

Eijsink

Een groot aantal vragen zijn reeds door anderen gesteld. De kwestie van het erkenningsbeleid, mede uitgevoerd door de lagere organen is aan de orde geweest. Mevrouw Vonhoff heeft hierbij uitdrukkelijk gevraagd hoe die lagere organen aan de middelen komen om die verzwaarde taak te kunnen ontwikkelen. Zij vroeg of die f40 miljoen wel voldoende is en hoe men aan die cijfers komt.

Ik herhaal haar vragen omdat wij ook van mening zijn dat hierover klaarheid moet komen. Ditzelfde geldt met betrekking tot de basisgezondheidsdiensten. Nu is er één mogelijkheid waarmee de Minister snel uit de voeten kan. Aan het eind van dezelfde passage over de basisgezondheidsdiensten staat namelijk dat ook andere instellingen voor de volksgezondheid die taken kunnen overnemen. Welnu, als die dan toch al bezig zijn, zou dit een financiële uitkomst kunnen geven, maar ik weet niet of dit de redding voor het geheel is.

In de marge van dit vraagstuk wil ik nog een vraag stellen. Basisgezondheidsdiensten hebben als begrip een heel merkwaardige geschiedenis achter de rug. Het lijkt erop alsof zij in deze wetgeving een eindgestalte krijgen. Een eindgestalte die veraf ligt van de politieke ideologie, die zelfs gedurende geruime tijd in een heel andere richting is gegaan.

Een begeleidende servicedienst ten aanzien van het hele gezondheidsgebeuren tekent zich nu duidelijk af. Deze dienst krijgt nu, ook in het kader van de preventie die duidelijk daarin is opgenomen, als het ware het karakter van sluitstuk op de overige voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg. Voor deze aanduiding en deze interpretatie zijn wij bepaald enthousiast.

Ik ben nu aan het einde van mijn betoeg gekomen. Wij wachten af wat de Minister op de verschillende punten zal antwoorden. Wij zijn bereid daarna ons oordeel nader aan haar duidelijk te maken.



Mevrouw **Tiesinga-Autsema** (D'66): Mijnheer de Voorzitter! Ook ik heet de bewindsvrouw namens mijn fractie van harte welkom nu zij en ik, via u, voor de eerste keer in deze Kamer met elkaar in discussie gaan bij de behandeling van een zo belangrijke wet als de Wet voorzieningen gezondheidszorg. Ik wens haar bij deze behandeling van harte succes.

De Wet voorzieningen gezondheidszorg heeft een lange parlementaire weg afgelegd. Vier kabinetten hebben

er zich mee bemoeid en nu doet zelfs een interim-kabinet dat. Het is een vervolghet verhaal geworden van kabinet tot kabinet. Van hetgeen zich hier vandaag en morgen afspeelt, zal het afhangen of deze Wet nu spoedig het Staatsblad zal halen.

Hoewel mijn fractie de urgentie van de WVG steeds heeft erkend, heeft zij toch willen vasthouden aan een gezamenlijke behandeling met de Kaderwet. De onderwerpen die beide wetsontwerpen behandelen, zijn voor een deel hetzelfde. Ontkoppeling had schade kunnen veroorzaken aan de wetstechniek. Hierin verschillen wij dus duidelijk van mening met de fractie van de VVD. Bovendien zou ontkoppeling een politieke daad zijn geweest. Lange tijd zou daardoor de harmonisatie van het beleid op een laag pitje zijn gezet. De recente kabinetscrisis heeft uiteindelijk toch nog voor vertraging gezorgd. Wij betreuren dat, maar het is niet anders.

De bedoeling van de Wet voorzieningen gezondheidszorg was en is, nieuwe wettelijke regelen te stellen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor de gezondheidszorg, natuurlijk in het belang van de volksgezondheid. Dat laatste mogen wij niet uit het oog verliezen. Het gaat immers om de gezondheid en het welbevinden van de mensen die in ons land leven, wonen en werken of graag wilden werken. Het gaat niet om fraaie systemen of om ingenieuze bureaucratistische regelingen.

Tijdens de gang van dit wetsontwerp hebben zich nog andere doeleinden aangediend, waardoor afdoening van het wetsontwerp steeds urgenter werd: de prioriteit die in brede kring werd toegekend aan de eerste-lijnszorg boven de intramurale zorg – een doel dat van grote betekenis is voor mijn fractie – en de noodzaak tot beheersing van de volumegroei. Dit komt neer op herstructurering en bezuinigingen.

Voor de dringende noodzaak tot vergaande bezuinigingen geeft aan de behandeling van dit wetsontwerp een aparte dimensie. Men kan over gezondheidszorg in Nederland niet praten, zonder de bezuinigingen daarin te betrekken. Er moeten maatregelen worden genomen. Het probleem is meestal dat de snelheid waarmee deze tot stand moeten komen, niet spoort met de snelheid waarmee wij wetten tot stand plegen te brengen. Ook de procedures in deze wet stammen uit een tijd waarin alles nog veel geleidelijker ging. Zij zijn niet op crisiswetgeving toegesneden.

Uit overwegingen van zorgvuldigheid en rechtszekerheid is het terecht dat die wetgeving niet voorop loopt. De noodzaak tot het treffen van bezuinigingsmaatregelen die snel effect sorteren, doet de overheid in arren moede grijpen naar bevoegdheden die tot nu toe niet of nauwelijks werden of behoeften te worden gebruikt. Niet wettelijk geregelde belangen zouden daarbij weleens het meest kwetsbaar kunnen blijken. Wij hebben daarvan de laatste tijd voldoende voorbeelden kunnen zien.

