden wij het betreuren als hierdoor het nog pril ontwikkelde sportbeleid in kleinere gemeenten teruggedraaid of zelfs beëindigd zou worden. Met name in kleine plaatsen zijn de gezamenlijke inzet en aanpak, waarvoor de breedtesportmiddelen

dienen, van wezenlijk belang om voorzieningen te behouden en maatwerk te kunnen leveren. Is de staatssecretaris bereid het beleid in deze richting om te buigen?

Het multifunctioneel gebruiken van bestaande voorzieningen wordt door dit kabinet bepleit. Het is jammer dat veel dure sportaccommodaties gedurende lange perioden niet worden gebruikt. Ook hier geldt dat door een gezamenlijke aanpak veel opgelost kan worden. De CDA-fractie ziet goede kansen liggen binnen de mogelijkheden die de Brede School hiervoor biedt, vanwege de combinatie van onderwijs met onder andere het welzijnswerk, de bibliotheek, de sportverenigingen en de voor- en naschoolse opvang. Wij vragen deze bewindslieden de succesvolle initiatieven die er lopen, in zowel de grote steden als in de kleine kernen, te stimuleren en te ondersteunen. Zou het zogenaamde Engelse model, waar onderwijs, sport en kinderopvang samengebracht worden en dat verder gaat dan ons Brede Schoolconcept, omdat het zowel overdag als 's avonds toegankelijk is onder professionele leiding, ook in ons land een optie kunnen zijn?

Praten over sport kan niet zonder ook de vrijwilligers te noemen. Vrijwilligers zijn het cement van de samenleving. Geen van de aanwezigen hier zal naar mijn mening deze constatering in twijfel trekken. Voor de sport zijn zij, evenals voor veel andere sectoren, onmisbaar. De CDA-fractie maakt zich dan ook grote zorgen over de alarmerende berichten die ons bereiken over het groeiende tekort aan vrijwilligers in deze sector. De gevolgen zijn zelfs desastreus te noemen. Veel sportverenigingen zien nauwelijks mogelijkheden om de activiteiten gaande te houden. En dat is toch wel het laatste wat wij willen. Een van de redenen voor het afhaken van vrijwilligers zou wel eens het oerwoud aan regels kunnen zijn, waar bestuurders en andere vrijwilligers meer en meer mee geconfronteerd worden en die veel tijd en middelen kosten. Naar de mening van onze fractie zou de overheid hier faciliteiten voor de sport moeten aanbieden.

Voorzitter. Sport is cool voor jongeren. Dit biedt ongekende kansen om deze doelgroep voor het vrijwilligerswerk in de sport te enthousiasmeren. Bovendien vangen

wij, door de jongeren te betrekken bij deze tak van sport, twee vliegen in één klap: het draagt bij aan het terugdringen van het grote tekort aan vrijwilligers en het activeert de jongeren zelf te gaan sporten. Voor 15 augustus zal er een geactualiseerde visie op het vrijwilligerswerk liggen waarin ook specifiek aandacht geschonken zal worden aan het sportvrijwilligerswerk. Kan hier vandaag ± het is al bijna augustus ± al iets over worden meegedeeld?

De positieve bijdrage die sport en jeugdwerk kunnen leveren aan de overdracht van waarden normen, valt naar de mening van onze fractie ook onder preventie. Gezien de prioriteiten die dit kabinet in de regeringsverklaring van de kabinetten-Balkenende I en II met betrekking tot het belang van sport voor de overdracht van waarden en normen heeft opgenomen, wordt dit belang in de kabinetsreactie op het WRR-rapport "Waarden, normen en de last van het gedrag" nogmaals onderstreept. Wij gaan ervan uit dat vooral die projecten die bijdragen tot dit doel met stip gehonoreerd worden bij het verdelen van de projectgelden. Ik wil hier ook expliciet de verdeling van 2,9 mln extra noemen, die "Tweede-kamerbreed" voor de ondersteuning van vrijwilligers op lokaal niveau op het terrein van jeugdactiviteiten is geoormerkt en waarbinnen Scouting en NUSO vanwege hun preventieve activiteiten zijn geprioriteerd. De leden van de CDA-fractie sluiten zich hier van harte bij aan. Kunnen de bewindslieden al meer duidelijkheid geven over de bestemming van dit budget?

Er is momenteel nog volop discussie gaande, ook binnen andere departementen, over herverdeling van middelen waarvan de uitkomst van eminent belang is voor de totale hoogte van de bedragen die voor sport- en jeugdwerk ingezet kunnen worden. Het zou veel perspectief bieden als alle lotto- en totogelden naar de sport gingen. Onze fractie verbindt hier wel nadrukkelijk de voorwaarde aan dat de andere goede doelen elders worden ondergebracht. Is hierover al meer bekend?

Voorzitter. Ik kom tot een afronding. 2004 is een buitengewoon jaar voor de sport. In augustus vinden de Paralympics en de Olympische Spelen plaats. Tevens heeft de Europese Commissie 2004 uitgeroepen tot "het Jaar van

Nap-Borger

opvoeding door sport". Dit kabinet ziet grote kansen om in haar functie als EU-voorzitter ± ik citeer uit de beleidsbegroting: ± "de samenwerking tussen onderwijs en sport en de maatschappelijke betekenis van sport, nationaal en internationaal op de agenda te zetten, niet alleen in 2004 maar ook in de periode daarna". Een loffelijk streven dat wij van harte ondersteunen. Wij horen graag hoe dit concreet ingevuld gaat worden.

Het thema voor 2004 van het Europese actieplan dat de gezondheid van de Europeanen moet verbeteren, luidt: "Move your body, stretch your mind." Voorzitter, er is nog een wereld te winnen.

De voorzitter: Mevrouw Nap, van harte proficiat met uw maidenspeech. U bent van de leden die vorig jaar nieuw zitting namen in deze Kamer, de laatste die de maidenspeech mag uitspreken. U hebt er dus even op moeten wachten. Ik weet dat dit zeker niet aan u heeft gelegen, maar eenvoudigweg aan het feit dat u lid bent van een grote fractie met heel veel nieuwe leden.

Uw beroepservaring en uw politieke belangstelling liggen in het verlengde van elkaar. U begon in het onderwijs van 1966 tot 1971 en daarna was u maar liefst 27 jaar verbonden aan een apotheekhoudende huisartsenpraktijk. Onderwijs en gezondheidszorg zijn u daarmee zeer bekend. Vanaf 1987 had u zitting in de provinciale staten van Overijssel, onder meer als fractievoorzitter. In de laatste periode tot 2003 was u gedeputeerde, met als portefeuilles volksgezondheid, milieu, zorg, onderwijs, sport en emancipatie. Zo bent u met de politieke en bestuurlijke kant van uw werkterrein bekend geraakt. Ook uw nevenfuncties getuigen van die belangstelling. Ik noem het bestuurslidmaatschap van het Nationaal revalidatiefonds en het lidmaatschap van de Raad van advies voor cliënteninformatie en cliëntenondersteuning in de eerstelijnszorg in Twente. Daarnaast was u ook nog een keer provinciaal en landelijk heel actief in diverse functies in het CDA.

Vandaag echter is uw bijdrage aan dit debat gericht op de sport. Vanuit dat perspectief beschouwd, is het moment van uw maidenspeech wel het wachten waard geweest. Sport

staat deze week middenin de belangstelling. Een groot deel van het volk is onder invloed van de voetbalwedstrijden van kleur verschoten. Ik laat overigens graag in het midden of ik nu doel op de oranje kledingkleur of de rode gezichtskleur vanwege de penibele positie van ons nationale elftal. Het moet een bijzondere ervaring zijn om in de Europese sportweek bij uitstek te kunnen spreken over een beleidsterrein dat zoveel zielen beroert. Sport en politiek hebben ook iets gemeenschappelijks: een doordachte voorbereiding en een goede timing zijn van groot belang, maar uiteindelijk tellen toch altijd de resultaten. Ik wens u graag toe dat u bij uw werkzaamheden in onze senaat tot het gewenste resultaat zult komen en dat u daaraan bovendien heel veel plezier beleeft. Succes toegewenst!

Uiteraard geef ik alle collega's graag even de gelegenheid om Mevrouw Nap te feliciteren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Allereerst is steeds betoogd dat niet de huidige financiering van de ziektekosten het belangrijkste knelpunt in de gezondheidszorg vormt, maar veel meer de diverse inhoudelijke problemen. De stelselwijziging zou slechts het sluitstuk kunnen zijn, zij het in het kader van de oplossing van andere knelpunten, maar dan wel een noodzakelijk sluitstuk.

Langzamerhand is het zo ver. De minister heeft in zijn brief van 12 maart jl. de hoofdlijnen van de herziening van het stelsel curatieve zorg aangegeven. Daarmee heeft de Tweede Kamer intussen op hoofdlijnen ingestemd. Het is dan ook de hoogste tijd om stil te staan bij de inhoudelijke zorgknelpunten, die bepaald nog niet zijn opgelost, alsook vandaag in dit kader bij de menskrachtontwikkeling. De minister signaleert zelf immers ook dat hier een knelpunt van belang kan liggen. Zeker na het betoog van collega Hamel teken ik hierbij aan dat hierbij sprake is van de last van het verleden, die de bewindslieden nu in het beleid moeten meetersen. Tegen deze achtergrond maak ik toch maar de opmerkingen die ik moet maken.

Daarbij realiseer ik mij steeds dat die last er is.

In het kader van de beoogde gereuleerde marktwerking wordt op z'n minst ook vereist dat er voldoende aanbod van zorgaanbieders over de gehele linie beschikbaar is. Het kabinet mag terecht gewag maken van maatregelen die in dit kader reeds zijn genomen, zoals meer plaatsen bij de medische opleidingen, capaciteitsuitbreidingen en opleidingen voor nieuwe beroepen. Zal dit echter wel voldoende zijn? Dit vraagt de CDA-fractie zich af. Bovendien: spelen de genomen maatregelen wel voldoende in op de toekomstige behoefte aan menskracht, nu het morbiditeitspatroon in de komende decennia zo drastisch zal veranderen? Immers, deze eeuw zal zich op het terrein van de gezondheidszorg met name laten typeren als de eeuw van de ouderdomsziekten. Dit betekent ook een verschuiving van acute klachten naar de begeleiding van chronisch zieken. Van cure naar care brengt op zichzelf eveneens al een toename van werkdruk en van meer handen aan het bed met zich. De minister heeft hierop in stuk 29282, nr. 1, in de tweede zin al ingespeeld: maar het is de vraag of we voldoende mensen hebben voor de zorg van morgen.

Hierbij speelt ongetwijfeld ook een rol de in feite té late constatering dat de echte vergrijzing, in vergelijking met een aantal andere Europese landen, nog moet komen. Dat is tegen de achtergrond van de huidige situatie een benauwende uitspraak. Er wordt met name ingezet op het opzetten van nieuwe slagvaardige structuren voor opleiding en beroepen in de zorg, alsmede het anders verdelen van taken tussen de diverse beroepsbeoefenaren. Uiteraard heeft dat onze hartelijke instemming.

Niettemin heeft de beantwoording van onze vragen en die van enkele collega's in een aantal opzichten onze twijfel alleen maar vergroot, twijfel over de positieve uitkomsten van het voorgestane beleid. Zullen de diverse maatregelen toereikend zijn en is er nog niet meer nodig dan de thans voorziene maatregelen? Dit geldt te meer daar ook wordt geconstateerd ± en dat onderschrijft de CDA-fractie ± dat de zorgsector primair zelf verantwoordelijk is voor goede brancheopleidingen en een passende, moderne beroepen-

Van Leeuwen

structuur. De sector moet ook zelf zorgen voor voldoende personeel en het doelmatig inzetten van dat personeel. Dat wringt echter al te vaak met de toch ook aanwezige taak van de overheid. Deze wordt als volgt in de stukken omschreven: de overheid van haar kant dient de publieke belangen te borgen: kwaliteit, beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, waaronder ook de financieringssystematiek. Hieruit vloeit naar onze mening dan ook voort dat de overheid verantwoordelijkheid draagt voor het beschikbaar stellen van toereikende middelen om die systematiek uit te voeren, dat wil zeggen dat de zorgsector ook moet kunnen beschikken over voldoende middelen om gekwalificeerde medewerkers te kunnen aantrekken, vast te houden en doelmatig in te zetten. Het lange gesteggel rond de salarissen van de medisch specialisten in de academische ziekenhuizen bijvoorbeeld is geen voorbeeld waarop de minister zich kan beroemen.

Eén van de problemen waar de CDA-fractie verder tegenaan loopt, is dat de voorgestelde vernieuwingen zich in overwegende mate richten op de curatieve zorg en minder op bijvoorbeeld de care, de gehandicaptenzorg, de preventieve en openbare gezondheidszorg. Dat wil niet zeggen dat de negen aanbevelingen van de commissie-Le Grand als evenzovele prioriteiten niet alle binnen de gestelde vijf jaar moeten worden ingevoerd. Dat zeer zeker! De CDA-fractie wil ook uitspreken dat de minister ± dit mag als een compliment worden beschouwd ± voortvarend op de geschetste problematiek én de aanbevelingen heeft ingestoken. Modernisering van de medische opleidingen, gericht op de aanpak om medische opleidingen opnieuw op te zetten, aan te sturen en te financieren en om de taakherschikking verder te implementeren, dient metterdaad de hoogste prioriteit te krijgen.

In dit kader houden wij onze zorgen over de nieuwe bekostigingssystematiek en wel in tweeërlei zin, wat betreft het tijdsaspect en de benodigde financiële middelen. De minister wijst terecht op de complexiteit van de materie, maar ook op de noodzakelijke afstemming met het traject voor de invoering van de DBC's. Heeft de in dit laatste traject opgelopen vertraging ook

gevolgen voor de invoeringsdatum van de nieuwe bekostigingssystematiek? Hoever zal deze afstemming zich uitstrekken? Ook al stelt de minister zich de modernisering van de beroepenstructuur als een budgettair neutrale operatie voor, wij hebben de nodige twijfels bij de nu in de paragraaf begrotingsuitgaven vermelde bedragen. Kan de minister hierop nog eens nader ingaan? Er gaapt nu wel een heel groot gat tussen de door de commissie-Le Grand begrote, bij benadering noodzakelijk geachte extra financiering met 100 mln euro en de voorstellen van de minister. De CDA-fractie wil in ieder geval de duidelijke toezegging, dat dit hoogst urgente traject op geen enkele wijze zal worden afgeremd door ontoereikende middelen.

De aanleiding tot een nieuwe bekostigingssystematiek is mede dat de voor opleidingen beschikbare middelen thans niet zijn "geoormerkt" en dus "vrij" zijn te besteden en hierdoor ook niet altijd aan opleidingen worden besteed. Moet het beëindigen van de mogelijkheid tot dit "free rider"-gedrag werkelijk wachten tot de invoering van de DBC's in de ziekenhuizen? Is toch een opleidingsfonds hier niet de oplossing?

Mevrouw de voorzitter. In het kader van een bijdrage aan een beter functionerende arbeidsmarkt in de gezondheidszorg zijn niet alleen moderne opleidingen van belang, evenzeer spelen de arbeidsomstandigheden binnen de sector een belangrijke rol. Sociale partners zijn hiervoor de eerstverantwoordelijken. Zij moeten zich echter gesteund weten door een overheidsbeleid dat voldoende rekening houdt met de typische eisen van deze collectieve sector. Dit is een sector die zich meer en meer als een marktsector moet gaan opstellen. De visie van de minister op wat hij onder een gematigde loonontwikkeling verstaat, kan hierbij niet worden gemist. In de diverse stukken, onder andere de begroting, hebben wij hierover weinig concreets aangetroffen. Alle kans voor de minister om dat nu wel te doen. En dan gaarne een visie, niet alleen voor 2004 maar voor de middellange termijn, opdat bij een aantrekkende arbeidsmarkt en schaarste aan arbeidskrachten de collectieve sector niet het onderspit zal delven ten opzichte van de

marktsector met alle gevolgen van dien.

Onze zorg betreft hiernaast vooral de problematiek rond de care in brede zin. En anders dan in het bedrijfsleven, dat de productie kan verplaatsen, moet aan deze patiënten hier in Nederland de noodzakelijke zorg worden geleverd. De zinsnede dat de acties van de stuurgroep zich in eerste instantie op de curatieve zorg zullen richten, omdat daar al veel in beweging is, en dat de implementatie zich vervolgens zal uitstrekken tot de sector van de verpleging en verzorging, is onzes inziens niet toereikend. Kan de minister zich dit voorstellen? De CDA-fractie vraagt de minister ter zake een voortvarender beleid te voeren. Bovendien zal door de jongste beleidsvoornemens met betrekking tot de AWBZ deze problematiek zelfs nog worden vergroot.

In dit kader willen wij in het bijzonder ook nog een lans breken voor de mantelzorg en het vrijwilligerswerk in de zorg. Immers, er is nog steeds sprake van een aanzienlijke latente vraag naar verpleeghuiszorg ± de minister erkent dit ook zelf in de gegeven antwoorden ± en dat moet tot de erkenning leiden dat de mantelzorg nog steeds een onmisbare plaats in de zorgsector vervult. De door het SCP geschatte potentiële vraag naar verpleeghuiszorg ligt altijd nog twee keer zo hoog als het huidige gebruik. Deze vraag neemt zeker niet af bij de door het RIVM geschatte toename van dementerende ouderen met 40% in de komende tien tot vijftien jaar. Er is dan ook sprake van een "misser" om bij de mogelijkheden om de groei van de personeelsbehoefte te beperken wel de verhoging van de arbeidsproductiviteit door arbeidsbesparende innovaties te noemen, het bevorderen van de zelfredzaamheid van mensen, waardoor zij niet afhankelijk worden van professionele hulp, alsmede het introduceren van afwegingsprikkeles, maar juist niet een grotere inzet van mantelzorgers en vrijwilligers of in ieder geval het behoud hiervan.

De CDA-fractie was bijzonder verheugd dat eind 2003 instemming kon worden bereikt met het veld over het LVIO-werkdocument Gebruikelijke zorg, waardoor bepaalde vormen van zorg van huisgenoten voor elkaar nu onder de AWBZ-aanspraken vallen. Bijzonder

verontrustend vinden wij dan ook de kop in de Staatscourant van 4 juni jl., waarin het College voor Zorgverzekeringen af wil van de betaalde mantelzorg. De staatssecretaris wordt geadviseerd het begrip "gebruikelijke zorg" te verruimen. Zo valt te voorkomen dat veel mantelzorg betaald wordt via een persoonsgebonden budget. De staatssecretaris zal zich kunnen voorstellen dat de CDA-fractie een reactie op het advies van het college op prijs stelt. Zij wil overigens niet ontkennen dat hier een probleem kan liggen, maar de staatssecretaris moet zich wel realiseren dat mantelzorg via het PGB ook in financiële zin nog te verkiezen valt boven een anders vaak onvermijdelijke opname, dit afgezien van de immateriële aspecten. Bovendien zullen wij deze mantelzorgers, maar ook de vrijwilligers in het tijdperk van toenemende vergrijzing met een grotere zorgvraag hard nodig hebben. Het is dan ook noodzakelijk hen geen strobreed in de weg te leggen, maar hen uitsluitend aan te moedigen, ook in de weg van het handhaven van financiële tegemoetkomingen.

In één der vragen van de CDA-fractie wordt aangesloten bij een ook door de RVZ als belangrijk gesignaleerd knelpunt in de zorgsector, namelijk het niet optimale imago, de demotatieverschijnselen en dergelijke. Het is een problematiek die in de beantwoording door de minister niet wordt gedeeld. Dat is uiteraard zijn goed recht, maar het is wel vreemd. Immers, onder beleidsartikel 30 "Opleidingen, informatie, kwaliteits- en patiëntenbeleid" van de begroting 2004 wordt onder het kopje "Professionalisering van verplegende en verzorgende beroepen" onder meer opgemerkt: "Tevens willen wij het imago van hun beroep verbeteren om de aantrekkelijkheid te vergroten." Er zal dus sprake zijn van een misverstand bij de beantwoording van onze vragen.

Hoe dit ook zij, de CDA-fractie heeft een ander aspect toegevoegd, namelijk de verschalende aandacht in de zorg voor de patiënt als mens. Het is de minister in zijn beantwoording wellicht ontgaan. Mede door het steeds meer denken in termen van zorg als product kunnen jongeren die uit ideële overwegingen zich tot een verzorgend beroep voelen aangetrokken, worden afgeschrikt. Het moet in de zorg

blijven gaan om het primaire proces, dat wil zeggen de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Het kan niet zo zijn dat er in de verpleging en verzorging geen tijd meer is voor het persoonlijk contact met de patiënt. Prof. Ter Meulen drukte dit als volgt uit: "Zorg wordt een vorm van dienstverlening, waarin de traditionele deugden van zorgverlening, zoals betrokkenheid, toewijding en wederzijds respect er niet meer toe doen. Zorg geldt niet meer als antwoord op de ervaring van de kwetsbaarheid van het menselijk bestaan, maar is functioneel geworden voor het 'individuele product' van de zorggebruiker." Herkent en erkent de minister ± zonder vermoedelijk evenals ik voor de volle 100% met deze typering in te stemmen ± toch het hierin verwoorde spanningsveld en kan hij zich voorstellen, dat het meer spreken in termen van product vraagt om een heldere en consistente voorlichting, die op deze wijze maatschappelijk draagvlak voor gereguleerde marktwerking creëert? Naar onze overtuiging zou dat veel meer moeten gebeuren, te weten het beleid op de juiste wijze communiceren. Bovendien moet worden gerealiseerd dat gemotiveerde medewerkers in het kader van de beperking van de groei wel eens belangrijker kunnen zijn dan prijsprikkels.

Dan nu het integrerend OSA-rapport 2003, dat voor het eerst sedert jaren melding kan maken van een positieve ontwikkeling. De vaststelling dat de hoofddoelstelling van het convenant Arbeidsmarktbeleid zorgsector om de tekorten van verpleegkundigen en verzorgend personeel terug te dringen is geslaagd, mag dan ook terecht als eerste zin de beknopte samenvatting domineren. Geslaagd, omdat de instroom in de opleidingen is toegenomen, het ziekteverzuim en het vertrek uit de sector is afgenomen, het aantal reïntegraties van arbeidsongeschikten uit de sector is gestegen en het aantal allochtonen in de in- en uitstroom gelijk is gebleven. Het heeft er dus alle schijn van dat de zorgsector in dit opzicht uit het dal is en dat er voldoende handen aan het bed zijn en in de toekomst ook zullen blijven. Niettemin, schijn kan bedriegen. Al deze verheugende ontwikkelingen staan immers beschreven in het OSA-rapport 2003, dat in oktober

2003 is verschenen. Er kon dus nog onvoldoende inzicht zijn in de stortvloed van maatregelen die opnieuw het imago van de zorgsector heeft geraakt. Tegen de beeldvorming die hierdoor wordt opgeroepen, vallen redelijke argumenten al te vaak weg.

De CDA-fractie wil erop wijzen dat, ook al hadden de pyjamadagen kunnen en móeten worden voorkomen, zij toch een symptoom zijn van een impliciete afwijzing van bijvoorbeeld de efficiencykorting van 0,8%. "Op het wassen van bejaarden valt niet zoveel te besparen", zo stelde oud-minister Borst onlangs terecht. Met andere woorden, arbeidsbesparende werkprocessen zijn in de caresector nauwelijks te realiseren. Arbeidsbesparing kan hooguit in beperkte mate komen van arbeidsbesparende technische ontwikkelingen. Los hiervan, in bepaalde sectoren zijn er wel terdege knelpunten, bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg, waar zowel op het gebied van de beroepsinhoud als op het gebied van de arbeidsvoorwaarden aantoonbare knelpunten zijn. Hier komt nog, evenals voor de sector verzorgings- en verpleeghuizen, de uitstraling van zwaar werk bij. Onze zorg blijft dan ook dat, wanneer er een omslag in de economische situatie in positieve zin plaatsvindt, de zorg- en welzijnssector het opnieuw aflegt tegen de harde sector. Er bereiken ons nog té veel negatieve signalen en er zullen dan ook terdege nog wel de nodige extra inspanningen moeten worden geleverd om ook bij een toenemende vraag te kunnen blijven beschikken over gekwalificeerde en gemotiveerde medewerkers.

Tegen deze achtergrond passen in ieder geval nog een aantal kritische kanttekeningen. Juist in de beroepen, waar als gevolg van de vergrijzing een grotere vraag zal ontstaan, was er geen sprake van groei, maar zelfs van afname, namelijk in 2002 min 4% bij de mbo-verpleegkundigen en min 2% bij de mbo-verzorgenden. De groei van 9% bij de hbo-verpleegkundigen, waardoor er een overschot kan ontstaan, is mooi meegenomen. Zeker bij de doorstroming naar nieuwe beroepen is deze groei hard nodig.

Een punt van bijzondere aandacht blijft eveneens het grote aantal ongediplomeerden in de zorg. Naar schatting 10% en hiernaast nog eens 6%, dat ooit wel een opleiding heeft

Van Leeuwen

gevolgd maar het diploma niet heeft behaald. Zonder nu uit te spreken, dat deze laatste groep ongekwalificeerd is, zal het niet behalen van de startkwalificatie in het beleid om extra maatregelen vragen. Dit geldt eens te meer voor de 10% zonder opleiding, die relatief vaker werken in de gehandicapten- en thuiszorg, in het bijzonder als helpenden en assistenten.

Er moet de sector dan ook alles aan gelegen zijn om in ieder geval ook deze groep voor de sector te behouden. Dit te meer omdat zich onder hen vele zij-instromers en herintreders kunnen bevinden, zoals nu wordt verondersteld, maar wat door nader onderzoek nog moet worden bevestigd om hier gericht beleid tegenover te kunnen zetten. Krijgt dit alles wel voldoende aandacht, ook van de bewindslieden?

In dat kader zijn ook de uitkomsten \pm bijna halverwege het jaar \pm van het met sociale partners en gemeenten gesloten Convenant gesubsidieerde arbeid zorgsector van belang, zeker gelet op de recente verontrustende berichten. Kan de minister al enig inzicht geven in het antwoord op de vraag of de aanvulling op de stimuleringsregeling van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wordt benut? Immers, het zorgveld wordt hiermede gefaciliteerd om gesubsidieerde banen om te zetten in reguliere banen, vooruitlopend op de stimuleringsregeling die vanaf 2004 zal gelden.

Dan nu de toekomstige behoefte aan huisartsen. Zeker nu ook in de toekomst de huisarts als poortwachter zal worden gehandhaafd, is het des te noodzakelijker dat het tekort aan huisartsen zo spoedig mogelijk wordt ingelopen. Anders kan er, naast de overbelasting van de overgebleven huisartsen, sprake zijn van het wegvallen van de huisartsenzorg, zowel in wijken van grote steden als in verschillende plattelandsgebieden. Bepaald geen wenkend perspectief! De komende jaren zal immers de uitstroom van huisartsen door diverse factoren nog toenemen en rond 2010 zelfs naar schatting uitkomen op een aantal van 375. Aanvankelijk zou als gevolg van de uitbreiding van de opleidingscapaciteit de instroom net genoeg moeten zijn om deze uitstroom op te vangen. De tussenbalans van het Capaciteitsorgaan heeft ons echter uit de droom geholpen: in 2002 is slechts iets meer dan de helft van de

artsen die aan de opleiding moeten beginnen, ingestroomd. Een prognose nu van een tekort in absolute zin van plusminus 2400 werkzame huisartsen in 2012 ofwel een tekort van 20% schreeuwt om bijstellende maatregelen. Of denkt de minister dit tekort uitsluitend met de instroom vanuit de nieuwe beroepen te kunnen aanvullen?

Een andere niet beantwoorde maar wel belangrijke vraag is of de behoefte aan huisartsenzorg niet verder zal toenemen. Hierbij spelen naast de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken de beleidsvoornemens van het kabinet, met name in het kader van de AWBZ, een rol. De CDA-fractie juicht het op zich toe dat het beleid erop in blijft steken dat zorgintensieve patiënten zoveel en zolang mogelijk thuis worden behandeld en verpleegd. Echter, een niet evenredige toename op basis van demografische ontwikkelingen van het aantal verzorgings- en verpleeghuisplaatsen zal ook leiden tot een onevenredige druk op de extramurale zorg. Alle nieuwe trends zoals meer woonzorgcentra, méér gebruikers van het persoonsvolgend en persoonsgebonden budget etc., leggen een extra druk op de gehele extramurale zorg en vooral op de poortwachter. Uiteraard zal de verkorting van de opleidingsduur de nodige impact hebben op de af- of toename van huisartsen. De verkorting van de opleidingsduur levert bij het gesignaleerde tekort aan huisartsen van 20% slechts een beperkte reductie op. De minister verwacht hiernaast veel van de taakherschikking. De inschakeling van nieuwe professionals moet de nodige verlichting kunnen brengen. In hoeverre is hier de wens de vader van de gedachte? Ik vind overigens wel dat een grotere druk hier best noodzakelijk is. De directeur van het Capaciteitsorgaan stelt echter terecht in Medisch Contact van 3 oktober 2003 dat deze optie nog goed moet worden uitgezocht. Hiervoor zijn in Nederland, zo stelt hij, nog geen empirische onderbouwingen gevonden. Het RVZ en de IGZ plaatsen eveneens kanttekeningen. Ook al is de CDA-fractie van mening dat andere zorgprofessionals binnen de grenzen van hun eigen deskundigheid zelfstandig bevoegd moeten zijn om voorbehouden handelingen te verrichten zonder dat de kwalitatieve aspecten van de taak-

herschikking zorgvuldig zijn geanalyseerd, toch past de nodige voorzichtigheid. Uiteraard hopen wij van harte dat het nu ingezette beleid succesvol zal worden. Niettemin mogen wij ons vandaag nog niet rijk rekenen! Kortom, onze ongerustheid is nog geenszins weggenomen. Integendeel. Wij dagen de minister dan ook uit, of om de CDA-fractie met argumenten ervan te overtuigen dat het huisartsentekort onder controle komt, of om aan te geven dat hij toch bereid is tot het nemen van bijstellende maatregelen.

Ten slotte, er is een groot aantal nieuwe buitenlandse beroepsbeoefenaren te verwachten na de toetreding van de tien nieuwe landen tot de EU. We moeten en kunnen dat niet uit de weg gaan, maar we moeten wel zorgen voor een gezamenlijk hoog niveau van kwaliteit en dat ook handhaven. Het is in dit kader opvallend dat Nederland de Europese Commissie wel eerder al heeft voorgesteld de Richtlijnen voor de beroeps-kwalificaties inhoudelijk zodanig aan te passen dat zij uitgaan van competenties en eindtermen, maar kan daarmee worden volstaan? Het is uiteraard van belang dat binnen de EU sprake is van een bepaald kwalitatief niveau van zorgverlening van de Europese patiënt. Kortom, kan meer inzicht worden gegeven wat het kabinet in dit kader, uitgaande van de patiënt, aan wijziging van competenties en eindtermen uiteindelijk noodzakelijk acht? Hiernaast rijst de vraag of het kabinet met betrekking tot deze bedrijfstak onverkort blijft vasthouden aan de principes van het vrije verkeer. Sterker nog, zal er actief worden geworven in de Europese Unie? En welke rol zou hierbij het agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, CIBG, afgedacht van de drie bestaande taken, nog kunnen spelen?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Mijn benadering van de problemen rond de tekorten en schaarste in de gezondheidszorg is een andere dan die van de vorige sprekers. Mijn fractie deelt de analyse van de problemen enigszins, maar zij wil als VVD met een geheel andere inbreng komen dan de vorige collega's. Ook al is dit een beleidsdebat en geen begrotingsdebat \pm

Dupuis

daarvoor is het al veel te laat in het parlementaire jaar ± toch wil mijn fractie kort een punt van algemeen beleid aan de orde stellen dat uit de begroting van VWS naar voren komt. Zoals bekend, gaat het in de begroting om een bedrag van ongeveer 11 mld euro. Hiervan wordt 7 mld à 8 mld euro uitgegeven aan medebekostiging van de sociale ziektekostenverzekeringen. Wie wil weten hoe dat geld wordt besteed, treft daarover drie pagina's aan. Daarin wordt duidelijk dat dit enorme bedrag wordt overgemaakt als rijksbijdrage naar de ziektekostenverzekeraars. De VVD-fractie heeft de behoefte om de besteding van dit bedrag aan de orde te stellen, samen met de vele andere problemen rond de financiering van de gezondheidszorg in brede zin.

De VVD-fractie vraagt zich, om te beginnen, af of deze enorme rijksbijdrage welbestede geld is en hoe dit geld wordt uitgegeven. Het kanaal is duidelijk; het geld wordt regelrecht doorbetaald aan de ziekenfondsen. Deze zijn uiteindelijk kennelijk verantwoordelijk voor de besteding van deze middelen. Maar hoe vergewist de regering zich ervan dat deze middelen echt nodig zijn en of er de juiste bestedingen mee gedaan worden? Ik heb ziektekostenverzekeraars tot mijn spijt vaak horen zeggen dat zij geen belang hebben bij toezicht op de uitgaven, omdat tekorten toch door premieverhoging worden aangevuld. Dat betekent dat er sprake is van een mechanisme dat elke poging om te streven naar zuinig en efficiënt gebruik van al dit geld tegengaat. Dit geldt overigens voor het gehele bedrag van 44 mld euro, dat omgaat in de gezondheidszorg. Er is aan de kant van de ziektekostenverzekeraars veel te weinig bereidheid om hieraan te werken. De VVD-fractie heeft hierover grote zorgen. Er is in het systeem van betalingen van gezondheidszorg bij geen enkele partij ± verzekeraars, aanbieders en consumenten ± sprake van een streven naar "gepast gebruik". Dit is een term van de commissie "Keuzen in de zorg", de commissie-Dunning, die in 1991 rapport heeft uitgebracht. Dit is een korte aanduiding van een gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door de burger, waar de doelmatigheid maximaal is, en zuinig en efficiënt wordt gehandeld. In dit verband vraagt de VVD-fractie zich allereerst af welke ruimte de

minister van VWS heeft om de vele, vele miljarden aan uitgaven mede te sturen en de best mogelijke voorwaarden te creëren voor gepast gebruik. Hoe maakt hij gebruik van deze ruimte, als die er al is? Wij weten dat de minister de kostenstijgingen in de gezondheidszorg ter harte gaan. Wij prijzen absoluut zijn pogingen om in tegenstelling tot al zijn voorgangers daar werkelijk iets aan te doen, maar is het genoeg?

Welke pogingen heeft de minister van VWS ondernomen om toe te zien op gepast gebruik door zorgaanbieders en zorgvragers anders dan het eigen risico? Welke middelen heeft hij ingezet om zorgaanbieders en zorgvragers, anders gezegd hulpverleners en patiënten te bewegen tot gepast gebruik, zodat de rijksbijdragen wellicht zouden kunnen verminderen, de premies beter betaalbaar blijven, evenals de arbeidskosten? Dit houdt verband met de bijdrage van de werkgever aan de ziektekostenverzekering, met de WIG.

Wat doet de minister om de in verplichte solidariteit opgebrachte middelen en de grote rijksbijdragen maximaal nuttig in te zetten? Betekent de rijksbijdrage eigenlijk een te gemakkelijke aanvaarding van het feit dat de premies te hoog zijn en de gezondheidszorg dus te duur is? Wordt zo de prikkel tot grotere doelmatigheid niet onderuit gehaald? Ik krijg graag een duidelijk antwoord op deze vragen.

In het vervolg van mijn bijdrage zal ik namens de VVD-fractie een aantal opties en alternatieven kort aan de orde stellen. Ik begin bij de patiënt. Ik heb dat genoemd: van de kant van de patiënt, de diagnose.

Laten wij eens even kijken naar de situatie van dit moment. Wij beginnen met de zorgvrager, de cliënt of patiënt. Een aantal zaken valt in het bijzonder op. Voor een aantal Nederlandse patiënten, die deze naam niet eens zouden moeten hebben, lijkt te gelden dat zij verslaafd zijn aan een soort ziekerol en aan een ongebreideld gebruik van gezondheidszorg. "Gezond, nooit ziek en toch massaal naar de huisarts" kopt de NRC op 3 juni jl. Ook zijn 800.000 Nederlanders geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt wegens ziekte. Een groot aantal van hen, geschat wordt 30% ofwel 275.000 mensen is dat vanwege een psychische oorzaak die meestal zelfs niet door een psychia-

ter of klinisch psycholoog is bevestigd. Bijzonder bont maakt de Nederlandse vereniging voor maag-, darm- en leverpatiënten het als zij in een advertentie meldt dat er 2 miljoen maag-darmpatiënten in dit land zijn. Dus moet iedereen, zo is de boodschap, geld geven om hieraan wat te doen. Het is te dwaas voor woorden. Kennelijk maakt elk zomers buikgriepje iemand tot een maag-darmpatiënt.

Ziek zijn geeft status. Erger nog: het geeft ziekte winst. Dit woord komt in geen andere taal voor, maar verwijst in ons land naar een groot aantal voordelen voor iemand die hoewel hij min of meer gezond, ziek is. Men krijgt loon doorbetaald, de controle is nog altijd matig, zeker bij de overheid en er zijn plezierige regelingen voor als je zelf vindt dat het echt niet verder gaat. Men heeft veel rechten en weinig plichten. Dat is het beeld van veel gezonde Nederlanders die zo graag patiënt willen zijn.

Dit is des te ernstiger, omdat zo het verschil tussen werkelijk zieken en gezonden vervaagt. Er zijn natuurlijk mensen, vrij veel mensen zelfs, die echt ernstig ziek worden en een reële behoefte hebben aan gezondheidszorg. Voor hen is het goed dat er een recht is op adequate medische zorg en voor hen is het systeem natuurlijk ook bedoeld. Voor veel anderen, gezonden, geldt dat er ten onrechte een vrijwel onbeperkte toegang tot de gezondheidszorg is, meer dan elders in de wereld en zonder enige directe betaling voor verkregen zorg.

Wel is er natuurlijk een forse ziektekostenpremie, maar de manier van heffen verduistert elke relatie tussen verkrijging en betaling van gezondheidszorg. Dit leidt tot overvraging van de gezondheidszorg. Dat is in allerlei empirisch onderzoek vastgesteld. Daarnaast speelt een ander mechanisme. Het geloof in de betekenis van de gezondheidszorg voor de eigen gezondheid is groot en zelfs irreëel. De Rotterdamse hoogleraar epidemiologie Paul van der Maas heeft ooit berekend dat het aandeel van de gezondheidszorg bij de bevordering van de volksgezondheid beperkt is. Hij schatte het op 15%! Onze gezondheid wordt met andere woorden voor 85% door andere factoren bepaald. Nogmaals, dit geldt met name voor de mensen die niet het slachtoffer worden van ernstige ziekte of handicaps of

Dupuis

mensen die deze al vanaf de geboorte hebben.

Ik kom bij de therapie. Waar zowel artsen als patiënten vaak geen idee hebben van de kosten van diagnostiek en therapie verdwijnt het besef dat gezondheidszorg kostbaar is. Alleen al een verplichting voor patiënten om eerst te betalen en dan te declareren leidt tot een aanzienlijk geringer gebruik van gezondheidszorg. In geen land ter wereld, zo lezen wij ook in de begroting op bladzijde 14, is er bovendien zo'n geringe relatie tussen een verkregen verrichting en een eigen betaling door de patiënt. Wordt het geen tijd om daar verandering in te brengen? Niet in de eerste plaats omdat de kosten de pan uit rijzen, maar ook om de reden dat gepast gebruik in ieders belang is, dus ook in dat van de patiënt. In België betaalt men voor de huisarts en is men uitermate tevreden over het functioneren van de gezondheidszorg. Wachtlijsten zijn er niet. Voor zover mij bekend, is de morbiditeit en de mortaliteit daardoor niet gewijzigd. De totale kosten van de gezondheidszorg zijn er, om weer andere redenen, nauwelijks minder, maar er wordt aanzienlijk minder uit collectieve middelen betaald zodat de omvang van het collectief gefinancierde deel afneemt.

Wij vragen ons af welke maatregelen volgens de minister wenselijk zijn om aan de kant van de patiënt gepast gebruik te stimuleren en de ruis, dat wil zeggen de overbodige en onnodige behandelingen, uit het systeem van gezondheidszorg te halen. De VVD-fractie wil benadrukken dat dit twee voordelen heeft: lagere kosten voor de gezondheidszorg en vooral een onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg, zonder wachtlijsten bijvoorbeeld, voor wie die zorg echt nodig heeft. Is het de minister overigens bekend dat uitkeringen in natura zonder meer leiden tot een overvraging van de gezondheidszorg? In ons land is alleen maar sprake van uitkeringen in natura.

Het is ook om een andere reden goed te verdedigen om meer in te zetten op eigen betalingen. Wij weten immers dat ziektegedrag voor een groot deel op keuzen berust. Dit is een pijnlijk punt. Dit gegeven is natuurlijk niet de opvatting van de gemiddelde Nederlander. Zo kan men in vele ingezonden stukken in de nationale pers sinds jaar en dag

briefven aantreffen van mensen die menen dat ziekte een lot is dat toeslaat buiten elke beïnvloeding door de zieke om. Dat is maar zeer ten dele het geval, zoals ook blijkt dat allerlei maatregelen het ziekteverzuim van de werknemer sterk kunnen beïnvloeden. Ziektegedrag berust voor een groot deel op keuzen.

Voorzitter: Schuurman

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik ontken niet dat een aantal genoemde argumenten hout snijden. Er wordt echter wel heel erg gegeneraliseerd. Ziektegedrag berust volgens mevrouw Dupuis voor een groot deel op keuzen. Kan zij dat nader onderbouwen? Zij legt ook relaties met eigen betalingen. Kan zij dat eveneens onderbouwen? Ook in Nederland zijn er voldoende verzekerden die een eigen bijdrage betalen, ook voor het huisartsenbezoek.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Die generalisatie wordt onmiddellijk weggenomen door mijn constatering dat er natuurlijk mensen zijn voor wie dit niet geldt. Ik kan echter geen uitspraak doen over de omvang van die groep. Er is absoluut bewijs voor de stelling dat ziektegedrag voor een groot deel een kwestie is van keuzen. Dat is al dertig jaar in de literatuur te vinden. Wie kanker krijgt, kan dat natuurlijk echt niet helpen. Uiteindelijk krijgt een grote groep mensen kanker. Het blijkt dat mensen in bepaalde beroepen geen ziekteverzuim hebben, terwijl er wel sprake moet zijn van ziekte. In een aantal gevallen is het een keuze om wel of niet met koorts naar je werk te gaan.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): U zegt dat ziektegedrag voor een groot deel op keuze berust. Dat betwist ik, zoals ik een aantal voorbeelden in hetzelfde kader betwist. U generaliseert heel sterk. Ik ontken niet dat het probleem voorkomt, maar u legt toch wel een heel zware schuld bij het merendeel van het deel van de Nederlandse bevolking dat ziek wordt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Het is de vraag of hier sprake is van schuld. Het kan ook een traditie in onze cultuur zijn dat het voor de hand ligt dat men zich meteen als ziek bestempelt als men niet lekker is. Uit

allerlei onderzoek blijkt dat 90% van de patiënten bij de huisarts komt voor iets anders dan een somatische klacht. Een uitzondering geldt misschien voor de praktijk van mevrouw Slagter op het platteland van Friesland. In de grote steden is het echter zo. Diagnostiek in de grote ziekenhuizen vindt voor 90% plaats, niet om een diagnose te bevestigen, maar om een diagnose uit te sluiten. Wij moeten ons toch afvragen wat er aan de hand is. Het keuzegedrag is gewoon een feit. Het is vervelend om te horen, maar wij moeten ons wel realiseren dat het de waarheid is.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mijn praktijk bevindt zich in Groningen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Excuus!

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U zou er duidelijk bij moeten zeggen dat het vaak niet een bewuste keuze is. Wat het beïnvloeden betreft is het belangrijker hoe de zorgverleners, de zorgaanbieders, hiermee omgaan dan de patiënten. Er is vaak sprake van een ongelijke relatie. Ik ben het met u eens dat er heel vaak een soort spel wordt gespeeld waarin iedereen een rol op zich neemt en dat het verder nu eenmaal gaat zoals het gaat. Veel onderzoek is inderdaad bedoeld om ongerustheid weg te nemen, maar dit neemt niet weg dat, als je kijkt naar het stijgen van kosten in de gezondheidszorg, het minstens zo belangrijk is om daar de zorgverlener op aan te spreken als de patiënt. Verder krijg ik ook wel de kriebels van uw generalisatie.

De heer **Van der Lans** (GroenLinks): Mij irriteert dit ook een beetje en daarom vind ik dat mevrouw Dupuis heel precies moet zijn. Zij generaliseert, want dat is een aanloopje tot de mededeling dat het daardoor allemaal heel anders zou moeten of dat er andere normen zouden moeten worden aangelegd in de gezondheidszorg. Als het nu eens zo is dat de verschijnselen die zij noemt niet generaal zijn, maar specifiek, dan zou specifiek beleid op zijn plaats zijn, maar dan hoeft niet de gehele gezondheidszorg te veranderen. In haar betoog komt mevrouw Dupuis uit op de mededeling dat alles op de schop moet en dat is nu juist wat zij met haar verhaal niet kan bewijzen.

Dupuis

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is zeer de vraag, maar ik kom hier nog op terug en in het vervolg kunnen wij daarover debatteren.

Ik blijf volhouden dat ziektegedrag voor een groot deel op keuze berust. Als mevrouw Slagter zegt dat het misschien niet altijd een bewuste keuze is, wil ik daarin meegaan, omdat het in onze cultuur een traditie is geworden. In Nederland is men er vrij sterk in om ongemakken waarmee men te kampen heeft, in ziektegedrag te vertalen.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik stel u een korte technische vraag. Ik ben wat terughoudend, maar ik heb er ooit in gestudeerd. U hebt het over keuzes. Iemand met 38 graden koorts die aan een bureau zit, kan heel reëel werk doen, maar voor iemand die in de haven werkt, ligt de keus heel anders. U suggereert dat het begrip keuze in gedrag altijd inhoudt dat men niet echt ziek is. Daarmee houdt u niet één lijn aan. U moet definiëren waar u de keuze neerlegt, want hiermee suggereert u iets te veel dat iedereen de mogelijkheid heeft om te kiezen. Dat gaat wat ver.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Het moet absoluut worden gespecificeerd per groep, maar dit is niet het forum om dat te doen. Er is onderzoek naar gedaan. Het zijn niet zomaar ideetjes. Het is allemaal in vrij nauwkeurig gedetailleerd onderzoek uitgezocht. Bij de mensen met zwaar werk is er sneller sprake van thuisblijven omdat men geen zwaar werk kan doen als men koorts heeft. Toch blijkt dat er ziekteverzuim plaatsvindt waar geen somatische reden voor is.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik probeer het nog een keer. Als het past binnen het kader van deze discussie, zou ik graag van u iets willen horen over de vraag hoe het dan komt dat deze keuze wordt gemaakt. Wat zit daar precies achter? U stelt immers dat mensen voor ziektegedrag kiezen, omdat het iets oplevert. U stelt dat dit met onze cultuur te maken heeft. Besteden wij dan in ons land veel extra geld aan ziekte? Zijn wij veel ongezonder dan de mensen in de landen om ons heen?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Nee, ik kon mevrouw Nap helaas niet interrumperen, omdat zij haar maidenspeech hield, maar de gedachte dat wij

steeds ongezonder worden, is onjuist. Daarom is het zo verbazingwekkend dat er zoveel appel op de gezondheidszorg wordt gedaan. De gemiddelde Nederlander is gewoon gezond. Toch hebben wij een traditie waarin het niet zo erg is om een keer te zeggen: ik heb geen zin in mijn werk en ik voel mij ziek. Er zijn bepaalde beroepen waarin dat heel erg zichtbaar is. Een van de meest schrijnende voorbeelden is het ministerie van OCW met een ziekteverzuim van 13%. U maakt mij niet wijs dat het daarbij om echte ziekte gaat of dat de betrokken medewerkers veel zieker zijn dan die van andere departementen. Dat is hoogst onwaarschijnlijk.

Ik houd dus vol dat ziektegedrag voor een groot deel op keuzen berust. Dat geldt zeker voor de westerse wereld met haar goede voeding en veilige, infectiearme omgeving. Terughoudendheid in het gebruik van gezondheidszorg ligt dus voor de hand. Dat leidt ook tot een situatie waarin er voldoende tijd en aandacht beschikbaar komt voor wie echt een medische ingreep of therapie nodig heeft. Dat moet u zien als een van de speerpunten van dit betoog. Nu lijkt het wel of via een oprekking van het begrip solidariteit elk ziektegedrag op solidariteit moet kunnen rekenen. Daardoor heeft dit nobele uitgangspunt voor de regeling van de gezondheidszorg inmiddels bijna al zijn acceptatie verloren.

De minister is te prijzen voor zijn vaak uitgesproken besef dat er iets moet gebeuren op het gebied van gepast gebruik. Toch beweert de Raad voor de Volksgezondheid inmiddels dat een eigen risico (achteraf te verrekenen) niet tot enige beperking van onnodige gezondheidszorg leidt. Daarmee is echter de noodzaak van eigen verantwoordelijkheid, ook in financieel opzicht, niet weerlegd. Die zou beter tot uiting komen in een financiële barrière vooraf. Wij zouden bijvoorbeeld kunnen denken aan een bijdrage van 10% voor iedere verrichting, tot een zekere hoogte en eventueel met een fiscale verrekening voor de financieel zwakken of van geboorte af ernstig zieken. Wellicht zou dat wel consequenties hebben voor ongepast gebruik. Zo weten wij \pm want dat hebben wij in de vorige zittingstermijn van de Kamer laten uitzoeken \pm dat in de grote steden door een merendeels

laagopgeleide allochtone bevolking overmatig gebruik wordt gemaakt van gezondheidszorg. Het gaat zelfs om driemaal zoveel bezoeken aan de huisarts als geldt voor de gemiddelde autochtoon. Er is in die kringen geen besef dat dit ook anders kan. Een financiële barrière zou nog wel eens minder verwerpelijk kunnen zijn dan op het eerste gezicht lijkt.

Overigens moet de patiënt natuurlijk wel voldoende geïnformeerd zijn om eigen verantwoordelijkheid te dragen voor de eigen gezondheid. Maar de keuze voor gezond leven en "gepast gebruik" is er wel degelijk voor alle Nederlanders, autochtoon of allochtoon, met uitzondering van de groepen waarvoor dat niet kan gelden. Alleen moeten wij constateren dat het huidige financieringssysteem van gezondheidszorgvoorzieningen geen enkele motivatie oplevert om bij een gezondheidsklacht eerst eens even na te denken wat men zelf kan doen, voordat men naar de dokter gaat. Als een bezoek aan een arts echt nodig is, dan moet men weten dat er kosten aan verbonden zijn.

Wij willen nog wel verder gaan. Het zou voor de hand liggen om bij een volksverzekering voor ziektekosten een beperkt en goedkoop verplicht pakket aan te bieden, zodat de burger vervolgens zelf van het geld dat vrijkomt \pm en dat zou veel kunnen zijn \pm eigen betalingen en aanvullende verzekeringen naar keus kan realiseren. Wat vindt de minister hiervan?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mag ik de collega iets vragen? Wil zij hierin verder gaan dan wat er in het Hoofdlijnenakkoord staat?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): In ieder geval valt er te overwegen wat er nou het beste werkt. Wij zijn nog lang niet zo ver dat wij praten over de vraag hoe het systeem moet gaan werken. Dit is een van de denkbare mogelijkheden: een klein pakket met veel vrije ruimte voor de burger om zelf te kiezen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Minister Hoogervorst heeft namens het kabinet een heel duidelijke nota aan de Tweede Kamer aangeboden. Die nota gaat over de hoofdlijnen van het nieuwe stelsel voor de curatieve zorg. Wil mevrouw Dupuis verder gaan dan dat?

Dupuis

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw Dupuis zou graag nog eens ten principale van gedachten willen wisselen over de opzet van het plan.

Voorzitter. Nog iets over de fraude. Volgens de VVD-fractie wordt het tijd dat fraude krachtig en effectief wordt aangepakt. Er wordt al jaren gepraat over een ziektekostenpas met foto en sofi-nummer, waarop bovendien alle gebruik vastgelegd kan worden. Hoe lang gaat het nog duren voordat deze er komt?

Nu ga ik in op wat er bij de hulpverlener, de arts, kan veranderen. Ook aan die zijde valt natuurlijk wel het een en ander te verbeteren, zoals mevrouw Slagter al opmerkte, als het gaat om gepast gebruik. Met uitzondering van de huisartsen is onder artsen, om te beginnen, het geloof in het nut van veel medisch handelen groter dan door de feiten wordt gerechtvaardigd. Zo is de "post aut propter"-verwarring vrij algemeen, ook bij artsen. Dit betekent dat genezing in tijd volgend op een therapie, causaal aan die therapie wordt toegeschreven, wat geen logisch dwingende conclusie is. Successen van de geneeskunde worden zwaar aangezet en soms ronduit overdreven, terwijl de negatieve kanten van medisch handelen grotendeels verzwegen worden. Ik geef enkele voorbeelden. De successen van de kanker-geneeskunde, de oncologie, liggen al jaren, nadat miljarden zijn besteed aan onderzoek, op een 50% vijfjaarsoverleving. Dit is al die tijd niet wezenlijk veranderd. De winst die geboekt is, komt op conto van vroegtijdige opsporing. Een ander voorbeeld. Van reanimatie werd ooit gezegd dat de slaagkans op 90% lag, maar inmiddels is al lang duidelijk dat het eerder in de orde van 10% ligt. Het gaat hierbij om het weer op gang brengen van een hart dat gestopt is en dus niet om de veel meer toegepaste defibrillatie, soms nodig om het hart weer in het goede ritme te brengen.

Voorts is een ander, pijnlijk punt, dat herhaaldelijk is aangetoond dat er soms een zeer grote interdokter-variantie is, zelfs in de orde van een tot acht. Dit is aangetoond voor cardiologen en KNO-artsen. Daarna is het onderzoek gestopt, misschien omdat de uitslagen buitengewoon onprettig waren. De VVD-fractie vraagt zich af in hoeverre invoering van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) dit probleem zal

beperken. Wat is de mening van de minister daarover? Er blijft immers de mogelijkheid bestaan dat de arts, in dit geval in principe altijd een specialist, ten onrechte een diagnose stelt en dus ook ten onrechte in de keten van DBC terecht komt.

In de begroting spreekt de minister uit dat men verwacht van partijen (verzekeraars en zorg-instellingen) dat zij veel meer werk maken van doelmatigheid, kwaliteit en innovatie (bladzijde 18). Maar naast een systeem van DBC's, dat trouwens ook nog wel eens tot toename van zorg zou kunnen leiden, zijn ook andere maatregelen noodzakelijk, zoals betere en verplichte nascholing, medical audits en echt kritische visitaties. Gaat de Minister dat stimuleren? Wat gaat hij doen als dat alles niets oplevert? Is de minister het eens met de VVD fractie dat het strakker, zuiniger kan? Het is trouwens ook nog beter voor de patiënt. De Engelse fameuze neurochirurg Brian Jennett formuleert dat pregnanter dan iemand anders ooit gedaan heeft. Volgens hem is wat economisch het meest verantwoord is, vaak ook ethisch het meest verantwoord. Dat wil zeggen: het beste met oog op de genezing en het welzijn van de patiënt.

Een laatste punt is het volgende. Bij elk onderzoek blijkt steeds opnieuw dat in de intramurale, maar ook de poliklinische zorg heel veel werk dubbel wordt gedaan, veel onnodige diagnostiek wordt gepleegd en dat veel andere dingen zuiniger kunnen. De laatste berichten (zie de kranten van 7 en 8 juni jl.) zijn dat er 3,5 mld euro kan worden bespaard in de instellingen. Hoe gaat de minister dit aanpakken?

Ten slotte, als laatste punt, de AWBZ. Het is inmiddels iedereen duidelijk dat hier de kosten volledig uit de hand lopen. Waarom is Nederland vrijwel het enige land dat de woonfunctie onder de ziektekostenverzekering laat vallen? Kan de minister nog eens precies uitleggen wat er gaat gebeuren op het punt van de scheiding van de woon- en zorg functie? Dit is een oud en geliefd thema van de VVD dat onze inziens meer dan ooit urgente aandacht verdient. Hoe kan het zijn dat hoogbejaarden die met een fatsoenlijk pensioen in een zorg-instelling zitten, op eigen kosten niet een duurdere kamer kunnen krijgen, terwijl zij wel, vanwege de hoogte van hun pensioen, meer dan anderen

betalen? Waarom zijn de zaken zo geregeld dat na een leven van hard werken mensen niet mogen profiteren van de opbrengst van hun arbeid? Een scheiding van de woon- en zorgfunctie is dringend nodig: wanneer komt die?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Zou dit ook niet kunnen komen doordat er gewoonweg een gebrek is aan woonruimte voor mensen in die categorie?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat zou kunnen, maar dit zou op te heffen zijn als mensen eigen keuzen mochten maken en in een betere bewoning, flat of appartement zouden kunnen worden ondergebracht. Het is ook een kwestie van de markt zó strak houden dat er eigenlijk geen behoefte is bij anderen om meer te bouwen. Als je gewoon de zaken tegen kostprijs kunt verhuren, ook in een zorgcontext, heb je veel meer kans dat er bij wordt gebouwd. Nu is de kans juist groot, omdat alles zo vastzit, dat mensen het af laten weten in het méér bouwen van zorginstellingen.

Voorzitter. Nog een andere vraag is deze. Hoe kunnen er in Nederland een miljoen rollators zijn ± te duur betaald door de AWBZ ± terwijl er misschien 200.000 bejaarden gebruik van maken? Kan de minister dit uitleggen? Waarom moet eigenlijk iedere bejaarde een nieuwe rollator hebben? Dat zou hij of zij, als betrokkene het zelf zou moeten betalen, toch ook niet willen?

De VVD-fractie wil graag de minister ondersteunen in zijn poging om op rationele en toch moreel aanvaardbare wijze te komen tot een aanzienlijk gepaster gebruik van gezondheidszorg, maar er moet nog wel heel veel gebeuren.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Het wordt een afwisselende middag. Ik heb al een beleidsdebat meegemaakt dat wel wat saaier was, zodat ik blij ben dat ik hier ook aan mee mag doen!

Vandaag debatteren wij met de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de inrichting van de zorg in de komende jaren. Zorg legt een groot beslag op 's lands financiën. In 2004 wordt er 41,2 mld aan besteed en de verwachting is dat dit bedrag in 2007

Slagter-Roukema

47,3 mld zal bedragen. In 2001 en 2002 zijn de zorguitgaven met 15% gestegen; het aandeel van ons bruto nationaal product dat naar zorg-uitgaven gaat, is van 2000 tot 2003 gestegen van 8,5% naar 9,75%. Toch wijzen alle onderzoeken die hiernaar zijn verricht, erop dat wij relatief zuinig zijn met onze consumptie van zorg, terwijl het peil van de zorg hoog is en onze medelanders tot de gezondste in de wereld behoren en óók tot de langste, zo las ik laatst.

Ook heeft onderzoek uitgewezen ± zie onder andere een publicatie in Medisch Contact, nr. 52, 2003 ± dat hoe dan ook de zorgkosten per hoofd van de bevolking zullen toenemen. De verwachte groei van 2002 tot 2010 zal echter sterker zijn door het toenemend zorggebruik, namelijk 2% per jaar, dan door de vergrijzing, waardoor de groei plusminus 1% per jaar zal bedragen. De kostenstijging ten gevolge van de vergrijzing ± dat wil zeggen dat er meer oude mensen komen die ook nog ouder worden ± is relatief autonoom en dus moeilijk te beïnvloeden, in tegenstelling tot de kosten door toenemend zorggebruik als gevolg van epidemiologische veranderingen, het vraaggedrag van zorggebruikers, nieuwe medische technologieën, veranderingen in het zorgaanbod en het overheidsbeleid.

Vandaag staat de vraag centraal welke visie de bewindslieden hebben en welke maatregelen zij denken te treffen ten aanzien van de capaciteit en inrichting van de zorg en de manpowerplanning voor de komende tijd. Mijn fractie vindt zorg een uiterst belangrijk onderwerp. Zorg voor zieke mensen is een kwestie van solidariteit en beschaving. Ieder van ons wil graag een lang gezond en gelukkig leven en over de randvoorwaarden daarvoor denken wij graag mee.

Voorzitter. Als vijfjarige begonnen als het hulpje van mijn vader, die ook huisarts was, werk ik eigenlijk al mijn hele leven in de zorg, waarvan de laatste 27 jaar eerst als verpleeghuisarts en vanaf 1981 als verloskundig actief huisarts. In deze tijd heb ik heel wat ontwikkelingen meegemaakt en er in andere functies ook bestuurlijk en beleidsmatig een bijdrage aan geleverd. Ik noem er enkele gezien vanuit mijn perspectief als huisarts.

- De ontwikkeling van solistisch werken naar het werken in groepsverband met meer verschillende

hulpverleners en ondersteuners. De toename van de werkdruk. Het werken op de dokterspost, met enerzijds de opluchting van meer vrije tijd, maar anderzijds de zorg om de letterlijke en figuurlijke bereikbaarheid.

- Het transmurale werken, verschuiven van taken over ziekenhuismuren heen, werken met standaarden en het steeds opnieuw definiëren van core business en territorium.

- Het veranderen van ziekenhuizen naar steeds gespecialiseerder instellingen met vaak een grote afstand tot (een deel) van de bevolking en met een veranderde, ouder wordende opgenomen populatie. De verkorting van de ligduur en de verschuiving naar dagbehandeling.

- De noodzaak tot steeds meer bijscholen om de ontwikkelingen bij te houden: van evidence based medicine en patient centered managed care.

- Van wisselende regeringen met wisselende visies of gebrek daaraan, van wel/geen eigen bijdrage, van medicijnknaak tot specialistengeeltje. De demotiverende hoeveelheid tijd die in administratie, onderhandelingen, formulieren invullen, bureaucratie gestopt moet worden. De rompslomp van de RIO's.

- Het wegvallen van de regionale zorgverzekeraar met wie op kleine schaal en met korte lijnen afspraken waren te maken. De landelijk werkende molochs van zorgverzekeraars die hiervoor in de plaats kwamen, die schadelastbeheersing en zorginkoop door elkaar halen en met wie het gezien de ongelijkheid in positie voor huisartsen moeizaam onderhandelen is. En overigens ook de komst van de mededingingsautoriteit, die zeker in het begin de begrippen kwaliteit en marktwerking niet van elkaar kon onderscheiden.

- De verandering van ziektebeelden en zieke mensen, met meer diabetes, meer adipositas, meer stress, meer chronische en complexe zorg.

- De ouder wordende zwangere, die zo veel meer voorlichting behoeft en soms zo weinig onbezorgd haar kind kan dragen en baren, omdat het zwanger worden veel te lang is uitgesteld.

- De wens om thuis te sterven met de daarmee gepaard gaande toename van technische zorg en ethische vraagstukken. Denk hierbij aan de onlangs gevoerde discussie over euthanasie en palliatieve

sedatie en ook de vraagstukken rond het einde van het leven.

- De dreiging van claims en toch de noodzaak transparant te werken en bereid te zijn tot verantwoording afleggen.

- De komst van de computer op mijn bureau, een tijd, geld en energieverslindend monster, maar toch zo belangrijk als bewaarder en generator van gegevens. Helaas nog veel te weinig op grote schaal, dat wil zeggen het hele zorgcontinuüm betreffend, geïmplementeerd.

Veel van de veranderingen heb ik van nabij meegemaakt. Ik heb ervan geleerd en zo ervaren dat het vak nog boeiender en intensiever is geworden. De ervaring van de kwetsbaarheid van het menselijk bestaan, ik maak het elke dag van dichtbij mee. Veel is ook hetzelfde gebleven: mensen willen goede zorg, lang en gelukkig leven, en hebben daarbij behoefte aan capabele, professionele en ook empathische hulpverleners, die zich zelf zijn, respect tonen en ook fouten durven toe te geven.

Welke factoren zijn van belang om te kunnen anticiperen op de veranderingen in zorgaanbod en zorgvraag en op welke onderdelen is te sturen? Achtereenvolgens zal ik het hebben over de ontwikkeling in de vraag naar zorg en de vraag of de capaciteit van het zorgaanbod hierop berekend is, de toekomstige inrichting van de zorg en de invloed die zorgaanbieder en zorggebruiker kunnen hebben op het volume en de kostenontwikkeling in de zorg. Waar nodig zal ik benoemen wat volgens de Socialistische Partij de rol van de overheid zou moeten zijn.

Zoals al eerder genoemd zal het volume van de uitgaven aan zorg de komende tijd jaarlijks met 3% toenemen. Veel oude meervoudig zieke mensen zullen een beroep doen op de zorg, maar ook zullen hoogwaardige technologieën en nieuwe dure geneesmiddelen ter beschikking komen, geneesmiddelen die overigens ook in een aantal gevallen de ernst en de complicaties van bepaalde ziekten kunnen verminderen.

De minister heeft in de nota "Langer gezond leven, ook een kwestie van gezond gedrag" zes ziekteclusters benoemd waarbinnen de komende jaren een belangrijke stijging in incidentie en prevalentie zal optreden. Het betreft hart- en vaatziekten, kanker, diabetes mellitus,

Slagter-Roukema

astma en COPD, psychische aandoeningen en klachten van het bewegingsapparaat. Volgens de minister heeft de bestrijding hiervan prioriteit, omdat de maatschappelijke impact van deze ziekten hoog is en er goede mogelijkheden zijn om de ziekten en/of de ziektelast te bestrijden. Hij benoemt de preventie en de behandeling van deze ziekten dan ook tot speerpunten van zijn beleid. Voorkomen is beter dan genezen.

Hoewel in het veld lang naar deze nota is uitgekeken en deze zeker goede elementen bevat, hebben vele betrokken deskundigen toch een gevoel van teleurstelling niet kunnen onderdrukken. In de nota zet het kabinet zijn kaarten vooral op gezond gedrag en de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Een politiek opportune stellingname, die niet zal leiden tot verbeteringen die nodig zijn. Volgens Mackenbach, Klazinga en Van der Wal in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 10 april 2004, is gedrag niet de oorzaak van gezondheidsproblemen; bewuste gedragskeuzen van individuele burgers vormen maar een klein onderdeel van de oorzaak-gevolgketen die tot ongezondheid leidt. Alles wijst erop dat ongezond gedrag op het gebied van roken, eten, seksualiteit, lichaamsbeweging, verkeersdeelname en dergelijke in belangrijke mate bepaald wordt door omgevingsfactoren, hetzij in fysieke, hetzij in sociaal-culturele zin. Mensen met een lagere opleiding of lager inkomen roken meer, bewegen minder en eten ongezonder. Het is daarom wetenschappelijk gezien onzin deze gezondheidsverschillen toe te schrijven aan vrije gedragskeuzen en verantwoordelijkheid. Want hoe kunnen die hoogst individuele voorkeuren zo systematisch verkeerd uitpakken? Graag een reactie van de minister op deze stelling en een reactie op de constatering van de Algemene Rekenkamer dat voorgenomen beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen nauwelijks wordt uitgevoerd. Het zou veel meer helpen om wat te doen aan de sociaal-economische omstandigheden. Dat zou het beroep op de gezondheidszorg veel meer doen verminderen.

De minister kiest voor zichzelf een terughoudende rol op het terrein van preventie en stelt slechts beperkt middelen voor preventie beschikbaar.

Het bedrag dat naar preventiebeleid gaat, is slechts een peanut vergeleken met het bedrag dat omgaat in de curatieve gezondheidszorg, terwijl op dit gebied de grootste gezondheidswinst is te behalen. Grote epidemieën zijn in voorafgaande eeuwen bedwongen dankzij een krachtdadig optredende overheid. Denk maar aan de aanleg van riolering en drinkwaterleiding.

Waarom de nog steeds in ernst toenemende epidemie van vetzucht niet bestreden met een verbod op op kinderen gerichte reclame voor snacks en snoep en het tot uitdrukking laten komen van de maatschappelijke kosten van latere gezondheidsproblemen in de prijzen van ongezonde voedingsmiddelen? Waarom zorgt hij niet dat juist kinderen in achterstandssituaties ruime mogelijkheden tot sporten krijgen, zowel ruimtelijk als financieel? Daarmee sluit ik mij aan bij de woorden die mevrouw Nap hierover heeft gesproken. Wil de minister uitleggen waarom hij zich in dezen zo weinig dapper betoont?

De toekomstige zorgvrager is voor een aanzienlijk deel een oudere, chronisch zieke die complexe zorg behoeft en die vaak op of onder het bestaansminimum leeft. Onderzoek door het NIVEL in 2003 wees uit dat eenderde van alle chronisch zieken een beschikbaar inkomen heeft van minder dan € 1000 per maand. Slechts 11% maakt gebruik van fiscale compensatiemogelijkheden. Heeft de minister inmiddels actie ondernomen om chronisch zieken beter voor te lichten over de compensatiemogelijkheden? De maatregelen die deze minister en staatssecretaris deels al genomen hebben, hebben deze groep nog extra getroffen. Naast dit directe inkomenseffect is het ook curieus te zien hoe de in opzet voor de collectiviteit besparende maatregelen in hun uitwerking minder kostenbesparend of zelfs kostenverhogend en ook ongezondheidbevorderend kunnen werken. Ik doel hierbij op de zelfzorgmiddelenmaatregel en de eigen bijdrage voor de thuiszorg en de no-claimplannen. In mijn eigen praktijk zie ik de bejaarden die of geen laxantia meer gebruiken en dus geobstipeerd raken of wel de duurdere, sterk werkende en wel vergoede middelen gebruiken, die diarree induceren. Die niet meer de goedkope, niet meer vergoede paracetamol gebruiken en wel de

uiterst dure met veel bijwerkingen gepaard gaande cox 2-middelen.

Veel tijd besteed ik aan uitleg over deze maatregel en aan het geven dat voor sommige mensen opname in een verzorgingstehuis goedkoper is ± dat valt namelijk nog onder AWBZ-zorg ± dan thuisblijven met thuiszorghulp en eigen bijdrage. De beleidsmakers en de mensen werkzaam in de praktijk lijken nog steeds in verschillende niet communicerende werelden te leven. Het heeft er alle schijn van dat deze minister zich meer laat leiden door economen en boekhouders dan door de experts uit de praktijk, die dit debacle van te voren hebben voorspeld. Daarmee doet hij een deel van de zorgvragers te kort. Ik kom ze dagelijks tegen en ik kan het niet uitleggen. Graag een reactie van de bewindslieden hierop. We zouden toch moeten leren van de fouten uit het verleden. Regeren is vooruitzien.

In het onlangs verschenen rapport "Gepaste zorg" van de Raad voor de volksgezondheid en zorg wordt gesteld dat eigen bijdragen weinig effectief zijn bij het tegengaan van overconsumptie van zorg. Patiënten hebben maar een beperkte invloed op de zorgconsumptie. Eenmaal in contact met de arts is de zorg-aanbieder veel eerder de bepalende factor voor de zorgconsumptie en dus ook voor de kosten. Uitstelgedrag kan bovendien kostenverhogend werken.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Het besluit om naar de huisarts te gaan, wordt toch niet door de arts beïnvloed? De huisarts is het beginpunt van het circuit waarin de patiënt terecht komt. Bovendien heeft de Nederlandse huisarts geleerd, zoals mij bekend is, om een patiënt uit dat circuit te houden, als daar goede redenen voor zijn. Kan mevrouw Slagter het argument van de Raad voor de Volksgezondheid zomaar accepteren? Er pleiten ook een aantal zaken tegen. Om te beginnen kan de patiënt besluiten om zich niet in het medische circuit te begeven. Verder kan een verstandige huisarts hem zeggen dat hij beter met een aspirine een dag in bed kan gaan liggen dan naar een specialist gaan.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben het met mevrouw Dupuis eens dat in het voortraject nog veel te winnen is in het kader van educatie

Slagter-Roukema

en voorlichting. Juist het bezoek aan de huisarts kan ervoor zorgen dat de drempel blijft bestaan. Het zou heel jammer zijn als er voor de huisarts al een financiële drempel wordt opgeworpen, waardoor uitstelgedrag kan volgen. Ik kom daar dadelijk nog op terug.

Voorzitter. In het licht van deze conclusies is het uitermate bizar dat de minister nog steeds vasthoudt aan het invoeren van een no-claimkorting. Naast het bezwaar dat zieke mensen hierbij meebetalen aan de beloning van gezonde mensen en dat dit \pm ik herhaal het \pm extra registratie en administratie met zich meebrengt, toont nu ook een naar ik aanneem ook voor de minister onverdacht orgaan het vruchteloze van een dergelijke ingreep aan. Wij beschouwen het hele no-claimplan als een doodlopende weg. Die mening wordt met ons door veel deskundigen uit de praktijk gedeeld. Er zijn zoveel creatievere manieren om de zorggebruiker kostenbewust te maken. Het is overigens veel belangrijker om de zorgverlener kostenbewuster en medeverantwoordelijk te maken. Mensen dreigen nu verantwoordelijk gemaakt en gestraft te worden voor iets waarop ze geen of weinig invloed kunnen uitoefenen.

Speelt de conclusie van de RVZ nog een rol in het besluitvormingsproces van de minister? Is hij van plan om met het Nederlands Patiënten Consumenten Platform in overleg te treden om de creatievere manieren te exploreren, waaronder betere educatie en voorlichting?

Voorzitter. Voor goede zorg is voldoende goed opgeleid en gemotiveerd personeel nodig. Ondanks alle inspanning blijft in alle sectoren personeelstekort dreigen. Oorzaken hiervoor zijn naast het tekort aan capaciteit, de werkdruk, het steeds moeten opvoeren van de productiviteit, het imago dat er niet toe bijdraagt jongeren te motiveren om in de zorg te gaan werken en de beloning, die ook nog eens zal achterblijven doordat het kabinet bezuinigt op de arbeidsvoorwaarden van de werknemers in de sectoren zorg en welzijn. Volgens Nyfer zullen deze maatregelen het personeelstekort verscherpen en hebben de maatregelen een negatief effect op de motivatie en het imago van de werkers in de zorg.

Volgens de minister is beleid gericht op imagoverbetering de

verantwoordelijkheid van de sociale partners. Wij vinden dat de minister zich hier wat gemakkelijk van afmaakt en vragen om een meer proactief en enthousiasmerend beleid.

Er is de laatste jaren meer zicht gekomen op de benodigde capaciteit aan medische specialisten. Het capaciteitsorgaan heeft goed werk verzet en ook de invulling van de behoefte door een verbetering van het opleidingscontinuüm en de taakherschikking en taakdifferentiatie met inschakeling van nieuwe deskundigen, zoals de nurse practitioner en de physician assistant zijn door verschillende rapporten, commissies en instanties duidelijk in kaart gebracht. De in februari als uitvoeisels van de aanbevelingen van de commissie-Le Grand geïnstalleerde stuurgroep voor de Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) heeft als taak de veldpartijen te stimuleren om de zorgopleidingen en beroepsstructuur te moderniseren. Ook ik complimenteer de minister met de snelle installatie van de stuurgroep.

Wanneer kunnen wij een eerste rapportage van de stuurgroep verwachten? Kan de minister nogmaals toelichten waarom hij stelt dat de implementatie budgetneutraal kan zijn, hoewel de commissie aangaf dat tot 2007 minstens 100 mln euro extra nodig zal zijn? Ik sluit me aan bij de zorg die op dit punt ook is geuit door collega Van Leeuwen.

Er zijn ook bij de verpleegkundeopleidingen de laatste jaren veel vernieuwingen, veranderingen en aanvullingen op gang gebracht. De commissie-Le Grand beval aan om analoog aan het medische opleidingscontinuüm ook een verpleegkundig continuüm te beschrijven. Is hiermee al een begin gemaakt? Zo ja, worden hierbij ook de opleidingen voor verzorgenden betrokken? Op welke manier wordt in deze sector aan behoefteplanning gedaan?

Veeleer moeten maatregelen om zorggebruik terug te dringen, worden gezocht in beïnvloeding en prikkels van zorgaanbieders. Het behoud van de poortwachtersfunctie van de huisarts is daarvoor naar de mening van mijn fractie een eerste vereiste. Investeren in de eerste lijn verdienen zich meer dan terug in het verdere verloop van de keten. Ik hoef

daarvoor niet alle argumenten te noemen; die zijn al vaak genoemd.

Nog onlangs rapporteerde het NIVEL in de tweede Nationale studie dat 96% van de hulpvragen zonder verwijzing wordt opgelost voor 3% van het gezondheidszorgbudget. Huisartsen zijn bij uitstek geschikt om adequate informatie te geven en zo samen met de patiënt te besluiten welk gebruik van zorg gepast is voor zijn hulpvraag. Zij hebben hierin een sleutelrol. Hiervoor is wel een vitale eerste lijn nodig met voldoende ondersteuning en faciliteiten en daar ontbreekt het helaas nog steeds aan. Huisartsen dienen zich dan wel aan hun eigen standaarden te houden. Het niet werken volgens de richtlijnen kan zowel over- als onderconsumptie van zorg met zich meebrengen. Ook zorgaanbieders verder op in de keten dienen gestimuleerd te worden om volgens richtlijnen te werken. Best practices dienen het uitgangspunt te vormen. Ik ben het volledig eens met collega Dupuis dat een verschil tussen dokters kan worden geconstateerd. Als je wat langer als verwijzend huisarts functioneert, kun je daar de specialisten nu nog op uitzoeken. Ik hoop ook dat dit nog een poosje zo blijft. Wij denken dat niet door marktwerking, maar wel door meer samenwerking, door intercollegiale toetsing, door benchmarking en protocollen de zorg doelmatiger kan worden en onnodige kostenstijgingen kunnen worden voorkomen en teruggedrongen. Met behulp van logistieke principes uit het bedrijfsleven zijn mogelijk ook winsten te behalen: voor de patiënt, voor de werkers zelf en voor het systeem. Onderzoek door TPG topman Bakker spreekt zelfs van 3 mld euro winst per jaar. Ik heb wel mijn bedenkingen tegen de manier waarop de heer Bakker dit allemaal gedebiteerd heeft. Aan de ene kant denk ik dat hij zorg toch te gemakkelijk als een product beschouwt, aan de andere kant is het voor veel werkers verfrissend om er zo eens naar te kijken. Ook mijn ervaring is dat er op logistiek gebied nog een wereld is te winnen, door stroomlijning, door best practices, door het tegengaan van dubbele diagnostiek etc.

Jaarlijks zorgen miljoenen Nederlanders voor hun verwanten en bekenden die ziek, gehandicapt of stervende zijn. Mantelzorgen blijkt een zware emotionele en belastende

Slagter-Roukema

taak te zijn. Ik zie dat als dokter en ik ervaar dat op dit moment ook als dochter, omdat mijn dementerende moeder steeds meer behoefte heeft aan zorg. Veel mantelzorgers geven dan ook aan bij tijd en wijle behoefte te hebben aan financiële, praktische of emotionele ondersteuning.

Deze minister en staatssecretaris voeren eigen verantwoordelijkheid en marktwerking hoog in hun vaandel. Ook willen zij het recht op zorg uit de AWBZ halen en de verantwoordelijkheid hiervoor naar gemeenten decentraliseren, zonder dat daarvoor voldoende budget wordt bestemd. Een andere minister van hetzelfde kabinet wenst dat burgers langer betaald werk verrichten en weer een ander denkt dat bijstandsgerechtigden best wel huishoudelijk werk kunnen verrichten en de minister-president wil de discussie over normen en waarden op de agenda hebben. Dat zal allemaal wel waar zijn en daar zitten ook veel belangrijke dingen bij, maar zieken, gehandicapten en stervenden hebben in een beschaafd land recht op hulp. Mantelzorgers verdienen onze ondersteuning bij hun zware taak, die overigens in een ander opzicht ook weer kosten bespaart. Ik wil mij dan ook aansluiten bij de opmerking van mevrouw Van Leeuwen over het PGB als gebruikelijke zorg. Je kunt het wel veranderen, maar dat lijkt toch een penny wise pound foolish oplossing. Te vaak wordt gedacht dat mantelzorgers altijd klaar blijven staan, wat er ook gebeurt, maar er kan ook iets knappen en dan zijn we dus geweldige werkrachten op het terrein van de zorg kwijt. Een regering die dat veroorzaakt, zou alleen daarom al moeten vertrekken. Ik roep de beide bewindslieden op zich bij dit thema te laten leiden door solidariteit en niet door individualisme. Ik hoop dat de bewindslieden zich zullen laten leiden door het verantwoordelijkheidsgevoel. De groep die wij steeds meer nodig zullen hebben, wordt steeds kleiner en als wij niet oppassen raakt zij overbelast. Ik zie uit naar de reactie van de bewindslieden.

□

De heer **Kohnstamm** (D66): Voorzitter. Hoewel ik het op belangrijke onderdelen zeer oneens ben met het betoog van mevrouw Dupuis, voelde ik mij op één punt

wel aangesproken. Gisteravond, toen ik mijn tekst voor vandaag klaar leek te hebben en mijn computer crashte, heb ik even overwogen om mij vandaag hier ziek te melden. Of dat sociaal-economische of andere achtergronden heeft dat ik hier toch sta, weet ik niet. Mijn tekst zal wat korter zijn dan ik had uitgeschreven en iets meer uit de losse pols dan ik gisteren dacht.

Wij hebben in de commissie een aantal keren gesproken over het onderwerp dat wij vandaag centraal zouden stellen. Volgens mij hebben wij afgesproken dat het onderwerp vraag en aanbod in de zorgsector zou zijn. Uit de cijfers van het aantal mensen dat nodig is om de zorg te verrichten en de overige ontwikkelingen in de zorg blijkt dat er vroeger of later een gigantisch probleem ontstaat, tenzij wij er iets aan doen. Mij leidt dat twee hoofdvragen aan de bewindslieden.

1. Wat zijn de verwachtingen, ook voor de menskracht als gevolg van het ingezette beleid? In de stukken heb ik daarover heel weinig kunnen vinden.

2. Ik mis een massieve inzet voor openbare in preventieve gezondheidszorg.

De koers die de bewindslieden inzetten, is niet slecht, zo maak ik op uit de begrotingsstukken. De vraag is of deze overtuigend is in het licht van het onderwerp dat wij vandaag bespreken. Ik noem even enkele punten uit de stukken. 1. Het arbeidsmarktbeleid is primair een zaak van de sociale partners, zo lees ik. 2. De rol van het ministerie bij het streven naar verhoging van arbeidsproductiviteit, gericht op arbeidsbesparende werkprocessen en arbeidsbesparende technieken is hoofdzakelijk agenderend en ondersteunden. Daarvan denk je ook niet meteen: daar wordt een hoop aan gedaan! 3. Het verruimen van en investeren in kwaliteit van opleidingen. De heer Hamel heeft er uitvoerig bij stilgestaan welke relevante factoren daarbij een rol spelen. De inzet daarbij zou een tandje hoger kunnen zijn. 4. De activiteiten die eigenlijk allemaal gericht zijn op de korte termijn, zoals terugdringing ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, functie-differentiatie, taak herschikking. Deze zaken waren overigens al eerder op de rol gezet. Zij worden nu voortgezet en wel zodanig dat mensen

langer en gezond in de sector kunnen blijven werken.

Misschien geef ik het beleid onvoldoende weer als ik aan de hand van de genoemde punten een samenvatting geef van hetgeen ik in de stukken heb aangetroffen. Volgens vriend en vijand zal in de komende twee decennia tot 2025 de beroepsbevolking die nodig is voor de zorg van 13% naar 22% moeten groeien. In aantallen is dat 1 miljoen mensen nu, 1,4 miljoen in 2010 en 1,8 miljoen in 2025. De meeste aanwezigen weten dat de voorspellingen van de Club van Rome niet allemaal zijn uitgekomen, maar het is wel een schrikbeeld. Het geldt niet alleen voor de kosten van de zorg, maar ook de effecten op de arbeidsmarkt zouden dramatisch kunnen zijn. De bewindslieden bevestigen dat in de stukken.

Mijn belangrijkste vraag is welke resultaten de bewindslieden verwachten van het ontwikkelde beleid. Wat is het te verwachten resultaat als je de cijfers de revue laat passeren en het beleid daarop aanpast?

Mevrouw Slagter heeft het Nyfer-rapport al genoemd. Het Nyfer heeft het beleid afgezet tegen de eigen verwachting en komt daarbij tot de volgende zinnen: "De balans is niet positief. De bezuinigingsmaatregelen in de zorg verscherpen het dreigende personeelstekort. Bovendien hebben zij een negatief effect op de motivatie van de mensen die in de zorg werken. Dit is geen bijdrage aan een houdbare en beter presterende zorg." Graag hoor ik een zo concreet mogelijke voorspelling van het effect van het beleid op de vraag of er straks voldoende gekwalificeerde mensen zullen zijn om zieken, zorgbehoevenden en anderen in die sector ter zijde te staan.

Als je kijkt naar de inzet van het beleid en alles wat daarover geschreven en gezegd is, valt op dat groei van de zorg vaak gerelateerd wordt aan demografische ontwikkelingen, dus aan groei van de bevolking en niet sec aan de toename van gezondheidsproblemen als zodanig. Als het over de toename van de gezondheidsproblemen gaat, wordt meestal nogal uni sono gekeken naar dubbele vergrijzing en alles wat daarmee samenhangt; daarmee is de cirkel rond. Er is echter ook een toename van gezondheidsproblemen in andere en

Kohnstamm

jongere leeftijdsgroepen. Ik zal een paar vrij willekeurig gekozen voorbeelden de revue laten passeren.

Ik heb mij laten vertellen dat KNO-artsen met angst en beven de eerste golf jongeren met gehoorproblemen op zich af zien komen. Die problemen zijn en ± zolang preventieve maatregelen uitblijven ± worden veroorzaakt door het geluidsniveau van walkmans en disco's. Die oorzaken zijn ± misschien niet liberaal, maar wel effectief ± redelijk gemakkelijk te bestrijden door een verplichte begrenzing van het geluid tot een niet-schadelijk niveau, met uiteindelijk alle gevolgen van dien, ook voor het vraagstuk waarover wij het vandaag zouden hebben.

Een tweede voorbeeld: een aantal ontwikkelingen in de sfeer van seksuele en reproductieve gezondheidszorg zijn zorgwekkend en vergen nader onderzoek. De abortuscijfers dalen volgens de laatste publicaties weliswaar iets, maar zijn nog altijd bijna anderhalf keer zo hoog als tien jaar geleden. Er is een neerwaartse trend in het gebruik van anticonceptiva en er is een toename van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen. Voorlichting en een objectieve analyse van een aantal trends op dit terrein zijn zeer noodzakelijk om de zorgconsumptie in kaart te brengen en, als dat kan, te doen verminderen. Dat is een pleidooi voor systematische monitoring van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

Het derde voorbeeld: 900.000 kinderen die jonger zijn dan twaalf jaar en 500.000 jongeren tussen de twaalf en tweeëntwintig jaar ervaren de last van een psychische ziekte van een ouder of van een ± veelal aan alcohol ± verslaafde ouder. Uit de cijfers blijkt dat een derde van hen daardoor zelf zodanige problemen gaat ervaren dat dit leidt tot zorgconsumptie met een dienovereenkomstig beroep op de zorg. Is het niet denkbaar om ook in preventieve zin te bekijken of je die toename van de zorgconsumptie te lijf kunt gaan?

Tot slot een vanuit mijn invalshoek enigszins riskant voorbeeld, want ik ben een nogal groot pleitbezorger van het Nederlandse drugsbeleid. Er zijn steeds sterkere aanwijzingen dat hasj en wiet psychotische problemen kunnen veroorzaken. Langzaam maar zeker is dat niet meer te ontkennen. Dat betekent niet dat meteen dat een

heel grote groep jongeren daar last van krijgt, maar ook dit is een toename van de zorgconsumptie, althans van ziektebeelden en problemen die bij de zorg terechtkomen. Ook daarbij geldt dat via voorlichting problemen te verminderen en te voorkomen zouden zijn. Kort en goed, de zorgconsumptie uit deze vier voorbeelden heeft gemeen dat die niet veroorzaakt wordt door ziekteverwekkers, maar door gedrag, gevoeligheid en sociaal-economische achtergronden. In essentie kan daaraan nog iets gedaan worden middels voorlichting of onderzoek naar bepaalde te verwachten effecten. Bovenal moet het gaan om openbare en preventieve gezondheidszorg.

Ik doe de bewindslieden waarschijnlijk onrecht met de volgende constatering. Hun focus lijkt echter erg gericht op geld, financiën, de omvang van het pakket en op het stelsel. De effecten daarvan zijn mogelijk groot in de optiek van beleidsmaker, met de oogkleppen van beleidsmakers op. Dat geldt zeker voor degenen die zorgen hebben over de problemen bij de financiën van het Rijk. Ik reken mijn fractie daartoe. De effecten op het thema van vandaag zijn echter heel gering. Ook uit internationaal onderzoek blijkt dat de prijselasticiteit van zorg betrekkelijk gering is. De zorgconsumptie en daarmee de druk op de arbeidsmarkt in de zorgsector verandert daardoor naar het ons voorkomt niet noemenswaardig.

Het staat als een paal boven water dat inzet van techniek onder meer onontbeerlijk is bij het ontwikkelen van beleid gericht op het hanteerbaar maken van de spanning, nu en a fortiori op termijn, tussen de zorgvraag en het aanbod van mensen die werkzaam zijn in de zorgsector. Bovendien kan het zeker tijdelijk helpen dat er sprake zal zijn van import van werkenden uit andere delen van Europa. Dat zal enige verlichting brengen. Uiteindelijk zal meer dan ik vermocht terug te vinden in de stukken geïnvesteerd moeten worden in preventie van vermijdbare gezondheidsproblemen om de druk op de gezondheidszorg te verminderen. Ik zou het zeer op prijs stellen als de bewindslieden een uiteenzetting kunnen geven op dit punt.

Ik dank collega Hamel, die de suggestie deed om dit thema te

kiezen voor de bespreking van vandaag. Een niet beoogd maar bijkomend effect daarvan is dat ik mij namens mijn fractie heb moeten verdiepen in het probleem van de personele planning in relatie tot het toenemende zorgaanbod en patiëntenaantal. Als wij dat lekker abstract geformuleerde probleem niet effectief te lijf gaan, ontstaat ongetwijfeld een dramatische situatie. De complexiteit van het probleem is zodanig dat ik bij de voorbereiding van het debat af en toe dacht tegen de bewindslieden te moeten roepen: Tom Poes, verzin in vredesnaam een list! Ik hoop op een reactie van de bewindslieden die dichtbij zo'n briljante list komt.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer mede namens de fractie van de ChristenUnie het woord. Ik begin mijn bijdrage met een aantal zorgpunten, waarbij ik heb geput uit onder andere publicaties van Rutten en Brouwer.

In Nederland gaan veel van de zorgdiscussies over het stelsel, over de kosten of vaak over een combinatie van beide. Discussies over de uitkomsten van zorg, in termen van gezonde levensverwachting of vermijdbaar verloren gezonde levensjaren zijn er maar weinig. Meer aandacht dus voor de uitkomstenkant van de zorg is dan ook nodig. Net als bij sociaal-economische gezondheidsverschillen kan het een streven zijn om een duidelijk meetbaar doel van het zorgbeleid te formuleren ten aanzien van bijvoorbeeld gezonde levensverwachting. In dit kader wordt wel gesproken over gezondheidskapitaal als ultiem doel van de zorg. Door te denken in termen van uitkomsten kan ook een betere afweging worden gemaakt tussen investeringen in "cure", "care" en preventie. Ook wordt duidelijker dat zorg geen kostenpost is, zoals wij vaak benadrukken, maar een belangrijke opbrengstenkant heeft, in de vorm van gezondheid, waar mensen grote waarde aan hechten. Overigens kunnen ook andere opbrengsten soms belangrijk zijn, zoals het tegengaan van verzuim en arbeidsongeschiktheid, met alle sociale en financiële gevolgen van dien. Wij verzoeken de minister, zijn visie hierop te geven.

Van den Berg

Meer aandacht voor preventie is nodig, want de afgelopen en komende jaren verliezen wij veel gezondheid vanwege gezondheids-schadend gedrag. Nederland is zijn positie in de kopgroep van Europese landen wat betreft gezonde levensverwachting kwijtgeraakt en dit heeft veel te maken met leefstijl. Preventie is dan ook zeer belangrijk, maar wij geven er op dit moment maar heel weinig aan uit. Indien wij een verbeterde gezondheid en levensverwachting voor onze bevolking nastreven, wat langer én gezonder leven inhoudt, is preventie essentieel, en de investering waard. Wel is het dan essentieel meer te weten over de effectiviteit en de doelmatigheid van preventie, in termen van uitkomsten, en ook hieraan ontbreekt het nog. Ook is het essentieel te onderkennen dat preventie niet onder het adagium "eigen verantwoordelijkheid" kan worden ondergebracht, aangezien bekend is dat mensen uit eigen beweging om uiteenlopende redenen te weinig preventieve zorg zullen consumeren en preventief zullen handelen. Waarom, zo willen wij van de minister weten, is er hiervoor zo weinig aandacht bij de overheid?

De stelselwijziging is gericht op het vergroten van de doelmatigheid. Er wordt op dit moment echter maar bijzonder weinig geïnvesteerd om het kennisniveau omtrent doelmatigheid van zorg te verhogen en de toepassing van deze kennis te vergroten, bijvoorbeeld via richtlijnen voor doelmatig handelen. In Engeland zijn goede ervaringen opgedaan met het NICE en in Duitsland wordt ook over zo'n instituut gedacht. In Nederland hebben wij dit niet en wij lijken daarmee de boot te missen. Het valt niet te verwachten dat zorgaanbieders en verzekeraars zelf deze informatie zullen gaan ontwikkelen, ook niet in het nieuwe stelsel. Investeren in doelmatigheid blijft dus ook een zaak voor de overheid en kan ook in sommige gevallen vele miljoenen besparen. Het kan ook helpen om schotten tussen instellingen en ordeningsprincipes tussen sectoren te doorbreken. Zo is het vreemd dat ziekenhuizen zelf beslissen over de aanwending van geneesmiddelen intramuraal, terwijl extramuraal voortzetting via vergoedingsbesluiten van de minister loopt. Het laatste gebeurt via enigszins duidelijke criteria, maar

het eerste naar onze mening zonder duidelijk kader. Ook kan het helpen om een kosteneffectieve invulling aan DBC's te geven, want dit nieuwe financieringsmechanisme wordt nu met name financieel bekeken, terwijl de zorginhoud daaraan gekoppeld is. Daarop sturen kan de toepassing van "best practices" een belangrijke stimulans geven. Hoe kijkt de minister hier tegenaan?

De stelselherziening is een delicaat proces en aan veel voorwaarden is nog immer niet voldaan. Dat laatste verdient prioriteit, maar de overheid belijdt met de mond gereuleerde concurrentie, meer doelmatigheid, meer klachtgerichtheid en een terugtrekkende overheid, maar in haar handelen blijft zij de voornaamste actor in de zorg en tracht zij nog altijd alle zorgtaken te beheersen en zet zij soms weinig concrete stappen, zeker wanneer het dereguleren betreft. Een belangrijk heikel punt is het feit dat ons oude stelsel via prijzen en aanbodregulering met name was gericht op kostenbeheersing en het kunnen hanteren van macrobudgetten, terwijl het stelsel van gereuleerde concurrentie juist een loslaten van macrobudgetten vereist. Het is de vraag in hoeverre de overheid het kan aanzien dat de kosten van zorg zullen toenemen wanneer vraagsturing en gereuleerde concurrentie hierom vragen. Het is immers niet langer de overheid die het kosten-niveau bepaalt, maar veeleer het veld en bij adequate marktwerking ± als die er ooit mocht komen ± de zorgconsument. Indien de overheid blijft terugrijpen op overheidsregulering als zij vindt dat de markt toch niet helemaal doet wat zij graag wil, dan is gereuleerde concurrentie gedoemd te mislukken. Naar alle verwachting zullen de kostenstijgingen in de zorg, zeker op korte termijn, nog even doorzetten. Waar staat de overheid precies voor? Ik leg deze tegenstellingen voor aan de bewindslieden om er straks een heldere discussie over te krijgen.

De inrichting van het stelsel binnen de Europese context, met name de keuze tussen privaatrechtelijk of publiekrechtelijk, is heel belangrijk, terwijl er maar weinig over wordt gesproken. Toch kan het bij conflicten anders uitpakken wanneer men in een van beide regimes is ingedeeld. De overheid kan er maar weinig aangrijpingsmogelijkheden overhouden, wanneer er voor een privaatrechtelijk systeem

wordt gekozen. Daar willen wij graag wat over horen.

Op dit moment lijkt het erop dat de overheid ondanks het streven naar invoering van gereuleerde concurrentie per 2006 graag terugvalt op overheidsregulering. Een mooi voorbeeld is de recent aangekondigde "modernisering van het GVS". Gegeven de roep om deregulering van prijs en aanbod, werd lang gesproken over de "ontmanteling" van het GVS. Echter, nu verzekeraars en apothekers er samen niet uitkomen, buitelen de overheidsmaatregelen over elkaar heen, om toch de door de overheid gewenste uitkomsten te behalen. Dit betreft niet alleen te billijken noodmaatregelen in de transitieperiode, zoals de maatregel de Geus, maar ook geïnstitutionaliseerde maatregelen zoals de modernisering van het GVS, hetgeen ons een contradictio in terminis lijkt. Is dit een voorbode van de manier waarop de overheid invoering van gereuleerde concurrentie nastreeft?

Kostenbeheersing is in een stelsel van gereuleerde concurrentie wel mogelijk, maar dient dan met name via vraagremming te lopen. Aanbodsturing en aanbods-rantsoenering gingen hand in hand, maar dat wordt vraagsturing en vraagrants-oenering. Daarvoor staan de overheid nog twee directe maatregelen ter beschikking: eigen bijdragen invoeren en het pakket verkleinen. Ook deze maatregelen worden thans ingezet, maar, zo lijkt het, vooral met het oog op de doelen op korte termijn en niet altijd even doordacht. Zo is het inkrimpen van het pakket een moeilijke zaak en dient er goed te worden bezien welke criteria hierbij een rol zouden moeten spelen. In het recente advies "Gepaste zorg" worden de criteria noodzakelijkheid, doelmatigheid en effectiviteit naar voren geschoven en is aangegeven dat instrumenten als pakketinkrimping en eigen bijdrage een duidelijk en te billijken doel moeten dienen en niet de gepaste zorgconsumptie (in sommige groepen) moeten belemmeren.

Een laatste aandachtspunt is het gemakkelijke wuiven met het idee van de "eigen verantwoordelijkheid", waar zaken zoals een snel ontslag uit ziekenhuizen en de ideeën over inkrimping van het AWBZ-pakket soms onder worden geschaard. Daardoor kan er een verschuiving van formele naar informele zorg

Van den Berg

optreden. Deze informele zorg is echter ± ook gegeven de andere doelen die de overheid nastreeft, zoals hogere arbeidsparticipatie van vrouwen ± ten eerste niet altijd voorhanden en ten tweede wordt de positie van informele zorgverleners vaak uit het oog verloren, terwijl zij toch ook een kwetsbare groep vormen. Graag horen wij hierop de visie van de bewindslieden.

Voorzitter. Als u mij toestaat, probeer ik in de komende minuten met u na te denken over de vraag hoe de gezondheidszorg er over 13.000 miljoen en 140.000 minuten eruit zal zien, over 25 jaar dus. Dit is voor mij een moeilijke opgave, maar ik zal een poging doen. Het thema dat ik daaraan meegeef, is "zorgen doe je niet alleen, maar samen".

Stel, u wordt ziek over 25 jaar. Laat het duidelijk zijn dat ik dit niemand toewens. Maar stelt u zich toch eens voor dat het gebeurt. Eens kijken, ...welke ziekte wij zullen uitkiezen. Laten wij eens uitgaan van de relatief weinig voorkomende zenuwziekte Dystonie. Ongeveer 12.000 medeburgers in Nederland lijden aan deze zenuwziekte. Het is een ziekte die iedereen in principe kan krijgen. Binnen twee maanden staat uw leven letterlijk en figuurlijk op z'n kop. U was gewend alles te kunnen, maar dat lukt niet meer. U bent onzeker over uw toekomst. U krijgt emotioneel een geweldige klap te verwerken. Uw kinderen, als u ze hebt, raken uit balans en worden onzeker, want u als opvoeder bent niet in orde. Kortom, alle ingrediënten voor een gezinsdrama in spe zijn aanwezig, tenzij er gericht, samenhangend, effectief en kostenbewust zorg wordt verleend. Zorgen doe je niet alleen, maar samen.

De diagnose is gesteld. Hoe nu verder? U mag na goedkeuring van uw verzekeringarts (u weet dat wij nu 25 jaar verder zijn) een gezondheidscoach uitkiezen die geregistreerd staat in het Landelijk register van zelfstandig werkende gezondheidscoaches. Met deze gezondheidscoach wordt een "Eigen kracht bijeenkomst" georganiseerd. Samen met uw gezin, familie en goede kennissen formuleert u uw problemen. Uit een pilot die 25 jaar geleden in de provincie Overijssel werd gestart, bleek al dat zorgvragers verrassend goed "op eigen kracht" konden omschrijven wat hun problemen waren. Nu kijk ik even naar mijn buurvrouw die zojuist haar

maidenspeech heeft gehouden. Daarnaast bleek uit deze pilot dat de partners, kinderen, familie en goede kennissen eenvoudige praktische oplossingen wisten te bedenken om de gezondheids- en gezinssituatie te verbeteren. Dit scheelt de samenleving veel geld. Eigenlijk wordt er een schifting gemaakt tussen zorg die de naaste omgeving van de zorgvrager kan bieden en professionele zorg die nodig is. Dit sluit weer goed bij de ontwikkeling van de WMO die 25 jaar geleden van kracht werd.

Via de eigenkrachtbijeenkomst (en adviezen van medisch deskundigen) wordt vastgesteld dat u de volgende professionele hulp nodig hebt.

- Een neuroloog die eens per drie maanden een aantal injecties geeft, zodat het spasme in uw hals enigszins onderdrukt wordt. Uw gezondheidscoach hanteert tabellen die zijn afgeleid van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) die destijds in opmars waren. Hierdoor wordt door uw zorgverzekeraar per verwijzing een budget beschikbaar gesteld, waarmee de therapie moet worden betaald.

- Een aangepaste werkplek op uw werk, zodat u redelijkerwijs uw werk kan blijven doen. Uw gezondheidscoach heeft u hiervoor een vast bedrag toegekend, dat uw zorgverzekeraar u uitkeert. U betaalt dit aan uw werkgever.

- Een aangepaste stoel thuis, een aangepast bed, stuurbevestiging en een beweegbare hoofdsteun in de auto en een fiets met meer versnellingen en een stuur dat in een optimale stand gezet kan worden. Uw gezondheidscoach heeft u verteld dat u hiervoor bij de gemeente een vast bedrag kunt claimen op grond van het gezondheidsplan. Dit vaste budget is gebaseerd op ervaringsgegevens die bij de gemeenten beschikbaar zijn, althans als die goed geregistreerd zijn, toen zij de WVG uitvoerden. Dat hoop ik maar.

- Fysiotherapie: via de website van de koepelorganisatie van fysiotherapeuten kunt u kiezen uit een fysiotherapeut die bekend is met deze specifieke zenuwziekte. Uw gezondheidscoach kent u een vast budget toe per door hem toegestaan consult. Dit budget ontvangt u van uw zorgverzekeraar.

- Uw kinderen gaan naar een praatgroep van de jeugdzorg, waar zij kunnen praten met andere kinderen wier ouders dezelfde ziekte

hebben.

- Ondersteunende begeleiding, omdat het om een chronische aandoening gaat. U krijgt hiervoor van uw gemeente, die de WMO uitvoert, een vast geldbedrag. Dit geldbedrag wordt bepaald naar analogie van de DBC's. De VNG heeft na overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) per indicatie normbedragen vastgesteld, die jaarlijks worden geïndexeerd.

Er is voorts een register van lokaal toegelaten zorgaanbieders. Uw gemeente houdt een register bij waarin zorgaanbieders die voldoen aan vast omschreven kwaliteitseisen, worden ingeschreven. Uit dit register kiest u de thuiszorgorganisatie waar u het meeste vertrouwen in heeft of die past binnen uw budget.

Kortom, samen met de gezondheidscoach stelt u een zorgplan op. U heeft toegang tot ± ik durf het haast niet te zeggen bij deze voorzitter ± een nationale gezondheidsdatabank, waar alle gezondheidsgegevens zorgvuldig en veilig via internet zijn op te vragen. Via de burgerservicepas of stadspas ± deze komt er ± krijgt u, als uw inkomen te laag is, kortingen op zorg die u via het persoonsgebonden budget van de gemeente kunt inkopen. Dit budget moet u besteden bij zorginstellingen die de gemeente na een kwaliteitstoets ± ik hoop dat wij dit over 25 jaar kunnen zeggen ± op een lijst heeft gezet. 25 jaar geleden heeft de toenmalige staatssecretaris mevrouw Ross er samen met de VNG voor gekozen om bij de invoering van de WMO de zorgvrager zelf te laten kiezen, binnen een persoonsgebonden budget, bij welke zorgaanbieder zij of hij zorg wil inkopen. De gemeente hoeft zich slechts te beperken tot het opstellen van een lijst van zorgaanbieders die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Dit bespaarde de gemeenten destijds bij de invoering van de WMO een heleboel rompslomp. Op deze wijze hoefden zij alleen maar te sturen op hoofdlijnen ± en dat willen wij toch eigenlijk?

Tot zover het voorbeeld van uw ziekte, dames en heren. Ik ga er nu van uit dat u weer volledig hersteld bent om aan dit debat, ook vanavond, een bijdrage te kunnen leveren.

Voorzitter. De hierboven geschetste ontwikkeling gaat ervan uit dat de zorgvrager maximaal eigen verantwoordelijkheid neemt om zijn

Van den Berg

of haar situatie weer leefbaar te maken. De gezinsleden, familie en goede vrienden vormen als het ware de eerste zorgschil. De gezondheidscoach, de tweede zorgschil, houdt namens de zorgverzekeraar een oogje in het zeil en stuurt waar dit nodig is. Op deze wijze zal alleen professionele zorg worden aangevraagd als dit strikt noodzakelijk is, hetgeen de bewindslieden zal aanspreken. Dit zal de kosten helpen beheersen en dat zal nodig zijn, maar ook dan hecht ik aan het solidariteitsbeginsel.

Wij zullen over 25 jaar meer zorg op maat moeten bieden, mensen in staat moeten stellen om langer thuis te blijven wonen en ICT moeten inzetten voor zorg op afstand, terwijl de zorginstellingen meer in een keten zullen moeten werken. Overigens zal het over 25 jaar een hele klus zijn om over voldoende personeel te beschikken ± daar hebben collega's al het nodige over gezegd en gevraagd ± gezien de toegenomen vraag. Bij zorgaanbieders zal het proces van horizontale en verticale fusies verder doorzetten.

Voorzitter. U zult het mij niet euvel duiden dat ik vanuit onze visie ook iets zeg over de identiteitsgebonden zorgaanbieders, nu en over 25 jaar. Of een zorgaanbieder nu wel of niet uitgaat van een bepaalde levensbeschouwing, mag voor wat betreft de geboden zorg niet uitmaken. De geboden zorg van iedere aanbieder moet voldoen aan minimale kwaliteitseisen. Wel is er een toegevoegde waarde van een identiteitsgebonden zorginstelling. Immers, als de zorgvrager en -aanbieder uitgaan van dezelfde levensbeschouwing of identiteit, kan dit in het contact helpen het vertrouwen te vergroten. Hierdoor kan een zorgvrager zich beter op z'n gemak voelen of kan de zorgaanbieder eerder andere problemen signaleren en deze doorspelen aan de gezondheidscoach.

De fracties van de SGP en de ChristenUnie hebben op deze wijze een bijdrage willen leveren en een aantal instrumenten aan willen reiken om ook in de toekomst een verantwoorde zorg te blijven houden in ons land. Wij wachten met grote belangstelling de reactie van de minister en de staatssecretaris af.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Die coach van u, is dat de huisarts van straks?

De heer **Van den Berg** (SGP): Dat zou de huisarts van straks kunnen zijn, maar wij hebben ook geconstateerd dat daar waar het betreft het aantal huisartsen, dit een probleem gaat worden. Er kan ook worden gedacht aan het opleiden van gespecialiseerde deskundigen. Het heeft veel voordelen als gekozen wordt voor de huisarts, maar als daar gebrek aan ontstaat, zijn alternatieven denkbaar. In veel buitenland, bijvoorbeeld Zweden, zijn er geen huisartsen. Ik heb het wat algemeen gehouden, zodat de bewindslieden erop kunnen inspringen.

De vergadering wordt van 17.48 uur tot 19.15 uur geschorst.

Voorzitter: Timmerman-Buck



Minister **Hoogervorst**: Mevrouw de voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in eerste termijn. Namens de regering feliciteer ik mevrouw Nap met haar maiden-speech. Het was een welluidend verhaal dat overigens grotendeels door mijn staatssecretaris beantwoord zal worden.

De heer Hamel heeft in zijn inbreng herinnerd aan een anekdote die in het zorgveld de ronde doet, namelijk dat ik gezegd zou hebben dat ik alleen maar verstand van financiën heb en dat ik de zorginhoudelijke kant aan de specialisten wens over te laten. Ik sluit niet uit dat ik dat gezegd heb, maar dan wel als grap om mijn disgenoten een beetje op stang te jagen. Dat laatste is klaarblijkelijk voortreffelijk gelukt. Ik snap namelijk niet hoe men dat serieus kan nemen.

Mevrouw Van Leeuwen heeft in haar pleidooi voor het aantrekkelijk houden van de arbeidsmarkt in de zorgsector gewezen op het belang van het in het oog houden van de menselijke maat. Ik ben het daar helemaal mee eens. Tegelijkertijd is het voor mij zonneklaar dat de zorgsector een zakelijke aanpak verdient. In het afgelopen jaar is mij namelijk wel duidelijk geworden dat er van de zijde van de zorgaanbieders een buitengewoon zakelijke invalshoek bestaat en dat ze hun belangen uitstekend weten te

verdedigen. Dat vergt natuurlijk af en toe wel wat weerwerk. Wat betreft die zakelijke invalshoek werd ik ook getroffen door het verfrissende en heldere betoog van mevrouw Dupuis. Zij wees in dit verband op het belang van solidariteit. Nog meer wellicht dan in de sociale zekerheid staat de zorg bol van de solidariteit. Die solidariteit verplicht ook tot doelmatigheid.

Verder heeft mij in het debat in eerste termijn van de zijde van de Kamer getroffen de afwisseling in redeneringen en het feit dat u elkaar niet kapot interrumpert, zoals dat in de Tweede Kamer wel vaak gebeurt, waardoor er een mooi debat kon ontstaan.

Ik wil beginnen met het schetsen van de uitdagingen waarvoor wij staan en die wij moeten aangaan en hoe de verantwoordelijkheden moeten worden opgepakt door patiënt/consument, zorgaanbieder en verzekeraar, zijnde de hoofdrolspelers in de zorg. Aan het eind van mijn verhaal zal ik ingaan op de capaciteitsproblemen in de zorg op het gebied van de arbeidsmarkt.

Ik heb nu ruim een jaar in de gezondheidszorg mogen werken als minister op een voor mij betrekkelijk nieuw terrein, al kwam ik niet helemaal onbeslagen ten ijs. Hoe kijk ik nu tegen de stand van de Nederlandse zorg aan, vooral in vergelijking met andere landen? De laatste maanden heb ik heel veel tijd besteed aan het bestuderen van hoe het om de landen om ons heen gaat op dit terrein, in de hoop er zo veel mogelijk van te kunnen leren. Er is enige stagnatie in de voortgang van gezondheidsindicatoren zoals levensverwachting, maar deze gaat gelukkig niet achteruit. Nederland heeft nog een zeer behoorlijke positie in Europa, hoewel de echte groei eruit is, met name door de stagnerende levensverwachting van vrouwen als gevolg van slechte rookgewoonten. Nederland heeft vergeleken met andere landen ook een zeer behoorlijke preventie-infrastructuur op het vlak van vaccinaties en GGD's.

Het is zeer opmerkelijk dat we nu al drie uur over gezondheidszorg hebben gepraat, terwijl het woord "wachtlijsten" niet is voorgekomen. Toch hebben we zes jaar lang over niets anders gepraat in de gezondheidszorg. De wachtlijsten in de gezondheidszorg in Nederland zijn zeer goed beheersbaar geworden. In

Hoogervorst

de curatieve zorg bevinden de meeste wachtlijsten zich onder de daarvoor geldende norm. Nederland is toevallig omringd door een aantal landen dat helemaal geen wachtlijsten heeft, zoals België, Frankrijk en Duitsland. Het gros van de Europese landen heeft echter wachtlijsten die zeer aanzienlijk zijn en veel groter dan de Nederlandse. Nederland slaat ook op dit punt internationaal gezien geen slecht figuur.

Ook qua kostenniveau staat de curatieve zorg er niet zo beroerd voor, wanneer je het vergelijkt met andere landen. Dit heeft vooral te maken met de unieke positie die de huisarts bezit. De huisarts heeft in het Nederlandse systeem sterk de rol van poortwachter. Landen als Frankrijk en Duitsland zouden ons systeem dolgraag willen overnemen. Daar bestaat de desastreuze situatie dat de patiënt rechtstreeks naar de specialist gaat. Hij gaat dan vaak naar de verkeerde specialist en krijgt vervolgens de verkeerde behandeling en de verkeerde medicijnen. Het is heel moeilijk om een dergelijke situatie terug te draaien en een eerstelijnszorg in Nederlandse stijl in te voeren. We mogen in Nederland trots zijn op ons systeem. Er zit een aantal zeer zonnige kanten aan ons zorgstelsel.

Toch is er ook een schaduwzijde. Er zijn veel tekenen van ondoelmatigheid in de zorg. Verleden week is het rapport-Bakker uitgekomen. Dit stelt dat er twee negatieve verschijnselen zijn in de zorg: te weinig dienstbetoon aan de patiënt en een inefficiënte logistieke organisatie in de curesector. Deze twee problemen komen in feite op hetzelfde neer. Meer doelmatigheid zou leiden tot meer klantvriendelijkheid. Er is ook veel onderbenutte capaciteit in de zorg. Er zijn veel ziekenhuizen die slechts vier dagen per week full swing opereren. Hetzelfde geldt voor veel specialisten in ons land. Dit heeft te maken met de financieringsstructuur van de afgelopen tien jaar. In de ziekenhuizen is de werkweek grotendeels vier dagen geworden.

Er zijn in de AWBZ bij gelijke bekostigingsstructuur en gelijke financiële middelen grote kwaliteitsverschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. De staatssecretaris zal daar straks meer over zeggen. Hoewel je niet zou denken dat je de zorg in de AWBZ-sfeer efficiënter kunt maken, zijn er wel degelijk efficiëntieverschillen. Er is de laatste

jaren sprake geweest van een enorme kostenexplosie in de zorg. In de jaren 2001 en 2002 is het zorgvolume met 14% in reële termen gestegen, terwijl het BBP in dezelfde periode slechts met 1,5% is gestegen. De premielast voor de gemiddelde werknemer in Nederland is in vijf jaar tijd met € 200 per maand gestegen. Ik heb het dan niet over de hogere inkomens maar over de gemiddelde inkomens in ons land. Dat zijn enorme bedragen. De totale zorgkosten in ons land bedragen momenteel meer dan 9% van alle kosten. We behoren qua kostenniveau tot de top drie of vijf van Europa.

Hoe is dat nu te rijmen met mijn opmerking dat de curatieve zorg in Nederland minder duur is dan in andere landen? Onze grootste afwijking ten opzichte van het buitenland is de omvang van de AWBZ-zorg, internationaal "the long term care" genoemd, de lange-termijnzorg voor met name ouderen en gehandicapten. De uitgaven voor deze zorg is in ons land anderhalf tot twee keer hoger dan in de ons omringende landen. Daar zit dus een heel belangrijke afwijking. Dit onderdeel van onze begroting is het moeilijkst te beheersen en kent op dit moment de grootste overschrijdingen. Bovendien moet dit worden geconstateerd in de wetenschap dat wij nu nog een betrekkelijk jonge bevolking hebben vergeleken met landen zoals Frankrijk en Duitsland, die verderop in de vergrijzingsgolf zitten. Mevrouw Van Leeuwen heeft daar ook de aandacht op gevestigd. De echte vergrijzingsproblemen moeten in Nederland nog komen.

De heer Van den Berg heeft daartoe een heel verdienstelijke poging gedaan, maar voor ons is het niet mogelijk om precies te voorspellen hoe de wereld er over twintig jaar zal uitzien. Mevrouw Slagter van de SP, die nu bij de interruptiemicrofoon gaat staan, heeft heel mooi omschreven hoe zij van kleuter tot huisarts allerlei ontwikkelingen aan zich voorbij heeft zien trekken waarvan vele onvoorspelbaar zijn geweest.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zei net dat de kostenexplosie van de laatste twee à drie jaar te wijten is aan de AWBZ-sector. Dat is ook zo. Volgens mij heeft dat te maken met het feit dat in deze sector een aantal jaren geleden de

budgettering is losgelaten. Ik kan mij voorstellen dat nu een soort inhaalslag wordt gemaakt; het is niet te verwachten dat die stijging doorgaat. Is daar onderzoek naar gedaan, of kan de minister daar iets over zeggen? Wij moeten natuurlijk wel maatregelen bedenken om het allemaal beheersbaarder te maken. Er zijn al getallen genoemd. Hoe reëel zijn deze cijfers?

Minister **Hoogervorst**: De stijging zal volgens mij niet zo explosief zijn als in de laatste paar jaren. Uit een vergelijking met het buitenland blijkt heel duidelijk dat de afwijking in Nederland wordt veroorzaakt doordat ons aansprakenniveau veel ruimer is. Er is geen land in de wereld dat huishoudelijke zorg in een volksverzekering heeft zitten. In Nederland is dat wel zo. Dat is een van de dienstverleningen die het meest explosief is gestegen. Daar maken wij ons grote zorgen over. De staatssecretaris heeft de plannen rondom de WMO naar de Kamer gestuurd. Daar zal zij later op ingaan. Daaruit blijkt dat wij gaan proberen om dat toch enigszins beheersbaar te maken. Het is glashelder dat wij de vergrijzing met het huidige aansprakenniveau niet aankunnen.

Niemand kan precies in de toekomst kijken, maar één ding is echt wel zeker, en dat is dat de demografische ontwikkeling niet te keren valt. Wij kunnen de huidige verhouding tussen ouderen en jongeren stabiliseren als over 20 jaar 35 miljoen mensen in Nederland wonen, maar dat lijkt mij niet helemaal wenselijk noch waarschijnlijk. Dat hier iets gaat gebeuren, staat dus buiten kijf. In 2020 zal een op de vijf Nederlanders boven de 65 jaar zijn. Nu zijn er op elke oudere nog vier werkenden, maar over ongeveer 30 jaar zijn dat er nog maar twee.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ook ik noem steeds het element van de vergrijzing. Terecht. Toch moeten wij ervoor oppassen dat wij dat niet overtrekken. Ook andere collega's hebben daarop gewezen. Er zijn ook andere factoren die de kosten van de gezondheidszorg sterk opdrijven. Dan rijst de vraag: moet alles wat kan? Dat is volgens mij een veel wezenlijker vraagstuk dan de kosten van de vergrijzing.

Minister **Hoogervorst**: Volgens mij is dat hetzelfde vraagstuk.

Hoogervorst

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is niet hetzelfde als "moet alles wat kan". De medisch-technologische ontwikkelingen kunnen een dusdanig hoge vlucht nemen dat je je moet afvragen of alles wat kan, noodzakelijk is in de gezondheidszorg. Hare Majesteit heeft dit ook in een van haar kerstredes benoemd.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben het helemaal met mevrouw Van Leeuwen eens en dat maakt de zaak alleen maar ernstiger. Niet alleen de vergrijzing, maar ook de voortschrijding van de technologische ontwikkeling jaagt de kosten verder op. Mevrouw Slagter heeft daar ook op gewezen. Daar komen de pensioenlasten nog eens bij. Er komt dus een hele berg aan problemen op ons af die ons voor ingrijpende keuzes stelt. Een van de oplossingen is, je af te vragen of alles moet wat nu mogelijk is. Ik zie de opmerking van mevrouw Van Leeuwen als onderstreping van mijn betoog.

Hoe gaan wij die uitdaging aan? De kern van het verhaal is dat er een groot spanningsveld ontstaat tussen de solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond enerzijds en doelmatigheid en betaalbaarheid anderzijds. Niemand betwist dat die solidariteit noodzakelijk is. Een systeem echter dat geheel verzekerd is, leidt tot minder verantwoordelijk gedrag, omdat niemand de rekening betaalt. Bovendien is in Europa na de Tweede Wereldoorlog de gedachte ontstaan dat de gezondheid zo ontzetten belangrijk is voor de mens dat het voornamelijk een verantwoordelijkheid van de overheid is om die te beschermen. Op deze gedachte is het systeem van national health in Engeland gebaseerd. Lord Beveridge heeft met zijn rapport de grondslag gelegd voor onze verzorgingsstaat, met name voor het systeem van national health.

U zult van mij niet te horen krijgen dat de overheid daar geen rol in speelt. Uit mijn beleid zal blijken dat ik voor de overheid een zeer belangrijke rol weggelegd blijf zien in de gezondheidszorg, maar de eigen verantwoordelijkheid van alle partijen in de zorg moet veel meer worden aangesproken dan tot nu toe het geval is geweest. Dat is geen platitude. Ik zal straks uiteenzetten wat mij voor ogen staat. Nu hebben wij een systeem dat sterk dirigistisch is en sterk centraal gepland. Het heeft perverse effecten zoals de

vierdaagse werkweek in ziekenhuizen vanwege de budgettering, omdat wij geen andere mogelijkheden hebben om de kosten te bewaken. Ik ben ervan overtuigd dat wil je naar een systeem dat veel meer op vraag is gebaseerd, alle partijen meer eigen verantwoordelijkheid zullen moeten dragen.

De heer Van den Berg wees erop dat de gezondheidszorg niet alleen als kostenpost gezien moet worden. Zo zie ik die ook niet. Gezondheid heeft natuurlijk een intrinsieke waarde. Bij het preventiebeleid kom ik daarop terug. Mijn diepe overtuiging is wel dat wil je een systeem solidair houden, doelmatigheid voorop moet staan, zoals mevrouw Dupuis zei, want anders gaat het ten onder aan onbetaalbaarheid.

Mij staat decentralisering van verantwoordelijkheden voor ogen. Ik begin met de rol van de patiënt. Hoe geven wij vorm aan die verantwoordelijkheidsverdeling? In het verleden is bij debatten over stelselherziening vaak gezegd dat de zorgverzekeraar de regiehouder zou moeten zijn. Daar geloof ik dus niet in. Hij heeft wel een heel belangrijke rol, maar de regiehouder moet de patiënt zijn. Die moet de keuzes maken, verantwoordelijke keuzes. Hij moet dan wel over meer verantwoordelijkheid beschikken dan hij nu doet. Ik zal nu niet diep ingaan op die hele stelselherziening, want daarover komen wij nog nader te spreken. De keuzemogelijkheden van de mensen zullen gaan verbeteren. Wij gaan de consument in nauwe samenwerking met de Consumentenbond ook helpen om betere keuzes te kunnen maken. Eind van dit jaar verschijnt bijvoorbeeld een keuzegids die het mensen makkelijker moet maken om keuzes te maken tussen zorgverzekeraars. In 2005 willen wij een soort Michelingids maken op het gebied van de zorgaanbieders. Wij gaan er dus echt in investeren om de patiënten in de driver's seat te zetten.

Dat betekent echter wel dat keuzes die gratis zijn, geen echte keuzes zijn. Ook keuzes die worden gemaakt zonder dat degene die kiest, een nadere afweging moet maken, zijn geen werkelijke keuzes. Wij moeten de patiënt ofwel de cliënt dus meer eigen verantwoordelijkheid geven. Vandaar dat ik een hele reeks maatregelen heb genomen of nog aan het nemen ben die erop gericht zijn om het kostenbewustzijn van de

patiënt te verhogen. Uit de bijdrage van mevrouw Dupuis blijkt dat zij dat allemaal nog een beetje zuinig vindt, maar dat wordt niet door iedereen in Nederland gedeeld. Het ziekenfondspakket is bijvoorbeeld aanzienlijk verkleind, met meer dan 1 mld euro. De eigen bijdragen in de AWBZ zijn verhoogd, wat duidelijk tot een ander keuzegedrag heeft geleid. De no-claim is ingevoerd. Ook heel belangrijk in het nieuwe verzekeringsstelsel is dat de ziekenfondspatiënten een hogere nominale premie gaan betalen. Dat wordt weliswaar gecompenseerd door een zorgtoeslag, maar daardoor krijgen zij een veel sterker belang om een bewuste keuze te maken voor de verzekeraar. Hiermee wordt de concurrentie tussen de verzekeraars gestimuleerd.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil reageren op uw opmerking dat er al een aantal maatregelen genomen zijn, zoals een verkleining van het pakket. Ik noemde in mijn bijdrage dat een aantal van die maatregelen averechts uitwerken, zoals de zelfzorgmaatregel. Zou u daarop commentaar willen geven? Bij dit soort dingen valt mij immers op dat het zo "bureautafelachtig" bedacht is en dat het in de praktijk heel anders kan uitwerken. Ik besef wel dat dit moeilijk is, maar ik zou graag willen weten hoe u daartegen aankijkt.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb al meerdere malen laten blijken dat ik, als in de praktijk blijkt dat een maatregel niet helemaal uitwerkt zoals je zou wensen, altijd bereid ben om naar aanpassingen te zoeken. Ik wil de bal niet terugkaatsen, maar ik hoop dat mevrouw Slagter niet een van de vele huisartsen is die veel te zware, maar nog wel vergoede medicijnen voorschrijven en die andere, vaak heel goedkope medicijnen dus niet voorschrijven. Dat klinkt een beetje flauw, maar uit de cijfers blijkt dat dit in de praktijk op zeer grote schaal gebeurt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil deze bal best oppakken, want het ingewikkelde bij dit soort dingen is dat je ook hierbij geïnformeerde patiënten hebt. Mijn patiënten worden bijvoorbeeld geïnformeerd via de NPCF of de apotheker die bij zijn kassa de lijsten heeft met de vervangende middelen die wel worden vergoed. Het is niet uit te

Hoogervorst

leggen dat de patiënt een bepaald middel tegen allergie zelf moet kopen en een bijna gelijkwaardig middel wel vergoed krijgt omdat dat middel net iets nieuwer is. Soms moet je dus met je patiënten overleggen, maar ik pas ervoor om als huisarts in de positie te komen waarin je patiënten moet uitleggen dat zij dan maar iets meer voor iets moeten betalen.

De **voorzitter**: Ik wijs zowel de minister als mevrouw Slagter erop dat mevrouw Slagter hier als lid van de Eerste Kamer opereert en niet als huisarts.

Minister **Hoogervorst**: Ik zie natuurlijk dat hier een probleem ligt. Ik zal ook bekijken hoe ik die substitutie kan voorkomen, maar ik zie in het zorgveld wel een heel sterke gewenning aan de cultuur dat niets iets moet kosten. Zodra er zelfs maar minimale kosten ontstaan, ontstaat een massief ontduikingsgedrag om die kosten te vermijden, vaak met heel slechte bijverschijnselen, zoals het voorschrijven van te zware medicijnen.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik vind de eigen verantwoordelijkheid prima. In het algemeen wordt echter vooral gekeken naar de mensen met de geringste inkomens. Daar kan een bedrag van € 50 behoorlijk aankomen. Datzelfde bedrag stelt veel minder voor bij iemand met een hoger inkomen. Het gaat mij om het gewicht van de eigen verantwoordelijkheid. In het systeem is altijd gekeken naar mensen die het niet of amper konden betalen. Daardoor is er ook sprake van inkomensdifferentiatie. Hoe zie de minister in dit verband de eigen verantwoordelijkheid?

Minister **Hoogervorst**: Ik erken dit probleem. Bij sommige eigen betalingen is duidelijk een inkomensafhankelijkheid ingebouwd, zoals in de AWBZ. Bij dit soort systemen moet echter goed op de uitvoerbaarheid worden gelet. Met te veel uitzonderingen wordt zo'n systeem snel om zeep geholpen. Ik zeg erbij dat het Nederlandse sociaal minimum Europees gezien tot de top behoort. Ik zeg niet dat het een vetpot is. Het is een hoog sociaal minimum. De eigen betalingen in de Nederlandse zorg nemen echter in Europa de allerlaagste positie in. Het

gaat mij er niet om deze groepen te treffen. Het gaat mij er om de betaalbaarheid van het gehele systeem veilig te stellen, ook voor de mensen aan de onderkant.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik hoopte dat de minister zou aansluiten bij de praktijk in de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Daar wordt een systeem van eigen verantwoordelijkheid gecombineerd met solidariteit. Het is een juiste mix, waarbij voldaan wordt aan de wens van de heer Hamel. Misschien kan de minister hier nog eens over nadenken.

Minister **Hoogervorst**: Ik sluit niet uit dat wij meer gaan doen in de sfeer van inkomensafhankelijkheid als wij verder gaan met eigen bijdragen. Mevrouw Dupuis heeft gezegd dat de vormgeving van de no-claim inferieur is ten opzichte van het eigen risico. Je moet immers vooruit betalen bij eigen risico, wat een sterker remmend effect heeft. Die redenering klopt. Waarom is dan toch voor de no-claimsysteematiek gekozen? Je moet ergens beginnen natuurlijk. Voor Nederlandse begrippen is dit een behoorlijke ommekeer. De no-claim houdt op korte termijn overigens minder een drempel in voor mensen met de smalle beurs dan een eigenrisicosysteem waarbij mensen vanaf het begin iets moeten neerleggen voor een doktersbezoek.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik ben erg blij met het antwoord van de minister tot dusver. De minister heeft volledig gelijk met de stelling dat een keuze geen keuze is als er geen prijskaartje aan hangt. Er wordt gezegd dat de zorgbehoefte van mensen oneindig is. De enige die in staat is om die behoefte te beperken is de arts. Die kan vanuit zijn professionele autonomie zeggen: ho, wat u nu vraagt is te veel. Hoe ziet de minister dat? De keuzen en wensen van de patiënten bij de behandeling kunnen niet alleen beperkt worden door er kosten aan te verbinden. Die kunnen ook beperkt worden door doktoren. Mensen en patiënten eisen soms behandelingen die buiten het indicatiegebied van hun klacht vallen. De artsen moeten dan ook in werkelijke professionele autonomie aangeven of een behandeling bij een klacht past. De indicatiediscipline is een groot

probleem. Het is bekend dat artsen om van het gezeur af te zijn meegaan in niet reële wensen van patiënten. Dat mensen moeten betalen is niet voldoende. Het is niet in het belang van mensen om op het spoor van meer diagnostiek gezet te worden.

Minister **Hoogervorst**: Geen van de maatregelen die ik aan het nemen ben, is voldoende om het probleem aan te pakken. Het moet gaan om een samenstel van maatregelen. Ik erken dat de arts vaak onder grote druk van de patiënt staat om iets te verstrekken wat die patiënt misschien toch niet nodig heeft. Ik weet dat wij in Nederland gezegend zijn met een redelijk terughoudende cultuur onder de artsen in vergelijking met bijvoorbeeld zuidelijk Europa. In Frankrijk gaat een patiënt niet van zijn huisarts naar huis zonder een zak met medicijnen. De gemiddelde Fransman slikt twee maal zoveel medicijnen als de gemiddelde Nederlander. Ik geloof niet dat zij er veel gelukkiger van worden, maar zeker niet gezonder. Wij hebben nog een vrij goede cultuur, maar die staat wel onder zware druk. Er is een belangrijke rol voor de zorgverzekeraar weggelegd, om op het voorschrijfgedrag van de artsen te letten. Dat gebeurt in toenemende mate, maar nog niet voldoende. Het voorschrijfgedrag kan worden vergeleken en de artsen kunnen erop worden aangesproken. Zolang de zorgaanbieder weet dat het de consument toch niets kost, is hij geneigd om er gemakkelijker aan toe te geven. De wetenschap dat het de patiënt ook iets kost om de zorg te krijgen, zal het voor de arts gemakkelijker maken om terughoudend te zijn. Wij hebben nu te maken met vreselijk perverse effecten in het systeem. Het mooiste voorbeeld daarvan vormen de bonussen voor de apothekers. Die zijn te vergelijken met de kortingen die Albert Heijn krijgt van zijn leveranciers van levensmiddelen. Albert Heijn ziet zich gedwongen die kortingen door te geven aan de consument, door de concurrentie en door de wetenschap dat de consument het moet betalen. Bij de apothekers kwam de korting terecht in de zak van de apotheker, omdat deze er geen enkel belang bij had de klanten korting te geven, want de klant krijgt toch alles vergoed, dus waarom zou hij? Alleen met een heel ingewikkeld convenant

Hoogervorst

zijn wij erin geslaagd om dit enigszins eruit te kloppen, maar het blijft een voortdurend probleem. Het totaal afwezig zijn van prijsprikkels leidt tot zeer asociale resultaten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): U zegt heel stellig dat een systeem van no claim het zorggebruik zal afremmen. Ik citeerde uit het rapport van de RVZ, "Gepaste zorg", waarin heel duidelijk staat dat patiënten worden gepakt op iets waarop zij geen invloed kunnen hebben. Voorbeelden als dat van de Michelingids spreken mij niet erg aan. Het spreekt mij veel meer aan dat in combinatie met de patiënten- en consumentenfederatie wordt gezorgd voor veel betere voorlichting, standaarden, protocollen en dat soort dingen. Op grond waarvan denkt u dat no claim wel zal helpen, terwijl de Raad voor de volksgezondheid en zorg zegt dat het niet werkt? Ervaringen uit het verleden hebben altijd aangetoond dat het niet hielp.

Minister **Hoogervorst**: In dezelfde week waarin het rapport van de RVZ uitkwam, kwamen er berichten uit Duitsland, waar men een heel kleine eigen bijdrage heeft geïntroduceerd voor artsenbezoek. Daar is de zorgconsumptie in een kwartaal tijd met 10% à 15% gedaald. Mijn Duitse collega heeft voor het eerst in tien jaar een overschot op haar rekening. Ik geef gaarne toe dat het nooit een normale markt zal worden, waar prijsprikkels hetzelfde werken als op de automarkt. Ik wil daar ook niet naar toe, maar ik ben ervan overtuigd dat bescheiden prikkels in een systeem dat als gratis wordt ervaren, een werking hebben.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik wil de minister goeddeels volgen in de opmerking die hij heeft gemaakt over de zorgverzekeraars, maar ik wijs hem er wel op dat er natuurlijk een moeilijkheid ontstaat als van een zorgverzekeraar concurrentie wordt verwacht, terwijl deze dat dan ook zal zoeken in klantenbinding. Als de klanten dan meer van hem verwachten en eisen, is het erg moeilijk om in te grijpen, want dan gaan de klanten over naar de andere verzekeraar. Dat is nu op een verkeerde manier in het systeem ingebakken.

Minister **Hoogervorst**: De no claim zal voor elke verzekeraar gelijk zijn.

Men hoeft daar dus geen concurrentievervalsing van te duchten. In de toekomst zal men ook in de basisverzekering naar eigen believen een hoger eigen risico kunnen nemen.

Mevrouw Dupuis vroeg naar fraudebestrijding en noemde daarbij de zorgpas met foto. Er ligt nu een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer, waarin een identificatieverplichting in de ziekenhuizen is opgenomen. Wij gaan dit dus aanpakken.

Velen van u hebben opmerkingen gemaakt over de preventie, met als achterliggende redenering dat dit zo veel zou kunnen schelen voor de kosten van het stelsel van gezondheidszorg. Laat ik vooropstellen dat het preventiebeleid voor mij niet primair en ook niet secundair een kostenbeleid is. Ik voer preventiebeleid primair vanwege de intrinsieke waarde die het voor de gezondheid heeft. Ik geloof ook niet dat het tot veel kostenbesparing leidt. Het leidt eerder tot ziekte-substitutie op de lange termijn. Dat het voor de kosten erg veel uitmaakt, geloof ik niet. De gemiddelde roker ± die het grootste probleem is dat wij hebben ± kost de staat per saldo geen geld, zal ik maar zeggen. Deed hij dat wel, dan nog is preventiebeleid voor mij primair volksgezondheidsbeleid zonder kostenoverwegingen. Ik heb dit jaar het mijns inziens belangrijkste mogen voltooien dat wij in de afgelopen jaren hebben gedaan, namelijk het rookbeleid, de rookvrije werkplek en de accijnsverhoging. Ik ben ervan overtuigd dat dit een grote impact zal hebben op het rookgedrag. Dat is heel belangrijk, want 15% van alle sterfgevallen per jaar hebben te maken met roken. Dat is een zeer aanzienlijk effect. Er zijn berekeningen die aantonen dat tot de helft van de gezondheidsklachten te maken heeft met gedrag en met leefstijl. Roken, overgewicht en te weinig beweging zijn de belangrijkste factoren. Wat mevrouw Dupuis zegt, is waar: een heel groot gedeelte van de gezondheid ligt in je eigen hand.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Stel dat het waar is, dan heb ik van de VVD-fractie en van mijn collega's toch altijd begrepen dat zij niet wilden ingrijpen in dat gedrag. Denk aan de Tabakswet en dergelijke. Als wij dat wel willen, dan zijn er veel meer overheidsmaatregelen nodig

om in onverantwoord gedrag in te grijpen.

Minister **Hoogervorst**: Het zal u ook niet zijn ontgaan dat ik daarover af en toe in aanvaring kom met mijn eigen partij. It's all in the game.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik denk dat mevrouw Van Leeuwen niet helemaal gelijk heeft. De VVD-fractie verdedigt uiteraard de eigen verantwoordelijkheid en de keuze van het eigen gedrag, zolang dat geen consequenties heeft voor anderen. Dat heeft het hier duidelijk wel, omdat je door slordig met je eigen lijf om te gaan, kosten genereert voor anderen. Dat kan geen politieke partij zonder meer willen. Ik begrijp eigenlijk niet wat mevrouw Van Leeuwen hier beweert.

Minister **Hoogervorst**: Ik zie hier geen onenigheid. Velen van u hebben mij gevraagd wat ik ging doen ten aanzien van de levensmiddelenindustrie. Ik heb onlangs nog met een groot levensmiddelenbedrijf gesproken. Men is er als de dood om in dezelfde hoek te komen als de tabaksindustrie. Er bestaat een grote bereidwilligheid om de handen ineen te slaan en ik hoop ook dat ik samen met de levensmiddelenindustrie en alle andere betrokken partijen tot een convenant kan komen om de obesitas problematiek stevig aan te pakken. Daar ga ik veel aan doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb in mijn bijdrage erop gewezen dat een gedeelte van de gezondheidsverschillen te maken heeft met de sociale omstandigheden.

Minister **Hoogervorst**: Daar kom ik nu op. Het is helder dat ongezond gedrag vooral voorkomt bij de bevolkingsgroepen met een lager inkomen. Ik vond uw betoog iets fatalistischs hebben: deze mensen zitten nu eenmaal in die situatie en kunnen er maar weinig aan doen. Ik weet ook wel dat er waarschijnlijk objectieve factoren aan ten grondslag liggen dat zij systematisch de verkeerde keuzes maken, zoals u dat noemde. Tegelijkertijd weet ik ook dat het onmogelijk is om de sociaal-economische verschillen in een heel korte tijd weg te nemen, mocht je dat al willen. De experimenten die daarmee in de wereldge-

Hoogervorst

schiedenis zijn gedaan, zijn niet erg gelukkig afgelopen. Die verschillen zijn voorlopig nog maar even een feit. Als je de gezondheidspositie van die mensen wilt verbeteren, zou toch dat gedrag het eerste aangrijpingspunt zijn. Dat zal inderdaad een taaie zaak zijn. Veel woordvoerders hebben terecht gezegd dat er zo weinig geld is voor het preventiebeleid. Overigens is dit wel het enige beleidsterrein waarop ik niet bezuinigd heb en waar zelfs wat meer bij is gekomen. Dat schaarse geld ga ik ook voornamelijk richten op de achterstandswijken. Dit wordt gecombineerd met het beleid van de staatssecretaris. Wij gaan letterlijk en figuurlijk proberen om daar vooral de jeugd in beweging te krijgen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw Slagter is gekomen met een klassieke marxistische onderbouwbovenbouwtheorie over het gedrag van mensen met een lage SES. Wij weten allemaal dat wat werkelijk helpt, goed onderwijs is. Dat noemt de minister nu echter niet. Zodra mensen met een lage SES goed onderwijs krijgen, verloopt niet alleen hun hele carrière beter, maar verandert vooral ook hun gezondheidsprofiel enorm in positieve zin. Ik wil heel graag dat de minister zegt dat hij in deze zin met zijn collega van Onderwijs praat. Daar ligt namelijk werkelijk de sleutel. Je kunt zelfs de uitspraak verdedigen, dat het voor een samenleving belangrijker is om mensen met een lage SES beter onderwijs te geven dan meer voorlichting over gezondheidszorg.

Minister **Hoogervorst**: Daar besteden wij ook uitvoerig aandacht aan in het project De gezonde school. Ik noem schoolfruit. Heel belangrijk is ook dat wij samen met de levensmiddelenindustrie ernaar streven dat het aanbod van producten in de automaten gezonder wordt. Ons streven is ook dat de porties kleiner worden. Het is allemaal erg aards waarmee ik mij moet bezig houden, maar ik kan het ook niet helpen.

Voorzitter. Mevrouw Nap heeft geïnformeerd naar de stand van zaken bij het punt dat de heer Buys heeft aangeroerd. Dat ging over de mogelijke kosteneffectieve projecten op het gebied van preventie. Daar zijn ZonMw en RIVM nu mee bezig. Er is al een eerste inventarisatie

gemaakt. In de begroting voor 2005 zal ik daarvan verslag doen.

Willen wij de zorgaanbieder enigszins aanspreken, dan moet hij ook door de cliënt worden aangesproken, namelijk als de cliënt wat meer kostenbewust wordt. Wat gaan wij op korte termijn van de zorgaanbieders verwachten? Dat is meer transparantie en meer concurrentie. Dit zijn voor mij de toverwoorden waarmee wij aan het werk moeten. Eerst moet de transparantie vergroot worden tussen de zorgaanbieders. Welnu, daartoe heb ik al een aantal projecten lopen. Allereerst noem ik het project Sneller beter. Dat begint al echt flink aan te slaan in het veld. Ik noem ook de benchmarking van de prestaties van met name ziekenhuizen en het verspreiden van goede voorbeelden.

Van groot belang is ook de invoering van de DBC's. Ik zal de Kamer nu niet vervelen met de techniek. Het is namelijk allemaal erg ingewikkeld. Het komt erop neer dat er prestatiebekostiging komt in de ziekenhuiszorg. Sinds de introductie van de lumpsums en de budgetten is die bekostiging verdwenen. Wij hebben nu dan ook geen inzicht meer in wat er precies wordt gedaan in de ziekenhuizen. Die wetenschap zal in de komende jaren dus sterk verbeteren. Wij kunnen dan ook zien welk ziekenhuis veel doelmatiger is dan het andere.

Inmiddels is duidelijk geworden dat wij ook expertise van buitenaf "ingehuurd" hebben, hoewel wij er niets voor betaald hebben. Wij hebben gevraagd om naar de zorgsector te kijken. De heer Bakker van TPG heeft al het nodige stof doen opwaaien.

Wat de kwaliteit betreft, ook een heel belangrijk onderdeel van Sneller beter, gaat de heer Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland, aan de slag. Shell heeft als geen ander bedrijf te maken met de veiligheid. Hem zijn al behoorlijk de schellen van de ogen gevallen wegens het ontbreken van sluitende veiligheidssystemen in ziekenhuizen. Ik kan u dus verzekeren dat ook het volgende rapport weer van belang zal zijn.

De heer **Van den Berg** (SGP): Rapporten zijn belangrijk en die schudden soms het bed op. Het echte probleem is volgens mij echter, dat de ziekenhuizen verplicht moeten worden om boven de deur te zetten:

voor een blindedarmoperatie moet je hier niet zijn, want wij amputeren hier alleen benen. Ik geef een willekeurig voorbeeld. Ik weet overigens niet welke dwangmiddelen de minister hiervoor heeft. De problematiek van de aanbieders is ± het geldt voor de cure en voor de care ± dat zij niet transparant willen zijn. Dat wordt geboycot en als de minister daar niet doorheen kan komen, hebben wij geen mogelijkheden en zullen alle goede voornemens en mooie rapporten weer bijgezet worden en doen wij er niets mee.

Minister **Hoogervorst**: Het voordeel ervan dat ik nog maar één jaar minister van Volksgezondheid ben, is dat ik nog niet helemaal cynisch ben...

De heer **Van den Berg** (SGP): Denkt u dat ik dit wel ben?

Minister **Hoogervorst**: Nee, maar een licht cynische ondertoon klonk wel bij u door en dat kan ik heel goed begrijpen!

Er is echter wel iets aan het veranderen. De ziekenhuizen zien in dat er meer van hen verlangd gaat worden en dat het geld op is. Men heeft aangeboden om de overschrijdingen die dit jaar zijn ontstaan door het wegwerken van de wachtlijsten, zelf via efficiencyverbetering te betalen. Daar ga ik niet voor betalen. Nu, dat was een paar jaar geleden ondenkbaar geweest. Men werkt voorts zelf mee aan de benchmarking. De IGZ, de inspectie, heeft samen met de NVZ nu al een benchmarkingsysteem opgezet. Daar wordt aan meegewerkt door de ziekenhuizen. Ik ben heus niet zo naïef om te denken dat er niet af en toe een flinke drang op het systeem moet worden gezet, maar er gebeurt wel wat.

Wat vanaf volgend jaar gaat gebeuren, is dat 10% van de ziekenhuisproductie ± ik moet dit woord even gebruiken, zo zeg ik in de richting van mevrouw Van Leeuwen ± in de markt wordt gezet en dat men met elkaar gaat concurreren. Dat gaat om de electieve zorg, namelijk standaardoperaties of althans redelijk gestandaardiseerde operaties, en planbare zorg als heupoperaties en staaroperaties. Wellicht kan men zo de onbenutte capaciteit die nu in de ziekenhuizen zit, gebruiken om elkaar een beetje te onderbieden en zo een

Hoogervorst

stukje van de markt af te pakken. Daar gebeurt echt heel veel.

Mevrouw Dupuis heeft haar zorg uitgesproken over de fraudegevoeligheid van DBC's. Wat dat betreft dreigt natuurlijk bij elk prestatiesysteem in de zorg een gevaar en daar moet je op bedacht zijn. Ik zal de Kamer niet met de techniek vermoeien, maar ik kan wel zeggen dat wij een flink aantal waarborgen in het proces hebben ondergebracht om die gevaren zo klein mogelijk te houden. In ieder geval zal de transparantie fors gaan toenemen.

Tot slot van mijn drieluik ± daarna ga ik over naar de capaciteitsproblematiek ± kom ik bij de verzekeraar. De verzekeraar heeft een centrale rol in de driehoek patiënt, zorgaanbieder en verzekeraar. De patiënt is in zijn eentje weliswaar tot veel in staat ± daarom wil ik ook zijn rol versterken ± maar hij kan niet zelfstandig met een ziekenhuis gaan onderhandelen over de te leveren prestaties. Dat nu kan de zorgverzekeraar voor hem doen. Wij hebben in Nederland een uniek systeem van risicodragende ziekenfondsen die met elkaar concurreren en dit loopt al een aantal jaren. Dit systeem vervolmaken wij, naar ik hoop, in de basisverzekering, in het kader waarvan de particuliere markt en de ziekenfondsmarkt samensmelten tot één homogene, diepe verzekeringsmarkt met veel concurrentie en waarbij de patiënt een belangrijke financiële motivatie krijgt om de concurrentie tussen de verzekeraars aan te jagen. Ik ben ervan overtuigd dat de verzekeraar een heel belangrijk tegenwicht gaat vormen voor de zorgaanbieders. Wie daar twijfels over heeft, zou ik willen uitnodigen om te kijken naar de rol van de verzekeraar in het ziekenfondssysteem en vervolgens te kijken naar de rol van diezelfde verzekeraar in de AWBZ waar hij niet risicodragend is. In de ziekenfondssfeer, waar hij risicodragend is, is hij veel attenter en veel zuiniger dan in de AWBZ. Ik ben er dan ook van overtuigd dat dit een belangrijke rol gaat spelen.

Ten slotte kom ik bij de vragen die zijn gesteld over de capaciteit. Je kunt zeggen dat we het wat betreft de financiën allemaal nog wel zien en dat dit al lastig genoeg is, maar dat het vervolgens de vraag is waar wij de mensen vinden om de

ouderen van de toekomst, waar ik ook toe behoort, netjes te behandelen. Ook dit is weer een terrein waarvoor één maatregel nooit voldoende is en waar het echt van een samenspel van maatregelen moet komen. Zojuist heb ik al een betoog gehouden waarmee ik aangaf dat het systeem doelmatiger moet worden. Dat is natuurlijk van zeer groot belang. Meer doelmatigheid moet leiden tot meer productiviteit. Er zijn wat dat betreft ontzettend veel mogelijkheden. Hoewel het niet van de ene op de andere dag zal gebeuren, is toch te verwachten dat de 36-urige werkweek wordt opgerekt. De gemiddelde werkweek in de ziekenhuizen zal langer moeten worden. Hoewel in de afgelopen twee jaar het ziekteverzuim is gedaald, kan dat nog veel verder omlaag. Dus zonder meer mensen in de zorg aan te stellen, kan de capaciteit van de zorg enorm stijgen. Alleen al verlenging van de werktijd zou 10% capaciteitsverruiming kunnen opleveren.

Voorzitter. Er is gesproken over de taakherschikking. Ook op dit gebied zijn er enorme mogelijkheden. Ik heb dat zelf in de praktijk kunnen waarnemen. Mevrouw Van Leeuwen sprak in dit verband met name over de zorg voor chronisch zieken. Dat is natuurlijk iets wat in de toekomst zal spelen. Juist bij deze vorm van zorg is taakherschikking uitermate nuttig. Het gaat hierbij namelijk om ziektes met een zeer voorspelbaar verloop waarbij je de dienstverlening aan de patiënt heel goed kunt protocolleren. De begeleiding van de zieken kan ook heel goed worden verzorgd door goed opgeleide verpleegsters, praktijkverpleegkundigen. Dat hoeft dan dus niet te gebeuren door internisten, specialisten en huisartsen. Er zijn van deze werkwijze al goede voorbeelden, maar die zijn nog niet wijd verbreid. Dit zal echter wel gebeuren. De praktijkverpleegkundige wordt de heldin van de 21ste eeuw van de gezondheidszorg, zoals Florence Nightingale dat in het verleden was. Daarvan ben ik absoluut overtuigd.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik hoor dat u op dit punt enthousiast bent. Het goed functioneren van de praktijkverpleegkundigen wordt echter nog steeds belemmerd door de wetgeving. De betrokkenen zouden al veel meer kunnen doen. Oogluikend

wordt wat u omschreef toegestaan, maar kunt op dit punt concreter zijn?

Minister **Hoogervorst**: In uw eerste termijn heeft u voor dit punt terecht aandacht gevraagd. Wij moeten dan ook hard werken om de gewenste situatie te bereiken. U sprak in dit verband over culturele barrières. Bij mijn bezoek aan een huisarts in een grote stad vertelde hij mij dat hij de enige assistent huisarts van Nederland had. Die assistente was een verpleegkundige. De huisarts was daar met recht heel trots op, maar hij vertelde ook dat hij elke dag een uur met haar een nazit had om alle patiënten te bespreken en om daarbij na te gaan of alles goed verliep. Naar mijn mening moet dit niet de praktijk zijn. Het lijkt er namelijk op dat het loslaten van taken heel erg moeilijk is.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het probleem met de praktijkverpleegkundige is tot nu toe toch ook dat de financiering niet goed is geregeld? Er zijn heel veel huisartsen die dolgraag een praktijkverpleegkundige in dienst zouden hebben, maar daar is geen facilitering voor. De wetgeving is niet toereikend. Een oplossing blijft uit vanwege conflicten die in het verleden speelden.

Minister **Hoogervorst**: Daar ben ik mij van bewust. Daarvoor is mij een wondermiddel aangereikt. Dat heet: de transmurale DBC. Dat schijnt goed te werken, maar daarover zal ik u nadere mededelingen doen als ik daarvan meer weet. Dat er echter problemen zijn, daarvan zijn wij ons bewust. De wettelijke barrières moeten wij wegnemen. Verder moet de opleidingsstructuur op de schop, maar daarover kom ik straks te spreken.

De heer **Hamel** refereerde terecht aan de varkenscycli uit het verleden. Die moeten wij natuurlijk zien te vermijden. Ik wijs erop dat wij in de afgelopen jaren de opleidingen voor specialisten en artsen zeer hebben verruimd. Ondanks de budgettaire nood hebben wij de verruiming niet teruggedrongen. Die gaat dus gewoon door. Verder hebben wij het capaciteitsorgaan gevraagd heel ver vooruit te denken, om al aan de periode 2012-2017 te denken. Wij hebben het orgaan gevraagd beleidsrijk te ramen, dus om de mogelijkheden die bijvoorbeeld

Hoogervorst

taakherschikking met zich brengen in aanmerking te nemen.

Zowel de heer Hamel als mevrouw Van Leeuwen heeft gerefereerd aan het huisartsenprobleem. Dat is natuurlijk een nijpende kwestie. Ik kan niet mensen op laten leiden als zij niet opgeleid willen worden. Dat is een probleem. Thans wordt niet alle opleidingscapaciteit benut. Toen ik aan deze job begon, dacht ik: dat huisartsenbestaan, dat moet het gruwelijkste zijn wat er is. Dat was mijn conclusie na alle verhalen van de voorgaande jaren, maar het blijkt een hartstikke leuke baan. Dat vindt mevrouw Slagter ook. De LHV realiseert zich ook dat de publiciteit uit het verleden zich een beetje tegen het vak heeft gekeerd. Huisartsenzorg moet anders georganiseerd worden. Er is veel meer samenwerking nodig met andere vormen van medische dienstverlening. Ik ben druk in bespreking met de partijen in de eerste lijn om tot gezamenlijke afspraken te komen. Taakherschikking speelt daarin een rol. Dat dit flink op de schop moet, is mij glashelder.

De stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg is al aan het werk. Zij heeft tot taak de veldpartijen te stimuleren om de zorgopleidingen en de beroepsstructuur te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende besturingsstructuur. De stuurgroep staat voor een vreselijk taaie taak en heeft te maken met heel veel verschillende belangen. Ik heb gezegd: als jullie er niet goed uitkomen, ga dan niet jaren voortploeteren, maar sein mij tijdig in opdat ik jullie eventueel een andere status kan geven. Gegeven de sense of urgency die breed in het veld leeft, denk ik dat men goed werk kan leveren. De stuurgroep zal mij op korte termijn een werkplan overleggen met de begroting voor 2004. Eind oktober kan ik een werkplan voor 2005 tegemoet zien. In de jaarlijkse werkplannen zal de stuurgroep de geschatte kosten van de commissie-LeGrand concretiseren.

Ik heb de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) gevraagd de regie voor de verpleegkundige beroepsstructuur en het opleidingscontinuüm op zich te nemen. De AVVV is daar inmiddels mee begonnen. De opdracht omvat alleen de beroepsgroep van de

verpleegkundigen. Ik beraad mij op een afzonderlijk project voor de verzorgenden.

Mevrouw Van Leeuwen heeft gevraagd hoe wij de beroepskwalificaties bewaken in de context van de grotere EU. De bestaande richtlijnen voor de onderlinge erkenning van diploma's zijn gebaseerd op minimumeisen die aan de opleidingen worden gesteld. Voorstellen om dit te vervangen door een beschrijving van vereiste competenties worden breed gedragen, maar dit heeft nog niet geleid tot aanpassingen. De discussie hierover is nog niet voltooid. Wij wilden nieuwe toetreders duidelijkheid verschaffen over de tot nu toe overeengekomen minimumeisen. Hun opleidingen konden zo in ieder geval daaraan voldoen. Het overleg over de beschrijving van de competenties begint volgend jaar.

Mevrouw Van Leeuwen heeft ook gevraagd naar de stand van zaken rond de stimuleringsregeling. De aanvullingen van VWS op de tijdelijke stimuleringsregeling regulier maken ID-banen worden zoals het er nu naar uitziet volledig benut. De regeling van SZW loopt tot 1 juli. Momenteel zijn er ruim 8000 aanvragen ingediend. Ervan uitgaande dat van de aanvragen ruim 94% wordt toegekend, worden de budgetten voor aanvulling voor deze sectoren uitgeput. Daar blijft dus geen geld liggen.

Er is op gewezen dat het tekort aan beroepskrachten in de cure wellicht nog wel op te lossen is, maar dat het probleem in de AWBZ wel eens veel groter kan worden. Ook in de AWBZ kan volgens mij nog behoorlijk wat efficiencywinst worden geboekt, bijvoorbeeld met het gebruik van ICT. De heer Van den Berg refereerde daaraan in zijn toekomstschets. Vooral bij de AWBZ zal een veel duidelijker verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en burger moeten ontstaan. Dat is de kern van het voorstel voor een wet maatschappelijke ondersteuning, dat de staatssecretaris nader zal toelichten.

Voorzitter. Het zal duidelijk zijn dat wij op VWS doordrongen zijn van de enorme uitdaging die voor ons ligt. De vraag is niet zozeer of wij wel genoeg doen als wel of wij niet te veel doen. Wij laten namelijk werkelijk geen steen onberoerd. Wij zijn werkelijk op alle hoofdpunten van ons stelsel de zaak in beweging

aan het brengen. Hoewel het in het veld af en toe als pijnlijk wordt ervaren, merken wij wel dat er daar een groot besef aanwezig is dat er meer prestatiegerichtheid moet zijn, niet alleen voor de korte termijn maar zeker ook voor de langere termijn. Dat is iets waar wij hier in Nederland behoorlijk van doordrongen beginnen te raken, hetgeen in andere landen nog wel eens anders is.

□

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Mevrouw de voorzitter. Ook ik wil van deze gelegenheid gebruikmaken om mevrouw Nap te feliciteren met haar maidenspeech, met name vanwege het onderwerp dat zij gekozen heeft. Sport is een heel actueel onderwerp dat in den brede leeft.

Verschillende woordvoerders zijn uitgebreid ingegaan op de gang van zaken rond de AWBZ. Ik ben mij er terdege van bewust dat mij de komende periode een behoorlijk zware klus te wachten staat waar het gaat om het veiligstellen van de zorg voor mensen met zware handicaps, oudere mensen en mensen met beperkingen, daar waar helaas geconstateerd moet worden dat de AWBZ in financieel opzicht momenteel echt buiten de oevers treedt. Belangrijk hierbij is ervoor te zorgen dat de solidariteit met deze groep mensen wordt behouden. Hoe zorg je ervoor dat iedereen de almaar oplopende premies blijft betalen?

Het is in ieder geval duidelijk dat wanneer op dit punt geen actie wordt ondernomen, in 2020 de premie opgelopen zal zijn tot een percentage van 23. Dan zou het kunnen zijn dat in totaal 850.000 mensen extra in de gezondheidszorg werkzaam moeten zijn om alles daadwerkelijk geprofessionaliseerd te krijgen. Dat is een vrij onrealistisch beeld. Je kunt niet 22% van de beroepsbevolking alleen inzetten voor de volksgezondheid. Genoemde extra inspanning zal geleverd moeten worden door enerzijds inkomensafhankelijke premies te heffen en anderzijds ervoor te zorgen dat de zorgconsumptie beperkt wordt zodat men niet terecht komt in de zware zorg dan wel dat die zware zorg wordt uitgesteld. Daarnaast moet geprobeerd worden om het leven niet onnodig te medicaliseren. Een recent SCP-rapport laat zien dat

Ross-van Dorp

veel ouderen het liefst zo lang mogelijk thuis willen wonen en zo lang mogelijk mee willen doen in de samenleving. Dat kan, ook als zij AWBZ-zorg nodig hebben. Wat mij betreft ook in de toekomst, al zal het wel zo zijn dat men thuis zorg kan krijgen tot een zeker omslagpunt. Je kunt niet ieder huis als verpleeghuis inrichten, maar het zo lang mogelijk thuis wonen en thuis zorg ontvangen, is goed omdat men zo in het eigen sociale netwerk blijft. Het blijkt namelijk dat het voor veel mensen moeilijk is om dat sociale netwerk te behouden, omdat anderen om hen heen wegvallen, waardoor ze zich vaak eenzaam en onveilig voelen. Dan geven ze er veelal de voorkeur aan om naar een instelling te gaan omdat ze zich daar veiliger voelen, terwijl die veilige omgeving en het sociaal netwerk ook in de buurt en in de wijk georganiseerd zouden kunnen worden. Een RIVM-rapport dat binnenkort verschijnt, laat zien dat 25% van de 65-plussers niet erg gezond is. Dit kan veel beter. Veel mensen roken, ook vrouwen. Dat is een niet zo gezond gedrag. 60% van de mensen beweegt te weinig, terwijl 40% last heeft van hoge bloeddruk. Er dient aandacht aan te worden besteed aan deze groep, zodat men blijft bewegen en meedoen, waardoor het mogelijk is om de nare gevolgen te beperken. Het is ook belangrijk om bij mensen op leeftijd het nodige te doen aan voorlichting en er niet van uit te gaan dat deze mensen behoren tot de groep die eerstdaags toch terechtkomt in de zware zorg.

Het is tegenwoordig al mogelijk om lid te worden van een ouderensbond als je 50 jaar bent, maar je bent volgens mij pas echt oud als je 85 jaar bent. We moeten niet te snel denken dat mensen bij 50 al oud en zorgbehoevend zijn en dat er geen aandacht meer besteed hoeft te worden aan het sociale verkeer voor mensen rond de 60 jaar.

Om de toegang tot de AWBZ goed te kunnen bewaken voor degenen om wie het gaat, moeten we scherper kijken naar de indicatiestelling. Ik ben daar het afgelopen jaar mee begonnen. Er is een nieuwe weg ingeslagen. We zijn goed gaan kijken welke zorg noodzakelijk is en wat mensen echt nodig hebben. We leveren maatwerk en we indiceren meer functies. We hebben ons echter ook een aantal zaken afgevraagd. Is het in het geval van het geven van

huishoudelijke hulp normaal dat deze huishoudelijke hulp, die betaald wordt uit de AWBZ, moet vragen of de familieleden hun voeten even willen optillen omdat zij onder de bank moet stofzuigen.

Mevrouw Dupuis vroeg of er wel voldoende wordt gekeken naar "gepast gebruik". Dat is erg nodig. Het kabinet vindt dat professionele hulp achterwege kan blijven bij gebruikelijke zaken die je normaal in gezins- of familieverband of voor je partner doet. Als een echtgenote tijdelijk onthand is vanwege een gebroken been, dan is het niet altijd vanzelfsprekend dat iemand professionele huishoudelijke hulp krijgt, betaald uit de AWBZ. Op het formulier "gebruikelijke hulp" dat nu wordt toegepast, wordt ook gevraagd wat mensen normaal gesproken nog voor elkaar kunnen doen in het gezin. Die aanpassing van het gebruik van het formulier heeft sinds 1 januari 2003 geleid tot een afname van de indicaties met ruim 10%. Mensen vinden het niet altijd leuk dat deze vraag gesteld wordt, maar het is wel een normale vraag. Degenen die de indicatie stellen, vatten het op als bijzonder plezierig dat ze daarbij geholpen worden door een dergelijk formulier, waarbij je invulling kunt geven aan de vraag naar de verantwoordelijkheid van mensen.

Ik dank mevrouw Dupuis ook voor de ondersteuning in mijn poging tot gepaster gebruik. Er zit in formele zin geen woonfunctie in de AWBZ, maar alleen de functie van verblijf. Mevrouw Dupuis heeft gelijk als zij stelt dat er wel degelijk wonen in de AWBZ zit. Wonen is inbegrepen voor iemand die in een verpleeghuissetting zit. Er is destijds besloten om de verzorgingshuizen in de AWBZ onder te brengen vanwege de kritische noot van de commissie-Welschen. Deze commissie constateerde dat de zorg voor ouderen via verschillende financiële systemen werd bekostigd. Zoals ik in mijn contourenbrief over de Wet maatschappelijke ondersteuning aan de Tweede Kamer heb aangegeven, kan de klant voor een deel van wat wij nu AWBZ-verblijf noemen, prima zelf de woonlasten betalen, al dan niet met huursubsidie. Mensen kunnen op die manier meer hun eigen keuzes ten aanzien van de kwaliteit van wonen maken, kopen of huren, goedkoop of duur. Mensen die een verantwoordelijkheid willen

nemen, moeten die ook kunnen nemen. Als je geld hebt, moet je het wel kunnen besteden. Er moeten in het systeem geen belemmeringen zitten om je eigen verantwoordelijkheid te nemen als je dit wilt. Wij gaan daar heel goed naar kijken. Er komen ook steeds meer mogelijkheden voor woonvormen waar zorg geleverd wordt, maar mensen toch kunnen wonen op de manier die zij zelf kunnen bekostigen. Dat is een goede zaak. Er zijn natuurlijk ook mensen die gewoon kunnen blijven wonen waar ze wonen omdat wij die zorg nu thuis leveren. Dat is ook prima.

In de brief over de Wet maatschappelijke ondersteuning stel ik voor dat de functie verblijf alleen wordt toegekend aan mensen voor wie dat noodzakelijk is door hun zorgbehoefte. Dat betekent dat een heel groot deel van de verzorgingshuiscapaciteit wordt getransformeerd naar zelfstandige woningen of naar beschermende woonvormen. Dat zal dus anders gaan. Ook zal een aantal verzorgingshuizen worden omgevormd naar een verpleeghuiscapaciteit, want de mensen die daar binnenkomen hebben een veel grotere behoefte aan zorg dan een aantal jaren geleden. De behoefte aan intramurale capaciteit blijft dus bestaan. Die zal zelfs toenemen, maar tegelijkertijd moeten wij niet aan het bouwen slaan en ondertussen vergeten dat mensen, ook als ze een grote behoefte aan zorg hebben, toch nog ervoor moeten kunnen kiezen om die zorg thuis te krijgen. Het zou niet goed zijn als je het gevoel hebt dat je alleen maar bouwt omdat die mensen daar allemaal naar binnen moeten. Ik werk daarom samen met de minister van VROM aan een plan, dat wij binnenkort aan de Kamer presenteren. Daarin wordt uiteen gezet hoe wij omgaan met bouwen in relatie tot zorg. En ik kan de Kamer verzekeren dat er echt heel wat moet gebeuren.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd of naar een verzorgingshuis gaan goedkoper is dan thuisblijven. Uit verschillende onderzoeken, onder andere van PriceWaterhouseCoopers, blijkt dat zorg en ondersteuning thuis veelal goedkoper is dan opname, maar bij zware vormen van zorg kan dit beeld keren. Daarom wil ik voor de financiering omslagpunten formuleren. Dat is gebruikelijk; dat gebeurt ook in het buitenland. Je kunt dan zorg thuis krijgen, maar als

Ross-van Dorp

dat zo duur wordt dat het niet meer realistisch is in relatie tot hetgeen uit hoofde van solidariteit kan worden opgebracht terwijl die zorg ook intramuraal goed kan worden geregeld, dan wordt dat een omslagpunt. Dat lijkt mij ook goed. Je kunt dus thuis wonen totdat dit duurder wordt dan opname in het verpleeghuis.

De rollator heeft veel commotie teweeggebracht. Toen de rollator in het pakket kwam, kostte hij nog 800 gulden. Laatst kreeg ik van een zekere bouwmarkt een folder waarin de rollator werd aangeboden voor € 100. Als je daar zin in had, kon je daar een rollator kopen. Als iedereen een rollator kan betalen, kan hij dus eigenlijk uit het pakket. Zo simpel zou je het kunnen stellen. De rollator wordt inmiddels massaal geproduceerd, waardoor de prijs flink is gedaald. Misschien zou de rollator niet meer worden toegelaten tot het ziekenfondspakket omdat de kosten te gering zijn, maar wij moeten ons wel realiseren dat er mensen zijn die grote moeite hebben met het betalen van zo'n ding. Ze moeten overigens allemaal aan bepaalde kwaliteits- en veiligheidseisen voldoen, ook de rollators die bij de bouwmarkt worden aangeboden.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Op het moment dat de staatssecretaris de rollator uit het pakket haalt, is hij binnen veertien dagen voor € 10 te koop op het Waterloo Plein. Ik denk dat dit geen probleem is.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Ik denk dat mevrouw Van Leeuwen daar een andere opvatting over heeft, gelet op de haast waarmee zij naar de interruptiemicrofoon loopt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Tegen mevrouw Dupuis wil ik zeggen dat ik uit ervaring heb geleerd ± mijn schoonzus heeft een rollator ± dat de kosten van de reparaties aan een gebruikte rollator op het ogenblik vele malen hoger zijn dan de aanschafprijs van een nieuwe. Daar ligt een wezenlijke problematiek. Dan zou je dat ook uit het pakket moeten halen en daar is mevrouw Dupuis volgens mij nog niet helemaal voor.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Kennelijk beschouwen wij het als heel leuk ding, maar het is natuurlijk ook een fantastische uitvinding waarmee heel veel bejaarden hun

actieradius hebben kunnen vergroten. In die zin heeft de rollator gezondheidsbevorderend gewerkt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik kan het niet laten om even te reageren op de opmerking van mevrouw Van Leeuwen.

Op het moment dat dit uit het pakket gaat, openen leuke jonge mannen en vrouwen bedrijfjes waarin voor een krats rollators worden gerepareerd. Dat is nog goed voor de economie ook.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Zo zie je maar wat een heftige reacties de rollator oproept. Wij doen bijna het debat over. Er is geen sprake van dat hij op dit moment uit het pakket gaat. Mij lijkt het wel logisch dat mensen die het kunnen betalen, zelf zo'n ding aanschaffen en dat je weet waar je ze kunt kopen. Ik was enige tijd geleden in Noorwegen in een hotel. De scootmobielen en andere hulpmiddelen stonden in de lobby uitgesteld, zodat mensen ze konden kopen of een proefritje konden maken. Dat heb ik hier nog niet gezien. Als je het zelf kunt betalen, moet je ook weten waar je zo'n ding kunt halen.

Ik ben overigens een voorstander van bruikleen. Ik zal nagaan in hoeverre dat zinvol is bij de hulpmiddelen voor zover die tot mijn portefeuille behoren. Als het niet doelmatig is en de kosten van bruikleen hoger zijn dan van een nieuw hulpmiddel, bijvoorbeeld omdat het middel allang is afgeschreven, dan is het niet zinvol. Het moet wel doelmatig zijn. Ik zal dat graag nog eens met de zorgverzekeraars bespreken.

Er zijn voldoende mogelijkheden om de doelmatigheid te versterken. Mevrouw Van Leeuwen vroeg zich af of er nog doelmatigheidswinst te behalen valt in de caresector. Als je weet dat de budgetten die zorginstellingen krijgen ongeveer gelijk zijn, valt het op dat je zulke enorme grote verschillen ziet tussen de ene instelling en de andere. Het is niet altijd het gevolg van een historische belasting, maar het heeft ook te maken met de wijze waarop het management gevoerd wordt. Daarin valt nog een hele slag te slaan. Ik doe een onderzoek naar de factoren voor succes en falen in de care. Ik ben van plan onderzoekjes te doen bij de instellingen zelf om na te gaan hoe het komt dat het bij de ene

instelling bijzonder goed gaat, dat het daar barst van de vrijwilligers, het personeel enthousiast is en de cliëntenorganisatie ook en dat het zo'n 20 km verderop niet wil lukken. Hoe komt dat nou en wat kan daarvan geleerd worden? Op dat terrein moet nog een behoorlijke slag gemaakt worden. Gelukkig kom ik nogal wat bestuurders tegen die de handen ineen willen slaan.

Er zijn mogelijkheden om doelmatiger te werken, het werk leuker te maken of flexibiliteit in het werk in te bouwen. Soms wordt er via heel strakke schema's gewerkt, omdat men denkt dat dezelfde handeling steeds uitgevoerd moet worden. Als je dat wat vraaggericht doet en meer afstemt op de bewoner, blijkt het allemaal veel prettiger en beter te gaan. Ook ICT, cam-care kan daarbij een rol spelen, care op afstand. Er zijn prima initiatieven die het ondersteunen waard zijn.

Bij alle maatregelen vergeten wij soms dat er nog steeds veel en goede zorg wordt geleverd. Pyjamadagen moeten niet het beeld zijn van de zorg in het algemeen. De inspectie is ter plekke geweest en heeft geconstateerd dat er grote problemen in die instelling zijn. Gelukkig doen deze problemen zich niet in die mate over het hele land voor. Daarvoor moeten verbetermaatregelen getroffen worden.

Wij moeten dus zeker naar morgen en overmorgen kijken. Wij moeten bewerkstelligen dat die zorg er ook zal zijn voor degenen voor wie die oorspronkelijk bedoeld is in de AWBZ. Wij moeten de zorg veiligstellen voor chronisch zieken, mensen met een ernstige handicap, mensen die oud zijn en zorgafhankelijk. Daarom moeten wij de AWBZ de komende jaren aanpassen. De burger heeft niet alleen behoefte aan zorg, maar meer en meer aan hulp om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen leven. Het gaat om dienstverlening, maaltijden, sociaal verkeer, wonen en vervoer. Dit type hulp is nu een lappendeken, hoewel niet overal. Ik kom praktijkvoorbeelden tegen in gemeenten waar instellingen die ondersteuning bieden elkaar heel goed hebben gevonden. Dat is vaak afhankelijk van een aantal zeer enthousiaste personen, een bevlogen wethouder, iemand van de thuiszorg of een zorginstelling. Je ziet die voorbeelden wel, maar niet in heel Nederland

Ross-van Dorp

is dat de praktijk. Daarom is het nodig die praktijk wel overal ingang te doen vinden, want het kan.

Om die reden wil ik de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning introduceren. Het visiedocument ligt bij de Kamer. De wet moet zo worden geschreven dat die doet wat wij willen dat die doet en dat is de betrokkenheid bij mensen die ondersteuning nodig hebben op lokaal niveau organiseren. De Wet maatschappelijke ondersteuning gaat straks delen van de AWBZ omvatten. In eerste instantie zijn dat de huishoudelijke hulp, de welzijnsdienst, de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten. Daarmee wordt een duidelijke scheiding aangebracht tussen AWBZ-zorg en de daarbij behorende ondersteunende diensten ± beiden blijven in één totaal pakket ± die je op lokaal niveau kunt bieden aan mensen die geen zware zorg behoeven. Gemeenten krijgen nadrukkelijk de taak om die brede ondersteuning te doen leveren door private partijen en daar de regie op te voeren. Ik heb al gezegd dat zij dat nu al deels doen, want zij voeren de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten uit, maar dat moet straks in samenhang gebeuren. Er moeten integrale pakketten gemaakt kunnen worden en er moet een stevig beleid op mensen met beperkingen gevoerd gaan voeren, met een stevige wettelijke basis. Je zou dus kunnen zeggen dat welzijn weer een heel harde sector wordt waar gepresteerd moet worden. "Welzijn" wordt dus weer met een heel grote "W" geschreven.

In de door de heer Van den Berg aangegeven casus spreekt de benadering "begin bij uzelf" mij zeer aan. In de jeugdhulpverlening, bij de "eigen kracht"-conferenties, zien wij dat dit heel erg goed kan werken. De heer Van den Berg maakte een mooie combinatie van de "eigen kracht"-conferentie en de gezinscoach. Wij bekijken op alle fronten van het beleid wat mensen zelf zouden kunnen, zodat zij de regie over hun eigen leven kunnen blijven houden. Neem hun die regie niet uit handen en bekijk wat zij zelf kunnen doen in hun eigen omgeving! De heer Van den Berg heeft ons een heel mooie toekomstvisie geschetst, met veel nadruk op het in eigen kring vinden van oplossingen voor problemen. Dat spreekt mij erg aan en sluit aan bij het bestaande

kabinetsbeleid om meer nadruk te leggen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers om zelf een oplossing te vinden voor hun problemen, maar de toekomst hoeft natuurlijk niet zo eenduidig te zijn. In mijn nabije toekomstvisie ± ik hoop dat die wat dichterbij ligt ± kom je met de uitwerking van de Wet maatschappelijke ondersteuning misschien eerst bij het wijksteunpunt terecht, waar ook de huisarts zijn praktijk kan hebben, voordat je meteen naar de verzekeringsarts gaat. Je moet dus zo dicht mogelijk bij huis met een lage drempel terechtkunnen met je hulpvraag.

Ik zou aan de toekomstvisie van de heer Van den Berg overigens het gebruik van de nieuwe informatie- en communicatietechnieken willen toevoegen, want die zijn heel goed en dragen ertoe bij dat een burger gerichter kan kiezen. Ik hoop dat wij in de "care"-sector snel en goed kunnen aansluiten bij de Michelingid- sen in de zorg. Niet alleen de keuzemogelijkheid voor de cliënt is belangrijk; ook transparantie van instellingen over wat zij presteren is belangrijk. Dat is een enorm goede prikkel, zoals ook in het onderwijs is te zien. Het is beter om dat zelf te doen en met je eigen kwaliteit te koop te willen lopen dan dat journalisten op een gegeven moment bekijken hoe de ene instelling zich verhoudt tot de andere en op basis daarvan met eigen lijstjes komen. Ik vind dat de sector daar proactief in moet zijn en dat wil ik ook heel graag steunen.

Ik verwacht dat de gemeenten de Wet maatschappelijke ondersteuning ervaren als een stimulans om hun burgers beter te helpen. Ik verneem op dat punt enthousiaste reacties. Er zijn gemeenten die mij vragen of zij alvast kunnen beginnen met de verdere ontschotting en het integraal aanbieden van pakketten, maar uiteraard is er eerst nog het debat in de Tweede Kamer. Ik merk wel dat de druk van onderop op mij toeneemt om ruimte voor pilots te creëren. Ik denk dat de Wet maatschappelijke ondersteuning bij uitstek de mogelijkheid biedt om dichtbij de burger arrangementen te maken die precies de hulp leveren die een cliënt nodig heeft. Nu komt het nogal vaak voor dat iemand thuishulp krijgt, bijvoorbeeld hulp in de huishouding, terwijl men alleen eenzaam is en zich onveilig voelt. Het kan zijn dat iemand een beetje thuishulp nodig

heeft, maar voor zo iemand is natuurlijk van groot belang dat die hulp in combinatie geboden wordt met andere activiteiten met een stukje sociaal netwerk. Dat moet de WMO bewerkstelligen. Het gaat dus niet om het daarin parkeren van een welzijnsstukje uit de AWBZ waarop het Rijk de regie voert, terwijl de rest in de gemeente plaatsvindt, maar om een prima totaalpakket. Ik denk dat dat buitengewoon preventief gaat werken.

Het is dus ook een kwestie van nieuwe ordening, het helder omschrijven van verantwoordelijkheden. Dat vraagt aanpassingen van alle partijen: van de VNG, maar ook van cliëntenorganisaties. Iedereen zal zich meer moeten richten naar het lokale niveau. Het komt te vaak voor dat belangenorganisaties zich echt op de rijksoverheid richten en bij mij aan tafel komen zitten, terwijl zij eigenlijk op dat lokale niveau actief zouden moeten zijn. Ook dat ga ik dus proberen te stimuleren, ook in mijn subsidiebeleid. Ik vind het prima om een subsidierelatie met organisaties te hebben, maar dan wel graag als wij samen vinden dat wij maatschappelijke doelstellingen met dat geld realiseren. Daar gaan wij de komende tijd dan ook op inzetten.

De 2,5 miljoen mantelzorgers vormen een ontzettend belangrijke hoeksteen van onze verzorgings-samenleving. Ik ben uit op een verschuiving van verzorgingsstaat naar verzorgings-samenleving. Organisaties moeten niet alleen bij het Rijk aan tafel zitten. Men moet naar de basis. Het beleid moet neergelegd worden waar het kan. Voor mantelzorgers is dat het laagste niveau. Toepassing van het subsidiariteitsbeginsel betekent dat mantelzorgers op lokaal niveau gesteund worden. Dat is ongelofelijk noodzakelijk.

Ik ben het met mevrouw Slagter eens dat wij heel zuinig moeten zijn op de mantelzorgers. Ik durf de stelling aan dat zonder mantelzorgers het zorgstelsel in meerdere opzichten failliet zou gaan. Wij kunnen het dan niet meer betalen. Mensen willen bovendien graag mantelzorg verlenen. Het is voor hen geen straf. Wij moeten ervoor zorgen dat de werkbelasting van mantelzorgers goed in de gaten gehouden wordt. Zij moeten een beroep kunnen doen op een sociaal netwerk in de buurt. Het is nogal eens zo dat

Ross-van Dorp

zij het gevoel krijgen het allemaal zelf te moeten doen en wel totdat zij erbij neervallen. Het is niet voor niets dat het Rijk de mantelzorgers per jaar met 22 mln euro steunt. De mantelzorgsteunpunten zijn voor de mantelzorgers zeer belangrijk. Het geld gaat straks naar de gemeente. Wat mij betreft wordt het ondergebracht bij de Wet maatschappelijke ondersteuning. De gemeenten krijgen een wettelijke taak om de mantelzorgers daadwerkelijk te steunen. Mantelzorgers en vrijwilligers zullen ondergebracht worden in een van de prestatievelen waar gemeenten beleid op moeten maken. De gemeenten moeten transparant maken wat zij op dat gebied doen.

Mevrouw Van Leeuwen heeft mij gevraagd te reageren op het advies van het CVZ om de gebruikelijke zorg te verruimen. Zij legt daarbij een verband met de mantelzorg. Zij pleit ervoor mantelzorg via een PGB te verkiezen boven onvermijdelijke opname. Ik denk dat deze problematiek genuanceerd bekeken moet worden. Betaling aan mantelzorgers middels een PGB is onder omstandigheden heel goed te rechtvaardigen, bijvoorbeeld als iemand zijn baan opgeeft om te zorgen voor een zwaar zorgbehoevend kind of voor intensieve zorg voor een partner. Er is ook gebruikelijke zorg oftewel zorg die vanzelfsprekend is in relatieverband. Ik ben huiverig om ook daar een PGB voor te geven. Ik vind gebruikelijke zorg heel erg nuttig. Wat kun je normaal gesproken voor elkaar doen? Als de door de omgeving geleverde zorg dat te boven gaat in geval van AWBZ-geïndiceerde zorg, is het logisch om te bezien of daar een PGB voor gegeven kan worden.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Er is toch overeenstemming bereikt over wat in het kader van mantelzorg onder de AWBZ valt? Ik krijg uit het advies van het College voor Zorgverzekeringen de indruk dat als gevolg van het optreden van enkele zorgverzekeraars en de RIO's een stap terug is gezet. Wij spannen daarmee het paard achter de wagen bij de inzet van mantelzorg.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Bij AWBZ-geïndiceerde zorg kunnen PGB's worden verstrekt. Als het slechts gaat om ondersteunende diensten of om puur huishoudelijk werk, dat niets te maken heeft met

een zorgbehoefte, is bekend dat er bedragen worden uitgekeerd aan mensen die vervolgens een familielid vragen om het huishoudelijke werk te doen. Waar ligt dan de grens? Wat mij betreft staat er een eenduidige AWBZ-indicatie op papier. Een PGB is een goede manier om mensen in staat te stellen mantelzorg te blijven leveren. Wij zijn het daarover eens.

Voorkomen moet worden dat mantelzorgers door gebrek aan steun, financieel of uit hun omgeving, zorgtaken opgeven. Daarop moet ingezet worden. Ik begrijp van mantelzorgers dat het niet slechts een kwestie van geld is. Men heeft ook behoefte aan af en toe respijt, zodat zij boodschappen voor zichzelf kunnen doen. Dat zijn ongelofelijk belangrijke zaken. Wij moeten helpen om daarvoor de infrastructuur te creëren.

Dan kom ik toe aan de bijdrage van mevrouw Nap over het onderwerp sport. Wij hebben het gehad over preventie en over het zo gezond mogelijk oud worden. Als je kijkt naar het belang van sport daarbij, mag het duidelijk zijn dat het kabinet vanuit dat vertrekpunt op het gebied van sport maatregelen heeft genomen. Wij willen onder andere het subsidiegeld beter inzetten. Subsidie gaat niet alleen naar de landelijke sportbonden, maar ook en vooral naar het lokale niveau, voor steun aan wijken, buurten en verenigingen. Zo is er geld vrijgemaakt voor onder meer het voorlichtingsprogramma "Flash", waarmee wij voor jong en oud meer bewegen en sporten promoten. Gebrek aan lichaamsbeweging is volgens het RIVM verantwoordelijk voor 6% van de jaren dat wij in minder goede gezondheid leven. Ik wijs ook graag op de uitvoering van de kabinetsnota "Sport, bewegen en gezondheid", in het kader waarvan jaarlijks talrijke initiatieven en projecten worden uitgevoerd. Verder kom ik binnenkort met een impulsregeling om alle gemeenten, dus niet alleen de grote gemeenten of vijftig wijken, via de impuls buurt, onderwijs en sport, binnen die driehoek, samen met sportverenigingen en het onderwijs, nieuw initiatieven op wijkniveau te laten opzetten. In de beoogde Wet maatschappelijke ondersteuning is het aanbieden van accommodaties voor sport en welzijn bovendien een prestatieveld. Wat betreft het inzetten daarvan hebben enkelen van u

gesproken over jeugd in achterstandsituaties. Die vinden wij niet alleen in de grote steden, maar ook in Noordoost Groningen. Ook daar zijn prachtige projecten, waar wij ruimte aan moeten geven. Daarom valt de impuls niet onder het grotestedenbeleid. De impuls is breder inzetbaar en wij hopen daar meer spin-off mee te krijgen. Het is en blijft een impuls en wij hopen dat gemeenten daar een aantal jaren van profiteren en dat men ziet: zo kan het ook, laten wij zelf de draad oppakken en hierin blijven investeren. Meer bewegen en lekker met elkaar sporten; dat moeten zoveel mogelijk kinderen van jongs af aan als onderdeel van hun opvoeding meekrijgen. Gelukkig zit het in Nederland wat dat betreft wel goed.

Mevrouw **Nap-Borger** (CDA): Wordt de impuls ingesteld in de vorm van cofinanciering? Dat heeft goed gewerkt en het heeft veel gemeenten en provincies over de drempel geholpen om actief beleid te ontwikkelen.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: U duidt op de breedtesportimpuls. Deze heeft mogelijkheden geboden aan de kleinere gemeenten die achteraan de trits zaten, om plannen in te dienen. Die plannen kunnen de komende jaren gewoon nog worden uitgevoerd. Daarnaast komt het geld beschikbaar voor de breedtesportimpuls-nieuwe stijl, waarbij er sprake is van een koppeling van de elementen buurt, onderwijs en sport. Wij vonden het nodig de impuls niet alleen op de sport te richten, maar vooral de koppeling in de driehoek te maken, omdat er daar heel veel succesvolle projecten zijn. Dit levert allerlei profijt op en niet alleen gezondheidswinst. Bij de overdracht van waarden en normen, zoals respect en tolerantie en het respecteren van regels, is sport een heel belangrijk instrument. Het onderwijs is de vindplek en de wijk is lekker dichtbij. Kinderen op school kunnen daarvan profijt hebben, maar in de rest van hun leven kan dit ook zeer profijtelijk zijn.

Mevrouw Nap sprak haar zorgen uit over het alcoholgebruik door minderjarige sporters in sportkantines. Al meer dan drie jaar is er gewerkt aan alcoholmatiging via het project Alcohol in sportkantines. Eind 2003 was dit afgelopen. Inmiddels zijn er 52.000 barvrijwilligers

Ross-van Dorp

geïnstureerd. 80% van de verenigingen is in het bezit van een geldige vergunning. Ondanks deze goede resultaten leeft ook bij de sportbonden en bij NOC/NSF de gedachte dat men nu niet achterover kan leunen. Met name wordt aandacht gegeven aan het punt van de leeftijdsgrenzen en aan het beter naleven. Ter verbetering van de naleving van de Drank- en horecawet is het wetsvoorstel bestuurlijke boetes ingediend. Ik wil excessief drankgebruik en geweld overigens niet koppelen aan sportkantines. Daar is er juist een behoorlijk grote sociale controle. Hooligans en plegers van excessief geweld zijn over het algemeen niet de mensen die net uit de sportkantines komen. Die komen uit de binnenstad, of zij hebben ergens anders een stuk in hun kraag gedronken.

Mevrouw Nap vroeg mij ook om te reageren op de open brief van twee voetbalbestuurders, waarin zij maatregelen voorstellen. Ik kan haar daarop antwoorden dat wij met een interdepartementale stuurgroep van BZK, VWS en Justitie, samen met de VNG, de KNVB en de supportersvereniging SOVS al in 2003 een beleidskader bestrijding voetbalvandalisme hebben opgesteld. De suggesties van deze briefschrijvers worden daar ook besproken. Suggesties zijn altijd welkom, maar je moet ze in een breder kader bespreken. Op het gebied van de voetballerij is de KNVB, die ook alle vergaderingen organiseert, ons vast aanspreekpunt. In dat licht bekijken wij ook dit initiatief.

Over het verdelen van de lottogelden kan ik zeggen dat NOC/NSF momenteel met de Algemene Loterij Nederland overlegt over een herverdeling. Uitgangspunt is dat het geen nadelige financiële gevolgen mag hebben voor de andere goede doelen. Ik wacht de voorstellen af.

Naar mijn mening heeft de overheid vooral de taak om organisaties op projectbasis te steunen, het liefst organisaties die zich dan ook nog inzetten voor maatschappelijke doelen en voor groepen die normaal slecht te bereiken zijn of slecht voor zichzelf kunnen opkomen. Voor het stimuleren van vrijwilligerswerk door en voor de jeugd bijvoorbeeld is de komende drie jaar 7 mln euro beschikbaar. Als er goede projecten worden ingediend ± er is gerefereerd

aan het bedrag dat wij hebben gereserveerd ± door onder andere Scouting Nederland, dan zijn wij partner. Het is niet zo dat het geld ergens geparkeerd is en dat men buiten de regels valt voor het indienen van goede projecten. Die projecten moeten er komen, maar ik twijfel er niet aan of men kan dat.

Mevrouw **Nap-Borger** (CDA): Ik heb het met name gerelateerd aan de voorkeur die dit kabinet heeft om normen en waarden via de sport over te brengen. Er zijn heel goede projecten. In Overijssel bijvoorbeeld gaan professionele voetballers zelf de scholen af en vertellen daar hun kijk op bijvoorbeeld fair play in de sport en hoe met respect om te gaan met elkaar. Dat type projecten zouden we beloofd willen zien.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Dat heb ik goed begrepen. Ik zei ook dat de ontwikkeling van normen en waarden bijna onlosmakelijk verbonden is met sport. Wij moeten alleen wel oppassen dat de sportvereniging niet de plaatsvervangende opvoeder wordt of de vindplek van kinderen waar je ze van alles kunt bijbrengen, los van de andere normatieve kaders zoals thuis en school. Dat verband moeten wij nadrukkelijk zien. Daar waar dat kan, zal ik er zeker voor zorgen dat de middelen die dit kabinet ter beschikking heeft, dusdanig worden ingezet dat de jeugd kan profiteren van sport als motor van de overdracht van normen en waarden. Het gaat erom dat het werkt en in de sport werkt het gewoon.

Ik wil nog even iets zeggen naar aanleiding van de opmerking van de heer Kohnstamm. Hij hekelde het ontbreken van een massieve inzet op openbare en preventieve gezondheidszorg. Ik denk dat hij vergeet dat wij op diverse terreinen preventiebeleid voeren. Ik doe dat op mijn terrein zeer indringend. Ik doel op de jeugdgezondheidszorg, het lokale welzijnsbeleid, sport en bewegen en bijvoorbeeld ook samen met OCW de voorlichting op scholen over seksueel gedrag. Er is geconstateerd dat je in de laatste klasse van de basisschool al op een manier die past bij de leeftijd moet beginnen over de preventie van SOA en ongewenste zwangerschappen. Seksualiteit en de beleving daarvan wordt op steeds jongere leeftijd een thema. Wij zijn daar heel goed mee

bezig, ook samen met andere departementen. Ik hoef u maar te wijzen op het Project Jong, een samenwerking dwars door de departementen heen die uitval van jeugd wil voorkomen. Collega Rutte zei het treffend bij de aftrap van het project Jong, dat voortijdig schoolverlaters soms al op 18-jarige leeftijd gepensioneerd zijn: als zij direct een uitkering krijgen, komen zij nooit meer aan de bak. Dat was een heel treffende, maar ook heel pijnlijke constatering. Wat mij betreft, is dit een aansporing om de samenhangende aanpak zo vroeg mogelijk in het leven van kinderen te laten beginnen. Een lokaal samenhangend beleid staat ook heel dicht bij kinderen. Een dergelijk beleid staat mij dus voor ogen.

Kortom, onze agenda van nu en morgen staat in het teken van een aantal heel belangrijke hervormingen, zowel in de AWBZ als in de richting van welzijnswerk, sport en jeugd. Dit is niet alleen een zaak van de overheid. Niet alleen wij zouden daarop aangesproken kunnen worden om het te laten slagen. De burger moet echter ook zelf meer zaken proberen te regelen. Bovendien moet er een wisselwerking zijn tussen de burger en zijn omgeving. Er moet dus sprake zijn van een onderlinge betrokkenheid. Dat is een kwestie van solidariteit. Daar moeten wij op aansturen. Regels en wetten moeten dan ook juist de horizontale processen bevorderen en niet alleen maar de verticale processen. Dat leidt tot een grote mate van dichtregelen en onnodige bureaucratie. Zeker bij de zaken waarover ik gesproken heb, moeten wij proberen om daar ver weg van blijven.

Tegelijkertijd mag dezelfde burger van de overheid hulp, steun en zorg verwachten die hij echt nodig heeft. Daarvoor bestaat er een goede claimbeoordeling, alsook een indicatiestelling in verband met de toegang tot de AWBZ. Nogmaals, het gaat om goede zorg en meer eigen verantwoordelijkheid. Dit zijn twee kanten van dezelfde medaille. Ik hoop dat wij op deze weg stevige stappen kunnen zetten, ondanks dat dit niet eenvoudig zal zijn. Ik denk dat iedereen hier de noodzaak wel van inziet. Stil blijven zitten, is wel het slechtste wat wij kunnen doen. Hiervan zullen onbetaalbaarheid en het niet meer kunnen organiseren van datgene wat wij nodig achten,

Ross-van Dorp

het gevolg zijn. Ik hoop dat ik dit duidelijk heb gemaakt.

De vergadering wordt van 20.58 uur tot 21.10 uur geschorst.



De heer **Hamel** (PvdA): Voorzitter. Allereerst zeg ik hartelijk dank aan de beide bewindslieden voor de beantwoording van de door ons gestelde vragen. Een heleboel dingen daarin waren zinnig en ook nuttig ter voorbereiding van veel discussies die wij met elkaar de komende twee jaar nog wel zullen krijgen. Ik moet erbij zeggen dat het ook een beetje teleurstellend was, want soms kreeg ik het idee dat wij met een tuinslang een brandend huis aan het blussen zijn. Immers, alles wat daarbij genoemd is, is weliswaar zinnig en ook buitengewoon helder, maar of daarmee al datgene wordt bereikt waarvan ik in mijn eerste termijn sprak, is iets waar ik vragen bij blijf houden.

Laat ik een paar punten noemen. Er is veel over gedrag gesproken, een punt dat niet in de laatste plaats door mevrouw Dupuis naar voren is gebracht. Nu heeft gedrag meerdere kanten. Zo heb je bijvoorbeeld wit verzuim: dat zijn mensen die niet verzuimen maar eigenlijk zouden moeten verzuimen. Voorts heb je grijs verzuim en zwart verzuim. Daar gaat het mij op zich niet om; ik wil ermee aangeven dat bijvoorbeeld het beroep op de AWBZ-voorzieningen wel eens veel groter had kunnen zijn dan het op dit moment is. Als mevrouw Van Leeuwen dan ook vraagt om vooral de mensen te helpen die via de mantelzorg de AWBZ doen dan denk ik dat daar een vrij heldere uitspraak op te geven is.

Datzelfde geldt voor de keuzemogelijkheden of mensen al of niet ziek kunnen zijn. Ik denk dat de range daarin veel minder groot is dan er soms wordt gedacht. Daar is ook heel redelijk onderzoek over. Dit gaat altijd linksom en rechtsom, en sommigen citeren met name linksom en sommigen citeren met name rechtsom. Wat ik daarmee wil aangeven, betreft het probleem: is de vraag die er nu is, irreal? Dit kan los worden gezien van de discussie of het verzekerd of in het pakket is opgenomen. Ik noem wat dat betreft nu maar even het woord "beschikbaarheid" en laat in het midden hoe het wordt gefinancierd. Ik denk

echter dat de behoefte aan deze zorg er in belangrijk mate is.

Wij moeten dan goed gaan kijken naar de vergrijzing en ik bedoel dit absoluut niet negatief. Het is terecht dat mevrouw Van Leeuwen daar zo-even op wees. Ik bedoel te zeggen dat het aantal ouderen gewoonweg heel zwaar toeneemt en dat dit iets is waar Nederland geen ervaring mee heeft. In een groot deel van het buitenland heeft men dat veel meer kunnen integreren in het kader van een langzamere bevolkingsopbouw dan waarvan in Nederland sprake is. Naar aanleiding van het desbetreffende antwoord van de staatssecretaris geef ik toe dat het simpeler kan. Ik heb er zelf al op gewezen dat als bijvoorbeeld ziekenhuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg echt met elkaar gaan samenwerken, er een heleboel te winnen is. Echter, wij moeten niet onderschatten wat de vergrijzing voor de komende jaren gaat betekenen, alsmede het aandeel daarin van de hoogbejaarden.

Voorts heb ik erop gewezen dat het aantal chronisch zieken nog steeds toeneemt en wel fors. Het is voor een deel te danken aan het succes van de gezondheidszorg dat velen gelukkig in leven blijven, waarbij zij echter wel een permanente zorg nodig hebben; zij vallen precies in de categorie die de staatssecretaris noemde. Immers dat zijn mensen die voor een deel kunnen worden gedefinieerd als "gehandicapt". Willen wij voor hen de kwaliteit van leven overeind houden, dan is daarvoor wel degelijk een belangrijk stuk zorg nodig.

Mijn belangrijkste punt is tevens het hoofdpunt voor mijn fractie. Dat is de stelling dat als wij op dit moment niet gaan werken aan de opbouw van het personeel en aan de vraag wie welke taken uitoefent, wij op een termijn van tien à vijftien jaar een geweldig groot probleem aan het creëren zijn. Ik heb iedereen hier horen zeggen dat de solidariteit van groot belang wordt gevonden, maar dan moet je ook erkennen dat als er onvoldoende gekwalificeerd personeel is, het gevaar groot is dat de mensen die het kunnen betalen, dit eerder zullen kopen dan de mensen die niet die beschikking-smacht hebben, zeker als het pakket voor een deel wordt uitgekleeft. Daar zijn niet zozeer in Europa maar over de grote plas heel goede voorbeelden van te zien. Ik presenteer dit nu maar even neutraal, omdat wij van

mijn fractie uit met name de personeelsproblematiek naar voren hebben gebracht als een voor ons belangrijk punt waar nu aan gewerkt zou moeten worden. Ik heb daarbij niet gezegd dat mijn fractie opeens grote wonderen verwacht. Ik heb ook niet gezegd dat ik deze bewindslieden de schuld geef van de ontstane situatie. Ik heb daarentegen gezegd: decennialang is niet opgelet. Nu moeten wij dat wel doen en nagaan of de aantallen dokters die wij voor ogen hebben straks op de arbeidsmarkt zijn te krijgen. In het vmbg gaat het namelijk juist mis bij het theoriegedeelte. Het theoriejaar vormt bij dat onderwijs het probleem. Dan moet je je toch gaan afvragen of met het oog op de situatie in de gezondheidszorg dat theoriejaar niet moet worden geschrapt. Ik zeg dit, omdat ik op dit punt concreet wil zijn. Het gaat hierbij dus om discussies die op een ander beleidsterrein worden gevoerd. Mijn concrete vraag aan de minister is nu: welke lijnen heeft u in gedachten?

Terecht wees de minister herhaaldelijk op het samenspel van maatregelen. Eigenlijk heb ik namens mijn fractie niets anders gevraagd dan: maak dat samenspel inzichtelijk. Een stelselwijziging heeft ook consequenties voor de arbeidsdiversificatie die vervolgens moet ontstaan. Daarom moeten wij het beleid op dit punt gestalte geven. Anders zijn wij niet reëel en anders hoeven wij niet eens over solidariteit te praten. Dit was het belangrijkste punt en hierop krijg ik graag een wat meer helder antwoord.

Ik heb er verder op gewezen ± en ook niet voor niets ± dat een aantal beroepsgroepen in de gezondheidszorg zichzelf steeds hogere taken heeft toegekend en zichzelf steeds meer kwalificaties heeft toegerekend. Soms is daardoor een doolhof ontstaan, omdat op deze manier elke beroepsgroep haar eigen definities opstelt en daarmee haar eigen territorium afschermt. Elk advies aan zo'n groep zal er altijd op neerkomen dat het belang van de eigen positie weer wordt verwoord. Nogmaals, daarbij is vaak sprake van reële elementen, maar ook vaak van beschermingselementen. Daarom heb ik gezegd: verwacht niet dat de verandering van die kant zelf zal komen. Laten wij ook eens nagaan of een bepaald beroep nog wel op hetzelfde niveau moet worden

Hamel

voortgezet. Er kunnen taakonderdelen zijn die op een lager niveau kunnen worden uitgevoerd. Samengevat: aan de onderkant van de arbeidsmarkt zijn nog handen te vinden, terwijl die er in het midden en bovenste segment niet meer zijn.

Voorzitter. Ik rond af. De minister heeft terecht gezegd: solidariteit vraagt om doelmatigheid. Dat ben ik voor 100% met hem eens. Met wat hij daarna zei, was ik het echter minder eens. Hij zei dat men doelmatig moest zijn, omdat anders de zorg onbetaalbaar zou worden. Ik meen dat de vraag of iets onbetaalbaar is, te maken heeft met een politieke keus. Het gaat er namelijk om waar je de grens legt. Voor de zakelijkheid is het goed de doelmatigheid in directe relatie te zien met solidariteit. Daaraan zullen wij allen moeten werken.

□

Mevrouw **Nap-Borger** (CDA): Voorzitter. Ik wil de minister en de staatssecretaris hartelijk danken voor de beantwoording van mijn vragen. Een paar zijn niet beantwoord. Ik dank de staatssecretaris voor haar inzet en voor het feit dat zij ervoor kiest om de preventiemiddelen vooral op lokaal niveau in te zetten. Daarvoor heb ik in mijn eerste termijn gepleit. Men dient vooral de middelen dicht bij de uitvoering aan te wenden. De gemeentes zijn goed op de hoogte van de situaties en zij weten wat de knelpunten zijn. Daarom kan het beleid het beste op dat niveau worden uitgevoerd. Daar kunnen de middelen dan ook het meest gericht worden ingezet.

In dit kader heb ik ook vragen gesteld over de brede school en aangedrongen op het scheppen van mogelijkheden voor verlenging naar het Engelse model. In bepaalde wijken zou juist zo'n grote school nuttig kunnen zijn vanwege de aansluiting op het welzijnswerk. Ter illustratie noem ik de bibliotheek en de sportverenigingen. Op dat vlak kan dit type school juist een heel goede functie vervullen.

Ik heb voorts vragen gesteld over het beleid van de overheid als werkgever, dus het beleid voor haar eigen personeel. Zij heeft voor het voeren van personeelsbeleid een voorbeeldfunctie. Op mijn vragen daarover wil ik graag nog een antwoord.

Verder heb ik gewezen op de problemen vanwege de regelgeving. Die is vaak niet inzichtelijk. Om er mee te kunnen werken, moeten de vrijwilligers vaak van een specialistisch niveau zijn. Die vrijwilligers hebben wij hard nodig, maar zij schrikken vaak als zij zien wat zij allemaal moeten doen. Daarom vragen wij of de overheid met een handreiking kan komen. Misschien kan de staatssecretaris hierover iets zeggen in de notitie die zij zal opstellen.

Ik heb ook geen antwoord gekregen op mijn vraag over het vrijwilligerswerk dat door jongeren zou kunnen worden gedaan. Er is gesproken over maatschappelijke stages. Ik meen dat een heel goed aan het ander gekoppeld zou kunnen worden.

□

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Het was altijd een groot genoegen om met de voormalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid te debatteren, gelet op zijn open benadering van de problematiek en het ingaan op argumenten. Welnu, ik heb vanavond mogen constateren dat hij die lijn heeft doorgetrokken. In de sociale zekerheid gaat het vaak om moeilijke en complexe problemen. Op het terrein van de gezondheidszorg is het nog weerbarstiger, mede gelet op de veelheid aan spelers. Het was vaak moeilijk om mij niet te laten overrompelen door de charme van de toenmalige staatssecretaris en ik hoop dat hij begrijpt dat ik ook nu mijn eigen punten wil scoren.

Ik dank ook de staatssecretaris, die even begripvol is en eveneens de nodige vasthoudendheid heeft. De mantelzorg ligt ons beiden na aan het hart. Ik ga ervan uit dat de staatssecretaris onverkort vasthoudt aan het LVIO-werkdocument Gebruikelijke zorg. Dan ben ik voor het moment gerustgesteld.

Ik keer terug naar de minister. Vandaag hebben wij allemaal vanuit onze eigen invalshoek getracht een bijdrage te leveren aan het voor iedereen toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar houden van de gezondheidszorg, zonder dat in negatieve zin aan het pakket wordt gesleuteld.

Wij discussiëren hier niet alleen met de bewindslieden, maar ook met elkaar. Ik was een beetje getroffen

door de opmerkingen van mevrouw Dupuis, die ik heb leren kennen als iemand die de materie tot en met beheerst en met wie het een vreugde is om te discussiëren, dus ik probeer het nog maar even. Zij maakte opmerkingen als: "ziektegedrag berust voor een groot deel op keuze", "verslaafd zijn aan de ziekerol" en "ziek zijn geeft status". Ik ben iemand die zelf ook ernstig ziek is geweest. Op die opmerkingen valt wel wat af te dingen. Het gaat met name over de vraag hoe wij hier met elkaar aankijken tegen de poortwachter, de huisarts. Ik heb ook met mijn eigen ziekte geleerd dat ik beter een jaar eerder naar de huisarts had kunnen gaan, om te constateren wat er in mijn lijf aan de hand was, dan een dag te laat met alle consequenties van dien. Ik neem aan dat mevrouw Dupuis het ook zo bedoelt. Ik ben het met haar eens dat er een heleboel mensen zijn die er misschien wel eens misbruik van maken, maar de bewakende rol van de huisarts is van groot belang. Die rol is geweldig belangrijk. De huisarts is de poort tot de gezondheidszorg. Je komt niet bij de specialist en zelfs niet bij de fysiotherapeut als je niet bij de huisarts geweest bent. Daarom moeten wij ook zorgvuldig met zijn positie omgaan.

Ik was wat dat betreft ook niet helemaal tevreden met het antwoord van de minister op onze indringende vragen over de menskrachtontwikkeling. De minister heeft gezegd dat er inderdaad meer capaciteit beschikbaar is voor de opleiding van huisartsen dan wordt benut. Wij zien allemaal de problemen op ons afkomen, op het platteland en in de stad. Denkt de minister nu echt dat wij het aankunnen met wat op het ogenblik in gang is gezet? Zullen wij voldoende mensen hebben voor de zorg van morgen? Zullen wij de patiënten te zijner tijd eerlijk in de ogen kunnen zien? Dan valt er toch wat meer te vertellen over de samenhang in opleidingen, over de nieuwe bekostigingssystematiek in relatie tot de DBC's. Daar heeft de minister een verband tussen gelegd, maar een antwoord heb ik niet gekregen. Ik wijs ook op de spanning met de benodigde financiering. Ik herinner aan de vraag over de gematigde loonontwikkeling op middellange termijn. Die speelt een rol, zeker als de arbeidsmarkt weer

Van Leeuwen

aantrekt. Ik denk dat de minister ook wat zou kunnen doen op dat punt. Hij heeft mij gelukkig een goed antwoord kunnen geven over het convenant over gesubsidieerde arbeid. Waarom echter geen initiatieven ontwikkelen zodat wij voor de 10% ongediplomeerden en de 6% die hun opleiding hebben afgebroken, tot een planopzet komen, waardoor er meer mensen beschikbaar komen aan de onderkant? Zolang er schaarste blijft, zal de gereguleerde marktwerking een utopie blijven. We moeten voldoende mensen hebben voor de zorg van morgen. Ik miste bij de minister een beetje de "sense of urgency" dat er waarschijnlijk meer nodig is dan hij al in gang heeft gezet. Er is zoveel aan de hand dat ik mij echt zorgen maak en ik er wakker van lig of het allemaal wel op de juiste manier gaat en zal gaan.

Verder krijg ik er langzamerhand genoeg van om doorlopend te praten over eigen verantwoordelijkheid en eigen bijdragen. Er zijn perfecte ziektekostenregelingen in ons land met een zeer betaalbare premie en met een eigen bijdrage, ook voor de huisarts, in combinatie met solidariteit, in de zin dat aan de eigen bijdrage een grens zit: hoe hoger je inkomen, hoe hoger je eigen bijdrage. Het is jammer dat met het nieuwe ziektekostenstelsel dit soort regelingen moet worden opgeheven.

Tegen die achtergrond leg ik de minister de vraag voor waarom niet veel meer gekeken wordt in de richting van het doorlichten op de wijze van de trechter van Dunning. Ikzelf ben ouderdomssuikerpatiënt. Ik zie de rekeningen. Ik weet dus wat het allemaal kost. De schrik slaat je om het hart als je beseft dat er ruim 300.000 suikerpatiënten zijn. Het zit dus niet in de patiënt maar in degenen die voorschrijven en de aanbieders. Wat wordt er dan tegen mij gezegd? Mevrouw Van Leeuwen, vier keer spuiten en iedere keer een nieuwe naald. Ik heb het eens uitgerekend en heb aan mijn specialist gevraagd of het wel nodig is om iedere keer een nieuwe naald te gebruiken omdat het toch gaat om mijn eigen lichaam. Dan antwoordt hij: ja, dat is de farmacie. Ik vraag die specialist dan of het echt nodig is en of ik niet één keer in de drie dagen een nieuwe naald mag gebruiken. Besparing: € 200 per jaar. Reken dat maar eens uit voor alle suikerpatiën-

ten. En zo is er veel meer te bedenken. Mijn grote zorg is dat wij in de gezondheidszorg niet meer de gewenste doelmatigheid kunnen realiseren. Dat moeten wij ons allemaal aantrekken: patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars!

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Mevrouw Van Leeuwen en ik blijken het uiteindelijk heel erg eens te zijn. Nog een persoonlijke opmerking: ik ben wel degelijk heel ernstig ziek geweest en ben toen werkelijk geschrokken van de houding van de bedrijfsarts. Die zei mij: mevrouw, hier staat drie maanden voor. Toen ik na drie weken zei dat ik wel weer aan het werk kon, zei hij mij: u bederft het voor de andere patiënten. Dat heeft dus te maken met de cultuur waarin wij leven.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Dat is helaas niet het terrein van Volksgezondheid maar van Sociale Zaken.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat kan mij niet schelen, maar het is wel zo.

Voorzitter. Met betrekking tot de dubbele vergrijzing is er, naar ik heb begrepen, een onderzoek aan de gang dat begin september op de ouderenbeurs zal worden gepubliceerd en waaruit blijkt dat de babyboomers, dus de mensen die over twee jaar 60 jaar worden, een totaal andere visie hebben op hun eigen ouderdom, waarin ook past dat zij voor zichzelf zullen zorgen. Dus misschien moeten we iets minder bang zijn voor de toekomst. Er zijn dus een heleboel bejaarden in aantocht die niet van plan zijn hun leven te laten bederven door allerlei klachten en moeilijkheden.

Een volgend punt betreft de regie van de patiënt. Er wordt erg veel gesproken over vraaggestuurde zorg. Ik wil een pleidooi houden om die term te laten vallen. Deze geeft de patiënt het idee dat hij werkelijk de regie heeft. Dat is niet het geval, omdat er naast de grenzen van het pakket ook de grenzen van de professionele autonomie van de arts zijn. De minister heeft vervolgens volkomen gelijk dat regie hebben in ieder geval betekent dat er een prijskaartje aan moet hangen voor de patiënt. Ik vind de term vraaggestuurde zorg erg ongelukkig. Als ik hierover praat met mensen in het

land, merk ik dat dit een verkeerd beeld oproept.

Ik wil verder graag aan de minister vragen wat hij gaat doen met de verbijsterende effecten van "bescheiden prikkels", zoals die in Duitsland worden toegepast. Is de minister van plan dit over te nemen? Ik zou hier graag iets meer over willen horen. Wat er in Duitsland is gebeurd, is niet gering.

Iedereen spreekt met verve over de preventie. Dat is geheel conform artikel 22 van de Grondwet, waarin staat dat de overheid maatregelen neemt ter bevordering van de volksgezondheid. Volksgezondheid wordt hierbij geïnterpreteerd als zijnde public health. We moeten ons realiseren dat succesvolle preventie de gezondheidszorg duurder maakt. Ik noem een vervelend en pijnlijk voorbeeld. Wanneer je door niet meer te roken je leven aanzienlijk verlengt, is de kans veel groter dat je als Alzheimerpatiënt in een verpleeghuis eindigt. Dat zijn de feiten. Dat is de theorie van de vervangende ziekte. Als je niet aan het een doodgaat, ga je aan het ander dood. Dat andere kan wel eens veel beroerder zijn. We zouden niet zo onbevagen moeten spreken over preventie. Ik zeg dit meer tegen de collega's dan tegen de minister. Er is ook een preventieparadox.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Mevrouw de voorzitter. Is de collega er voorstander van dat de overheid bij ziekte als gevolg van gedrag, bijvoorbeeld roken en andere overmatige dingen, via het beleid ingrijpt? Mevrouw Slagter heeft een zeer sympathiek voorstel gedaan met betrekking tot het overgewicht bij jonge mensen. Zou u daarvoor kunnen zijn, mevrouw Dupuis?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Zoiets is voor liberalen altijd een beetje moeilijker dan voor andere partijen. Het lijkt me dat de taak van de overheid in elk geval zou moeten zijn om zeer goede voorlichting te geven. Ik praat nu voor mezelf en niet namens mijn fractie. Dat zou in mijn geval ook moeten betekenen dat de keerzijde van preventie wordt aangegeven. Dat wordt een lastig verhaal. Een veel te vroege acute harddood als gevolg van belasting van de vaten door te veel roken, is een ander gebeuren dan de vreselijke tonelen die wij nu in verpleeghuizen zien.

Dupuis

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Maar de bedrijfsarts had u dan ook de keerzijde van het verhaal moeten geven.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): U bedoelt gewoon weer aan het werk gaan als je dat weer kunt? Ik weet het niet.

Mevrouw de voorzitter. Ik wil een laatste punt aan de minister meegeven. Ik vind dat hij van alle ministers van VWS die wij de laatste jaren hebben gehad, de eerste is die het probleem van ongepast gebruik serieus aanpakt. Onze fractie wil hem daarvoor graag prijzen.

Ik wil ook nog een enkel woord richten tot de staatssecretaris over de AWBZ. Een van de voorgangsters van deze staatssecretaris, mevrouw Terpstra, heeft een jaar of vijftien geleden al het plan opgevat om met de toenmalige minister van Volkshuisvesting over de woonfunctie in de AWBZ te spreken. Dat is heel lastig geweest. Wij zijn zeer tevreden over de plannen van deze staatssecretaris. Wij wensen haar veel sterkte. Wij willen haar graag ondersteunen.

Misschien mag ik nog een kritische opmerking maken aan het adres van de staatssecretaris. Wij vinden het een beetje weinig, als zij alleen gaat kijken naar het anders organiseren van de woonfunctie. Wij hopen dat zij nog meer zal doen.

Mevrouw de voorzitter. Ik sluit af. Er zijn nog een aantal vrij prangende vragen door de minister niet beantwoord. Het gaat daarbij met name om zijn invloed op het beleid van de ziektekostenverzekeraars. Wij hopen daar in een ander stadium nog eens nader van hem over te horen.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik wil beginnen bij de patiënt. Het blijkt steeds dat het belangrijk is dat de patiënt goed wordt geïnformeerd. Hij moet gefaciliteerd worden om verantwoordelijkheid te nemen en vervolgens verantwoordelijk worden gemaakt voor de terreinen waarop hij die verantwoordelijkheid kan nemen. Dat vind ik nog steeds het moeilijke punt. Mijn partij vindt een no-claimkorting een verkeerd signaal, al helemaal voor de huisarts. Vanavond hebben wij toch een aantal argumenten gehoord die dat benadrukken. Ik zal niet discussiëren over de vraag of

het wel of niet nodig is dat mensen vaak of minder vaak bij de huisarts komen. Ik denk dat de huisarts in ieder geval goed is uitgerust om samen met de patiënt te bekijken of er wel of geen vervolg moet zijn.

De stelling dat de regie bij de patiënt moet liggen en niet bij de zorgverzekeraar, spreekt mij heel erg aan. Ik heb ook niet het gevoel dat de verzekeraar dat altijd aankan, maar zij moeten wel concurreren, en wel door dingen aan te bieden waarmee zij klanten kunnen binden. Dat is toch een lastig punt. Een item om klanten te binden is bijvoorbeeld het vergoeden van alternatieve therapieën. Daar ben ik in ieder geval niet zo van gecharmeerd. Dan kom je ook weer terecht bij de vraag of alles wat kan, ook moet gebeuren. Dat geldt zeker voor de zorgaanbieder.

Het lijkt erop dat in dit debat over verschillende typen patiënten wordt gepraat, zeker gelet op de opmerkingen van mevrouw Dupuis. Dat is lastig. Het type patiënt waarover mevrouw Dupuis spreekt, is verslaafd aan zijn ziekte en wil alles wat kan. Dat is misschien ook wel de patiënt die meer in het concurrentie- en marktdenken past. De patiënten die ik als referentiekader heb, zijn eerder de chronisch zieken en dat zijn helemaal niet de mensen die alles willen wat mag of moet. Zij stellen mij juist veel vaker vragen zoals "hoef ik niet naar het ziekenhuis?", of "moet ik die pillen wel nemen, want ik word daar misselijk van", of hoe dan ook. Met generaliseren kom je er ook weer niet, maar nuanceren is ook niet altijd goed.

Ik betwijfel nog steeds dat de aanspraak op AWBZ-zorg zal blijven stijgen. Ik denk dat er een inhaalslag is geweest en dat de toename, zelfs als je niks eraan zou doen, afbuigt. Ik vind het daarom een doemscenario. Ik hou niet zo van bangmakerij. Anderzijds moeten wij het wel onder ogen zien, daarom ben ik wel voor een aantal ingrepen.

Ik wist het nog niet, maar ik begreep zojuist dat het leven voor liberalen ook moeilijk is. Dat vond ik eigenlijk wel geruststellend. Vanuit die optie moet ook daar empathie te ontwikkelen zijn.

Ik kom nog even op de naleving van het rookverbod. Ik las kort geleden dat dit nog slecht wordt nageleefd.

Zijn er voldoende mensen voor de zorg van morgen? Ik heb geen duidelijk antwoord van de minister

gehoord op mijn vraag of hij een rol kan vervullen bij bevorderen van het imago van bijvoorbeeld huisartsenzorg. Ik vind overigens wel dat de beroepsgroep de hand in eigen boezem moet steken en maar eens lekker aan het werk moet. De vijver waarin gevist moet worden is echter nog steeds beperkt. Dat is ook een van de redenen. Het zal niet alleen het imago zijn. Ik maak mij niet zo'n zorgen over het tekort aan huisartsen. Met een andere organisatie en veel meer facilitering valt veel winst te behalen. Veel huisartsen willen dat ook wel.

Met een aantal onderdelen voor de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WOM) kan ik instemmen, zeker als mevrouw Ross het heeft over het behoud van de solidariteit, het beperken van de zorgconsumptie, zoveel mogelijk thuis blijven wonen, het sociale netwerk dicht bij mensen, gepast gebruik van de zorg en alleen verblijven in een beschermde setting als dat noodzakelijk is. Omdat alles nog niet zijn beslag heeft gekregen, blijven er ook enkele negatieve punten, zoals de budgettering. Omdat de gemeente de verantwoordelijkheid krijgt, blijft het gevaar dat er sprake is van ongelijkheid, zoals nu bij de uitvoering van de WVG te zien is. Ik ben bang dat er naast het ontstaan van ongelijkheid, verantwoordelijkheid wordt afgeschoven. Ik hoop dat de staatssecretaris dat vanaf het begin zal bewaken. Ik ben namelijk bang dat bepaalde gehandicapten gedwongen zijn in hun woonplaats te blijven wonen, omdat geen enkele andere gemeente hen wil hebben omdat zij te duur zijn of te veel zorg behoeven. Dat zou wel eens een reëel gevaar kunnen zijn.

Van de sport is al gezegd dat die samenbindend is. Sport is soms ook oorzaak van veel conflicten. In dat kader zou ik de staatssecretaris willen vragen wat zij van de positie van de bondscoach vindt.

□

De heer **Kohnstamm** (D66): Tijdens de kleine pauze hebben wij een nieuw systeem ontwikkeld. Net als bij Idols moet je de bondscoach eruit kunnen halen en een nieuwe aanwijzen. Misschien is dat een goede gedachte.

Ik dank de bewindslieden voor hun antwoord. Inhoud en performance lijken zeer overtuigend, maar er is

Kohnstamm

geen Tom Poeslist. Ik ben dus zwaar teleurgesteld. Ik kwam hierheen in de hoop dat wij duidelijk het probleem van de capaciteit in de zorg tot 2025 vanavond even zouden oplossen. Ik heb ontzettend veel woorden gehoord, maar als ik vanavond thuishoort en privé tekst en uitleg moet geven van wat ik vandaag gedaan heb, dan kan ik daar geen zinnig woord over zeggen. Voor de oplossing van de problemen hebben wij heel veel kleine bouwstenen die revue zien passeren, maar ik zou de minister twee vragen willen stellen.

1. Welke effecten verwacht de minister van de beleidslijnen die zijn ingezet voor de oplossing van het capaciteitsprobleem? Als hij die vraag vanavond niet kan beantwoorden, zijn wij even goede vrienden. Misschien kan hij het dan te eniger tijd schriftelijk doen. Gegeven de dramatische toekomstvoorspellingen moeten wij bij de hand worden genomen en bij de les blijven om te zien wat de effecten zullen zijn.

2. De minister zegt dat preventie primair gericht is op gezondheid en niet op kostenbesparing. Dat klopt. Daar ging het debat ook niet primair over. Het ging over het capaciteitsprobleem in menskracht. Als het waar is wat de minister zegt, namelijk dat de helft van de gezondheidsproblemen te maken heeft met levensstijl, blijf ik van mening dat dit prioriteit nummer één moet zijn, tenzij mevrouw Dupuis mij op iets heel anders betrapt. Voor mij blijft preventie prioriteit nummer één, uit ethische overtuiging overigens. Ik zeg dat ook, omdat het meer dan een discussie over stelsel of pakket het probleem vanavond helpt op te lossen. En daarvoor was ik hier gekomen.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik dank zowel de minister als de staatssecretaris hartelijk voor de beantwoording. De minister sprak over een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en de regie bij de patiënt. Mij is ontgaan waaruit in de toekomst de rol van de overheid precies bestaat. Waar begint de rol van de overheid en waar houdt die op?

Ik heb wat gefilosofeerd over meetbare doelstellingen. Ik heb geprobeerd, met mijn vragen de minister wat te prikkelen. Ik heb gevraagd of wij misschien wat

tegengesteld bezig zijn. Daarom dring ik aan op meetbare doelen, transparantie en kwaliteit. Als wij echter geen meetbare doeleinden ontwikkelen, wordt het nooit wat. In de veelheid van de ontwikkelingen in de zorg blijft het dan vaag. Je moet dus meetbare doelen stellen. Wie doet dat? De overheid, de branche of de patiëntenorganisaties? Daarover wil ik iets meer horen.

Ik ben blij dat de minister zegt dat zorg ook belangrijk is als je ideëel, maar ook heel praktisch naar de opbrengst kijkt. Wij zitten eigenlijk altijd in een geweldig dilemma met de volksgezondheid. Wij relateren dat aan de lastendruk, maar waar is de knappe vrouw, de knappe man of een combinatie daarvan ± u begrijpt dat ik de bewindslieden uitdaag, want dit is een tijdstip waarop wij misschien wat wegzakken en dat wil ik niet ± die nou eens uitreken welke geweldige economische waarde een goede gezondheidszorg heeft? Daar weten wij immers veel te weinig van en dan kunnen wij een beetje uit de lastendrukdiscussie weg gaan. Ik begrijp wel dat dat het systeem is, maar stap nou ook eens uit het systeem! Dit kabinet moet toch wat durven? Daar daag ik het kabinet toe uit.

Dan de doelmatigheid. Ik ben, daarin bevestigd door allerlei deskundigen die daar heel geleerd over schrijven, nog steeds van mening dat wij te weinig investeren om het kennisniveau omtrent de doelmatigheid van zorg te verhogen en de toepassing van die kennis te vergroten. Wie doet dat nu? Laten wij dat aan twee universiteiten over die er wat aio's op loslaten? Ik wil dat heel concreet maken. Ik denk dat de overheid een stuk verantwoordelijkheid moet nemen voor het stimuleren daarvan.

In het tweede deel van mijn verhaal, het deel over "zorgen doe je niet alleen, maar samen", heb ik geprobeerd om te schetsen hoe het idealiter zou kunnen zijn. Daarbij gaat het om een stuk verantwoordelijkheid bij mensen, maar dan moet je nu de voorwaarden daarvoor creëren. Dat was de uitdaging voor de staatssecretaris. De WMO is prima, maar dan moet je met de gemeenten nu al goede afspraken maken over de kwaliteit. Als dat niet gebeurt, zakt het immers weg. Daarbij gaat het niet alleen om een register van zorgaanbieders die een kwalitatief goed product leveren,

want ik denk dat dit ook voor de huishoudelijke verzorging geldt. Daar kun je niet het eerste het beste schoonmaakbedrijf op loslaten, ook al zijn er gecertificeerde bedrijven. De huishoudelijke zorg om de ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, vergt een iets andere insteek. Daar zou ik graag wat meer over horen. Als de staatssecretaris met dat soort ideeën komt, moet ook de VNG daar toch warm van worden.

Nu moet ik echt stoppen, want anders raak ik overspannen.

De **voorzitter**: Dat zouden wij niet willen, mijnheer Van den Berg.

□

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Zo zien wij onze patiënten graag in de gezondheidszorg: mensen die hun limieten kennen.

Ik dank de Kamer voor haar inbreng in tweede termijn en voor de vele vriendelijke woorden. Natuurlijk had ik niet anders verwacht dan dat de Kamer niet geheel bevredigd was door onze antwoorden en dus nog een aantal vragen over had. Ik heb bij de heren Hamel en Kohnstamm en mevrouw Van Leeuwen heel duidelijk gemerkt dat zij het toekomstperspectief voor de arbeidsmarkt, gelet op de enorme problematiek die op ons af komt, nog niet helder genoeg vinden: Tom Poes, wij hadden vanavond meer van je verwacht; waarom heb je die list niet verzonnen? Ik denk dat zij niet echt hadden verwacht dat ik vanavond de oplossing voor de komende 25 jaar zou geven. Dat geldt voor ons gehele beleid. Wij kunnen veel in gang zetten, maar wij zijn er ook van overtuigd dat ons werk nog door vele kabinetten zal moeten worden voortgezet.

De oproep tot een nog sterkere "sense of urgency" over de arbeidsmarktproblematiek wil ik wel graag ter harte nemen en ik zou dat ook ergens een plaatsje willen geven. Ik weet nog niet precies waar. Ik weet nog niet of ik daar in mijn begroting een samenballend betoog voor maak ofwel bij een andere gelegenheid, want ik produceer ook documenten over het arbeidsmarktbeleid en dergelijke. Ik wil daar graag nog even over nadenken, maar ik begrijp de behoefte aan een meer holistische benadering van deze problematiek. Ik heb vanavond een aantal handreikingen gedaan. Ik stel

Hoogervorst

ook vast dat het van het veld moet komen. De overheid heeft echter een belangrijke rol. Kernpunt daarbij is de onbenutte capaciteit in het systeem, bij de ziekenhuizen, de zorg en de AWBZ. Ik noem zaken als de vierdaagse werkweek, 36-urige werkweken en een veel te hoog ziekteverzuim. Er valt een wereld te winnen bij de onbenutte capaciteit in de verzorgingsstaat. Daar moet de grote winst vandaan komen.

De heer Hamel heeft keer op keer de nadruk gelegd op het belang om de gildenstructuur in de gezondheidszorg te doorbreken. De schotten tussen de verschillende beroepsstructuren moet ik zien te doorbreken. Ik neem dat ter harte. Ik deel het gevoel van de heer Hamel. Om die reden heb ik de stuurgroep die door het veld gedragen wordt, over modernisering van de beroepsstructuur, de boodschap meegegeven dat men moet piepen als de gevestigde belangen zich verzetten. Ik grijp dan naar zwaarder geschut. Ik ben mij er dus van bewust.

Enerzijds gaat het om het doorbreken van de gildenstructuur. Anderzijds moet de diploma-inflatie aangepakt worden. Een ongediplomeerde hoeft geen probleem te zijn. In de Amerikaanse gezondheidszorg lopen in ziekenhuizen heel veel mensen rond die niets anders doen dan water uitdelen aan patiënten. Die hebben geen langdurige universitaire of verpleegkundige studie gevolgd. Die kunnen toch belangrijke dienstverlening verzorgen. In Nederland is dat soort werk weggesaneerd.

De heer Hamel heeft ook een pleidooi gehouden om de opleidingen wat minder theoretisch te maken, zoals het vmbo. Ik behoor hiervan geen verstand te hebben. Gevoelsmatig ga ik echter een heel eind met hem mee. Volgens mij is dat ook nog regeringsbeleid!

De prangende vragen van mevrouw Van Leeuwen heb ik hiermee ook beantwoord. Zij heeft gewezen op de cruciale rol van de huisarts in het stelsel. Ik ben het daarmee eens. De positie van de huisarts staat echter onder druk. Ik ben daarom blij met de optimistische woorden van mevrouw Slagter, die het gevoel heeft dat het probleem op te lossen is. Er moet creatiever omgegaan worden met de huisarts. Ook de huisarts moet meer creativiteit tonen en moet meer

samenwerken met collega's en andere beroepsgroepen.

Een gematigde loonontwikkeling is van groot belang, niet alleen nu maar ook over vijf jaar. In de paarse periode was er een verschrikkelijk krappe arbeidsmarkt. De gehele politiek deed toen mee aan de looneisen van de zorgsector. Vrijwel alle partijen in de Tweede Kamer deden daaraan mee. Wij moeten daar een les uit trekken. Wij moeten de arbeidsmarkt structureel veel losser maken. Dan krijgen wij minder met dit soort problemen te maken. Het kabinet doet daar veel aan.

Mevrouw Van Leeuwen (CDA): Hopelijk heeft de minister in de gaten dat hij een bijzondere verantwoordelijkheid draagt bij de uitwerking van de DBC's en de honoraria van de specialisten.

Minister Hoogervorst: Ik sprak over onderbenutting van de capaciteit. Mevrouw Van Leeuwen spreekt van een beroepsgroep waarop dat wellicht ook van toepassing is.

Mevrouw Van Leeuwen heeft belangrijke woorden gesproken over de eigen bijdrage. Zij heeft daarmee ervaringen opgedaan in zeker niet het slechtste onderdeel van ons verzekeringsstelsel. Volgens mij doelde zij op de IZA-regelingen. Op grond daarvan wordt door een heel grote groep van de bevolking gewoon een eigen bijdrage aan de huisarts betaald, zonder dat daar iemand slechter van geworden is. Ik vind het jammer dat de discussie over de no claim, al voordat ik het wetsvoorstel daartoe heb ingediend, belast is geraakt met de huisartsdiscussie. De huisarts is de eerste toegang tot de gezondheidszorg. De huisarts staat onder ongelooflijk zware druk, ook door steeds veeleisender patiënten. Dat is ten opzichte van twintig jaar geleden wel veranderd. Ook het type patiënt is sterk veranderd. Qua consumptie vormt juist de huisarts, en de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn algemeenheid, het onderdeel van de zorg dat heel gelijkmatig over de bevolking is verdeeld en dat niet heel zwaar door alleen chronisch zieken wordt gebruikt, maar ook door mensen die gezond zijn. Juist daarom is het van groot belang dat daar de no claim geldt, ook in termen van solidariteit. Overigens heb ik het zo gedaan dat de no claim veel minder geldt voor de huisarts,

namelijk slechts voor een kwart, dan voor de rest van de medische zorg. Mensen betalen nog meer eigen bijdrage voor de ziekenhuiszorg, terwijl de vrije keuze helemaal naar de achtergrond is gedrongen als men eenmaal in het ziekenhuis ligt. Ik vind het ontzettend jammer en ik zal nog proberen de Kamer ervan te overtuigen, maar er is helaas al veel politiek kapitaal in geïnvesteerd.

Mevrouw Dupuis heeft er terecht op gewezen dat er een heel ander type bejaarden aankomt, met een veel betere vermogens- en inkomenspositie dan die van de bejaarden van nu, die er trouwens veel beter aan toe zijn dan de bejaarden van 25 jaar geleden. Wij moeten over de senioren in onze samenleving niet alleen praten alsof het een zielige groep is, want dat is natuurlijk niet zo. Zij heeft terecht vraagtekens geplaatst bij het gebruik van de woorden vraaggestuurde zorg. Volgens mij gebruik ik die uitdrukking nooit meer. Dat komt ook omdat ik er altijd het vervelende gevoel bij heb gehad dat het de pretentie inhield van: u vraagt, wij draaien. Zo hoort het dus niet te zijn. Bij vraag hoort ook verantwoordelijkheid. Dat tweede deel van de discussie is de afgelopen jaren veel te veel veronachtzaamd en daarom maak ik niet graag gebruik van die termen.

Wat betreft de ervaringen die zijn opgedaan in Duitsland zal het duidelijk zijn dat ik aanhanger ben van het introduceren van financiële prikkels. Het is waar dat succesvolle preventie geen geld hoeft op te leveren. Het kan zelfs vaak geld kosten. Daarop bestaat één grote uitzondering, te weten diabetes. Diabetes kan goed worden voorkomen door een goede levensstijl en daarmee kan echt veel geld worden bespaard. Daarom tracht ik de verzekeraars te interesseren voor een veel agressievere campagne voor preventie en behandeling van diabetes. Daarmee gaat het de goede kant op en ik zal binnenkort de Kamer hierover een brief sturen.

Alternatieve therapieën als concurrentiemiddel hoeven voor mij ook niet, maar mensen betalen hier zelf voor via de aanvullende verzekeringen. Het is zonde van het geld, maar ik ga het niet verbieden.

Wat de AWBZ betreft vond ik het te waarden dat mevrouw Slagter, hoewel zij minder somber is over de perspectieven, inziet dat een aantal

Hoogervorst

ingrepen noodzakelijk is. Een premie van 13,25% in de huidige situatie is al behoorlijk aan de pittige kant.

Er is mij gevraagd wat ik doe aan de naleving van het rookverbod. Welnu, voorlopig kost het mij elke vrijdag in de ministerraad ook nogal wat moeite, maar het gaat de goede kant op. De VWA heeft aangekondigd om er de komende tijd behoorlijk bovenop te zitten.

De vragen van de heer Kohnstamm heb ik grotendeels beantwoord. Het is terecht dat hij de nadruk legt op preventie. Hij zei dat dit het probleem van vanavond oplost, maar dat is niet waar. Het is niet zo dat de totale zorgconsumptie zal afnemen als mensen gezonder gaan leven. Dat is niet het geval. Daar heeft mevrouw Dupuis terecht op gewezen, maar het levensgeluk neemt wel toe, en dat is ook wat waard.

De heer **Kohnstamm** (D66): De gehoorproblemen die ik in eerste termijn heb genoemd, zullen praktisch verdwijnen zodra er pogingen worden ondernomen om er effectief iets aan te doen, ook in de sfeer van voorlichting en in de preventieve sfeer. Dat wil niet zeggen dat je daarmee mensen korter laat leven. Het betekent slechts dat zij gedurende hun leven veel minder van de zorg gebruik zullen hoeven te maken, al is het maar om die gehoorproblemen.

Minister **Hoogervorst**: Dat wel, maar als je naar het preventiebeleid in bredere zin kijkt, dan denk ik toch dat mevrouw Dupuis gelijk heeft. Stel dat mensen ophouden met roken. Zij zullen dan weliswaar langer leven, maar krijgen aan het eind van hun leven een periode van zes, zeven jaar waarin zij heel andere gezondheidsproblemen krijgen.

De heer Van den Berg miste de rol van de overheid. Ik ben daar inderdaad niet uitgebreid op ingegaan, omdat wij dat al zo vaak doen in Nederland. Ik wilde nou eens de nadruk leggen op de andere spelers in het veld. De overheid zal een rol blijven spelen op tal van punten zoals kwaliteitsbewaking. Ik denk eigenlijk dat de belangrijkste rol van de overheid ook in de toekomst het bewaken van de solidariteit zal zijn. Dat zal heel duidelijk blijken in de discussie die wij over het ziektekostenstelsel gaan voeren.

Meetbare doelen acht ik heel belangrijk en wij zijn er dan ook druk mee bezig. Ik meldde al het initiatief van de Inspectie om samen met NWZ de prestaties van ziekenhuizen op een groot aantal indicatoren te gaan meten op de gebieden veiligheid en doelmatigheid. Ik heb gerefereerd aan Sneller Beter, waarin wij ook samen met NWZ ziekenhuizen op hun prestaties gaan meten. De heer Bakker heeft gezegd dat er in de zorgsector 2,5 à 3 mld aan inefficiëntie zit en dat je die er in drie tot vijf jaar uit zou moeten kunnen kloppen. Dat acht ik theoretisch mogelijk. Of het in de praktijk op zo korte termijn mogelijk is, vraag ik mij af. De heer Bakker dacht aan de zorg in termen van een marktsituatie, waarin je vrije concurrentie hebt tussen verschillende aanbieders. Dan zou het inderdaad mogelijk zijn om het er in drie à vijf jaar uit te halen. Alleen is dat niet het geval in de zorgsector en het valt ook niet een, twee, drie te organiseren. Het zal altijd een gereguleerde vorm van marktwerking blijven en veel zwaarder gereguleerd dan de vrije markt. Het zal dus moeilijker zijn, maar door middel van meer concurrentie en de benchmarking waar ik het over heb, moet toch wel het een en ander mogelijk zijn.

Ten slotte vroeg de heer Van den Berg wie hem nou eens vertelt wat de economische waarde van de zorgsector is. Die vraag kan ik beantwoorden: de waarde bedraagt ongeveer 9% van het BBP. Daar worden heel veel goed belegde boterhammen mee verdiend.

□

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Voorzitter. De heer Hamel vroeg mij of ik een brandend huis aan het blussen was en of het allemaal nog wel hielp. Ik zal niet zeggen dat het huis al dusdanig in de brand staat dat blussen niet meer helpt, maar ik heb wel een huis aangetroffen met behoorlijke constructiefouten en als ik niet ernstig aan de renovatie ga werken, dan staat dat huis niet lang meer. Het dak lekt en de muren vertonen scheuren. Als het bijvoorbeeld gaat om zaken als doelmatigheid en efficiëntie, als het gaat om het ontbreken van prikkels bij de zorgkantoren, als het gaat om de interpretatie die door sommigen is gegeven van het begrip vraagsturing, wat is dat dan? Indicatiestelling hoort

vast te stellen wat de zorgbehoefte is, wat de medische behoefte is en daar moeten wij naar kijken als er een antwoord moet komen op de vraag welke zorgzwaarte iemand behoeft. Het gaat toch om een huis waar heel wat aan gebeuren moet. Ik vertrouw erop dat wij met de maatregelen die wij nu nemen een heel eind op de goede weg zijn. Het samenspel in alles wat wij doen moet ervoor zorgen dat wij uiteindelijk ook nog in dat huis kunnen wonen.

De heer **Hamel** (PvdA): Ik wil niet met een tuinslang een brandend huis gaan blussen. Er is veel gesproken over voorbeelden met keuzes. Vaak gaat dat om kleinere dingen. Alleen weten wij nu ook dat er een groep mensen in verpleeghuizen is opgenomen die totaal geen keuze meer heeft. Mij ging het erom dat deze groep ook aanzienlijk groeit. Mijn vraag komt erop neer of daarvoor voldoende ruimte overblijft. Heel veel maatregelen die de staatssecretaris neemt, zullen altijd slaan op het randgebied waar geen sprake is van zware zorgverlening. Mijn opmerkingen sloegen overigens ook voor een deel op onze discussie over de arbeidsmarkt. Ik herhaal alleen dat het meer gaat om de prognose: welke mensen komen in het verpleegtehuis terecht. Die groep zal groot blijven.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Ik ben dat met u eens. De kosten van de zorg voor deze mensen zullen ook stijgen. Die mensen moeten wel in dat huis kunnen blijven wonen. Dan moet het huis niet aan alle kanten lekken, omdat het niet doelmatig is gebouwd. Ik begin eraan te twijfelen of wij de solidariteit via premiebetalingen voor deze groep mensen overleefd kunnen houden, als er geen doelmatige en eenduidige organisatie is. Ik ben er echter van overtuigd dat door de maatregelen die ik genomen heb, de zorg voor deze mensen veilig gesteld kan worden, ook in de toekomst. Dit zal wel een zware inspanning vergen. Wij moeten duidelijk (blijven) maken dat de AWBZ bedoeld is voor die kern van mensen die zwaar zorgbehoefte zijn. Als dat niet meer kan, omdat er via de AWBZ ook zaken gefinancierd worden die niet te maken hebben met mensen die zorgbehoefte zijn, wordt het heel moeilijk. Vandaar mijn opmerkingen over preventie.

Ross-van Dorp

De heer Kohnstamm heeft nog over lifestyle gesproken. Ik interpreteer dat als volgt. Wij zeggen tegen de mensen: het is belangrijk dat je van jongs af aan de verantwoordelijkheid neemt voor het omgaan met je eigen gezondheid, je eigen leven. Men moet dan ook geen beroep doen op collectieve middelen, wanneer dat niet nodig is, omdat men zich ook zelf kan redden. Dit is ongelooflijk belangrijk om de solidariteit te bewaren. Ik doel hiermee op het betalen van de hogere en misschien nog hoger wordende premies. Dat zal niet meevallen, maar wij moeten het toch doen.

Het is niet zoals de heer Hamel denkt. Wij gaan het AWBZ-pakket dus niet zodanig uitkleeden dat straks alleen maar rijke mensen de zware zorg kunnen krijgen en arme mensen niet. Daar moeten wij verre van blijven. Het is juist andersom: wij moeten ervoor zorgen dat er voor de mensen die deze zorg niet kunnen betalen, nog het goede vangnet is. Het gaat erom dat de mensen die het financieel wel kunnen opbrengen, op alle mogelijke manieren een duik in het zakje doen.

Mevrouw Nap heeft een vraag gesteld over de voorbeeldfunctie van het Rijk bij sportbeoefening door het eigen personeel. Daar wordt al behoorlijk wat aan gedaan. De ministeries subsidiëren en faciliteren sport en fitness. De ministeries hebben ook sport- en fitnessruimtes. De overheid stelt het eigen personeel voorts in staat om een fiets te kopen voor het woon-werkverkeer, wat fiscaal aftrekbaar is.

In de kantine bij VWS is gezond eten gelabeld. Je kunt dus zien welk voedsel gezond is. Dat prikkelt goed. Wij promoten ook het lunchwandelen. De minister en ik geven af en toe samen het goede voorbeeld door rondjes om de Hofvijver te lopen. Wij willen daar zichtbaar in zijn. Wel moeten wij soms handtekeningen uitdelen. Dat is weer niet de bedoeling. Wij proberen op alle mogelijke manieren gezond leven te stimuleren. Aardig is dat een groep jonge VWS'ers niet zo lang geleden heeft geprobeerd het traplopen te promoten. In het hele gebouw was aangegeven waar de trappen te vinden waren. Bij VWS is dat niet zo gemakkelijk, want bij binnenkomst zie je meteen een roltrap. Er zijn dus goede initiatieven.

Er is geïnformeerd naar een brede school naar Brits voorbeeld. Ik denk dat wij daar heel dichtbij komen, zeker met de bosimpuls die wij willen geven. Ik ben er zeker van dat projectvoorstellen vooral door die scholen worden ingediend die samen met een naburige sportvereniging en wijkbewoners heel goede initiatieven nemen. Die initiatieven moeten wij ook in de etalage zetten, zodat die goed nagevolgd kunnen worden door degenen die nog niet op die ideeën zijn gekomen. Uit wat ik heb gezegd, blijkt dat er al heel veel gebeurt.

Wij doen op alle mogelijke manieren wat aan de regelgeving inzake hulp aan vrijwilligers. Wij doen dit ook door ondersteunende organisaties te subsidiëren. Hieraan wordt ook aandacht besteed in de Nota vrijwilligersbeleid. In die nota wordt verder aandacht besteed aan jongeren- en vrijwilligerswerk, alsmede aan de wijze waarop vrijwilligerswerk gestimuleerd kan worden. Belangrijk is om hierbij het volgende in gedachten te houden. Als je aan een jonger iemand vraagt of hij of zij vrijwilligerswerk doet, is het antwoord: nee, ik ben leider bij de kindervakantiedagen. Het is helemaal niet sexy en cool om vrijwilliger te zijn, maar dat wil niet zeggen dat jongeren dit werk niet doen. Het is erg belangrijk om de oude garde in sportverenigingen ertoe te bewegen om jongeren toe te laten. In elke organisatie, ook die waar wij deel van uitmaken, denken de meeste ouderen dat zij het het beste weten, omdat zij het werk al zo lang doen, en dat jongeren nog lang niet aan de beurt zijn. Ik denk derhalve dat daar enig promotiewerk te verrichten valt en dat zal ik ook opschrijven in de nota.

Mevrouw Van Leeuwen vroeg of ik vasthoud aan het document gebruikelijke zorg. Ik zeg nogmaals dat ik alles ga doen om mantelzorgers blijvend te ondersteunen. Het document gebruikelijke zorg wordt geëvalueerd, want men werkt er pas een paar maanden mee. De evaluatie staat op de rol. Ik zal nagaan hoe het in de praktijk werkt, maar het is mijn ambitie om dit document heel serieus te blijven gebruiken.

Over de arbeidsmarkt in de AWBZ merk ik op dat ik vaak heel positieve verhalen hoor, vooral als ik in de grote steden kom, over het enthousiasme waarmee jonge allochtonen, vooral meisjes, iets in de zorg willen

gaan doen. Dat is groeiende en heel positief. Laten wij derhalve niet te negatief doen over wat leerlingen in het vmbo kiezen. Gisteren zei mijn dochter die op de havo zit: wat gaan toch ontzettend veel mensen iets in de zorg doen! Dat was haar opgevallen en dan hoop ik dat dit niet alleen in de Achterhoek het geval is. Nu, ook in de grote steden hoor ik dat er wat dat betreft positieve zaken zijn.

Ik ben blij dat mevrouw Slagter zegt dat er gewoonweg zaken nodig zijn om de zorg veilig te stellen voor de groep die dit zo hard nodig heeft en dat tegelijkertijd moet worden geappelleerd aan de verantwoordelijkheid van mensen die deze zelf kunnen nemen om hun sociale netwerken op te bouwen. Voorts dient daarbij een onderscheid te worden gemaakt tussen welzijnsdiensten die je in de vorm van voorzieningen kunt hebben en verzekerde rechten op zware zorg. Het is niet zo dat gemeenten daar op dit moment niets voor hebben: er zit 3 mld euro in de Welzijnswet. Het is een beetje vervelend dat wij niet kunnen vertellen wat daarvan wordt gedaan, ondanks het feit dat er waarschijnlijk heel goede dingen mee gebeuren. Dat valt echter niet inzichtelijk te maken. Ik hoop dat door het te koppelen aan het budget van de Wet Voorzieningen Gehandicapten ± daar gaat 1 mld in om ± en door er integraal beleid op te stellen, je toch inzichtelijker kunt maken wat het inclusieve beleid op basis van het totale budget is.

Het vreemde is dat ten aanzien van de WVG de gemeente uitvoerder is van een rijksregeling, terwijl bij de Welzijnswet er nauwelijks sprake is van een handvat dat aangeeft wat je precies zou moeten doen. Dit kan gewoonweg beter. Ik denk daarom dat als het gaat om de vraag wat wij er straks uit halen, er in ieder geval veel meer beleidsinhoudelijke informatie moet zijn over wat daar gebeurt. Zo kunnen wij weten of het inderdaad helpt als het gaat om de kosten van het doen van een beroep op zwaardere zorg, daar waar dat misschien niet echt nodig is en je het ook had kunnen redden met wat steun in de rug. Ik ben ervan overtuigd dat dit preventief gaat werken. Voorbeelden van waar dit goed werkt, tonen aan dat dit zo is.

De heer Van den Berg sprak over onderzoek naar doelmatigheid. Ik heb gezegd dat er een onderzoek

Ross-van Dorp

loopt naar de doelmatigheid ± of het gebrek daaraan ± van de wijze waarop men op dit moment werkt in verpleeg- en verzorgingshuizen, zodat wij ook vanuit die praktijk kunnen kijken hoe en waar het beter kan. Dat moet je vooral vanuit de praktijk zichtbaar maken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik vind dat u er nu iets te gemakkelijk overheen gaat. Ik heb erop gewezen dat het decentraliseren een gevaar inhoudt, ook waar het betreft het scheppen van ongelijkheid. Ik zou nog iets duidelijker willen weten hoe u dat soort elementen gaat bewaken. Ik denk dat dit heel belangrijk is.

Staatssecretaris **Ross-van Dorp**: Als het gaat om ongelijkheid, merk ik op dat ik ongelijkheid vaak heel wenselijk vind als dit betekent dat men mensen naar maat helpt. Het is een groot misverstand te denken dat daar waar het Rijk allerlei regels stelt, het dan meteen beter wordt op microniveau. Dat is niet waar. Sterker, het brengt allerlei bureaucratie met zich mee. Het gaat dan bijvoorbeeld om beoordelingen of je ergens recht op hebt en of dat uniform is. Krijg je in Maastricht hetzelfde als in de Achterhoek, en in de Bijlmer hetzelfde als elders in Nederland? Daar moeten dan allerlei garanties voor komen. Die garanties moet je op papier zetten, in de vorm van protocollen enz. In het welzijnswerk moet je echter out-reachend kunnen werken: je moet daar naar mensen toe kunnen gaan. De buurtconciërge moet niet met de indicatieformulieren bij iemand aan de deur hoeven te kloppen, maar dat zal het gevolg zijn als ik alles moet uniformeren. Dat willen wij niet. Ik las laatst iets in het blad "Markant" voor de gehandicaptenzorg wat mij heel zeer deed. Daar stond over het ondersteunende werk aan gehandicapte cliënten de volgende uitspraak. Een mevrouw zei daar: ik zou af en toe zo graag iemand willen opbellen om te vragen hoe het gaat, maar dat kan helemaal niet want ik moet vraaggestuurd werken. Dat kan dan toch niet! Wij willen het welzijns- en ondersteunende werk op lokaal niveau echt een impuls geven en dan wil ik niet dat de redenering is: alles moet aan elkaar gelijk zijn en men moet werken met een model van de overheid waarbij men allerlei voorschriften naleeft. Wel wil ik dat meer manifest inzichtelijk wordt

gemaakt dat men op gemeentelijk niveau meer doelmatig met het welzijnsgeld moet omgaan. Eigenlijk moet men dat nu al doen. Ik wil dat men weet dat dat inzichtelijk maken straks een wettelijke verplichting is. Het invullen van de prestatievelden is dus niet iets vrijblijvends. De situatie zal naar mijn mening daarmee beter worden. Stel dat zich in de toekomst de situatie voordoet waarin de huishoudelijke hulp niet als welzijnsdienst uit de AWBZ wordt gefinancierd en dat alleen geldt Welzijnswet en WVG. Dan zou ik nog vinden dat de Wet maatschappelijke ondersteuning er moet komen. Op grond daarvan kun je namelijk integrale arrangementen voor mensen maken. Met die WMO leg je de gemeenten ook de verplichting op om regie te voeren op de uitvoering door private organisaties van de pakketten. Betrokkenheid organiseren is ongeloflijk belangrijk, maar daarbij moet geen bureaucratie worden opgetuigd. Ik ga dus geen verschillen weggeregelen. Het is goed dat die er zijn, maar je moet wel laten zien waarom ze er zijn. Er moet op dit punt dus beleid worden gevoerd. Dat vind ik belangrijk. Dat gemeenten deze taak aankunnen is gebleken. Er zijn prachtige voorbeelden van. Dit moeten geen vuurpijlen zijn die uitdoven omdat de enthousiaste, bevlogen zorgkantoordirecteur of de zorgaanboddirecteur verdwijnt. Daarom is inbedding in een wettelijke structuur nodig.

Ja, voorzitter, en dan nog iets over de bondscoach. Wat vind ik van zijn positie? Een serieus onderwerp! Welnu, ik denk dat de positie van de bondscoach af en toe net zo moeilijk is als die van politici: het deugt niet of het is niet goed. Zoiets valt niet mee. Je verdedigt je beleid. Dat doet de bondscoach ook en uiteraard steun ik hem daarin van harte. Wij hebben nog niet overwogen om het nationaal elftal daadwerkelijk onder de regie van de premier te brengen. Anders zouden wij in de ministerraad over de opstelling van het elftal kunnen spreken. Wij zijn echter niet van zins dat te doen. In de pauze zijn er allerlei bedenkselen dienaangaande geweest, maar dit perspectief heb ik nog niet. Ik steun dus de bondscoach. Morgen zal ik met mijn aanwezigheid lijfelijk blijf geven van mijn steun. Ik had ook bij de torch relay van de Olympische vlam willen zijn, maar ik ben daar waar het slecht gaat of waar de spanning het grootst

is. Straks werk ik bij de Olympische Spelen mijn achterstand dubbel en dwars weg door daar de hele periode aanwezig te zijn en iedereen te enthousiasmeren.

Voorzitter. Ik weet dat dit een onbevredigend antwoord is, omdat ik niets over de uitslag van de wedstrijd Nederland-Letland heb kunnen zeggen. Het is niet anders.

De **voorzitter**: Hieraan heb ik weinig toe te voegen. Ik dank de regering voor de beantwoording.

De beraadslaging wordt gesloten.

Sluiting 22.17 uur

Lijst van besluiten en ingekomen stukken

Lijst van besluiten

De voorzitter heeft na overleg met het College van Senioren besloten om:

a. de plenaire behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op 28/29 juni 2004:

Wijziging van de Wet op de Ruimtelijke Ordening, de Wet op de stads- en dorpsvernieuwing en de Wet op de economische delicten (onderbrenging van overtredingen van bestemmingsplanvoorschriften en daarmee samenhangende overtredingen onder de werksfeer van de Wet op de economische delicten) (28734);

Wijziging van artikel 94 van Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek in verband met het mededelingsvereiste (28878);

Wijziging van de Arbeidstijdenwet in verband met de invoering van bestuursrechtelijke handhaving en de daarmee samenhangende bepalingen (Wet bestuurlijke boete Arbeidstijdenwet) (29000);

Goedkeuring van het op 24 juni 2002 te Rabat tot stand gekomen Verdrag tot wijziging van het op 14 februari 1972 te Rabat ondertekende Algemeen Verdrag inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk der Nederlanden en het Koninkrijk Marokko, zoals gewijzigd en ondertekend op 30 september 1996, en Administratief Akkoord houdende wijziging van het Administratief Akkoord van 3 november 1972, zoals herzien en ondertekend op 30 september 1996