Procedures, door gewoonte ontstaan, worden doorkruist. Dat geeft spanningen. Het is moeilijk, een kant en klare oplossing voor deze problemen op tafel te leggen. Maar ook aan deze mogelijkheden komt een eind. De Minister wil nu op korte termijn bezuinigen op ziekenhuizen onder het motto: het geld moet toch ergens vandaan komen. Met het principe zijn wij het wel eens. D'66 pleit al jaren voor bezuinigingen in de intramurale sector ten gunste van de eerste lijn.

Nu de Minister haar maatregelen met betrekking tot de reductie op de bedden heeft aangekondigd, kiest zij voor een moeilijke manier. Mijns inziens is het wel een moedige manier. In de literatuur en de berichtgeving doen echter over het effect van beddenvermindering om de kosten voor de gezondheidszorg te drukken, de meest uiteenlopende berichten de ronde. Deze variëren van nul tot grote besparingen en van verwaarloosbare resultaten tot het scheppen van geldverslindende werkloosheid.

Ik wil niet op een verdere discussie daarover in de Tweede Kamer vooruitlopen; wij hebben kunnen lezen dat de Minister gisteren al overleg heeft gevoerd met de vaste kamercommissie aan de overkant. Ik wil echter wel van deze gelegenheid gebruik maken om hierbij in relatie tot de WVG en de Kaderwet Specifiek Welzijn een paar kanttekeningen te plaatsen.

Beddenreductie is noodzakelijk, maar kan en mag niet worden verleend zonder goede vervangende voorzieningen voor personeel en patiënten. Er zijn belangen mee gemoeid die niet zo maar 'weggepoetst' kunnen worden. In de eerste plaats is er het belangrijke aspect van de werkgelegenheid. Mijns inziens zal de eerste-lijnsgezondheidszorg achter het net vissen als deze niet snel haar medewerking verleent aan, of met een plan komt voor, plaatsing en herscholing van mensen binnen deze

Tiesinga-Autsema

sector, die bij de beddenreductie intramuraal overtollig zullen worden. Ik ben bang dat dit anders afbreuk zal doen aan de verschuiving naar de eerste-lijnsgezondheidszorg.

Kruiswerk, maatschappelijke dienstverlening en gezinszorg zouden hun krachten moeten bundelen en met het departement moeten zoeken naar mogelijkheden daartoe. Dat gaat sneller en zou de kans van slagen, ook in politiek opzicht, vergroten.

Door het sluiten van ziekenhuizen neemt de druk op andere voorzieningen, zoals de gezinsverzorging en het kruiswerk, toe. Als men te gezond is voor het ziekenhuis maar nog niet gezond genoeg om weer op eigen benen te staan, heeft men verzorging nodig. De Minister van CRM heeft echter zo zijn eigen bezuinigingsplannen en -problemen. Ik had gehoopt dat er hier vandaag twee Ministers aanwezig zouden zijn geweest. Mevrouw Vonhoff maakte hierover ook al een opmerking.

Ik betreur het dan ook zeer dat de Minister van CRM niet achter de regeringstafel zit. Ik had namelijk willen zeggen dat wij vandaag twee ministers in huis hebben wier plannen welhaast haaks op elkaar staan.

Ik vind het triest om dit te moeten constateren. Het sluit niet aan bij de doelstellingen, neergelegd in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg die spreekt over 'het aanvaarden van medeverantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor gezondheid'.

Het sluit ook niet aan bij het samenhangende gezondheidszorgbeleid dat D'66 voor ogen staat. Door het bezuinigingsklimaat is de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg onder grote druk komen te staan. Het non-interventiebeginsel, gekoppeld aan de staatsrechtelijke ministeriële verantwoordelijkheid, staat een gecoördineerd beleid op het zorgterrein danig in de weg.

Het feit dat Minister De Boer als Minister van CRM het coördinerend ministerschap voor het welzijnsbeleid bekleedt, verschaft hem slechts geringe bevoegdheden. Het ware beter voor de politieke prioriteitstelling en voor de samenhang in het beleid als één ministerie met de totale zorgsector belast zou zijn. Ten slotte speelt bij het sluiten van ziekenhuizen in het kader van de beddenvermindering, kapitaalsvernietiging natuurlijk een belangrijke rol. Er zou op korte termijn dan ook moeten worden gewerkt aan een plan voor hergebruik van gebouwen en apparatuur.

De eerder geciteerde drs. Werner, hoofd van de stafafdeling financiering gezondheidszorg van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, signaleerde in een recente voordracht over de toekomst van het financieel overzicht gezondheidszorg dat er weinig zicht blijkt te bestaan op het effect van de planning en de bouw van ziekenhuizen op de exploitatiekosten van de gezondheidszorg. Dat is opmerkelijk, want ervaringen in het verleden hebben ons steeds geleerd dat planning en bouw juist een groot deel van de volumestijging in de gezondheidszorg hebben veroorzaakt omdat zij structureel op lange termijn kostenontwikkelingen vastleggen.

Met de nieuwe wetgeving raakt de overheid weer beter geëquipeerd om het bedrag van 32 miljoen gulden voor kosten in de gezondheidszorg te beheersen en binnen de bestaande infrastructuur te sturen. Daar staat echter tegenover dat in het financieel overzicht gezondheidszorg 1982 wordt gezegd dat de Regering slechts voor 1982 aan de raming van kosten een taakstellend karakter geeft; de raming voor de middellange termijn (1983 tot 1985) wordt slechts een indicatief karakter toegekend. Dit betekent met andere woorden dat de mogelijkheid wordt opengehouden om het financiële kader van jaar tot jaar bij te stellen.

Voor 1982 werd het financiële kader zelfs drie maanden nadat het was gepubliceerd, alweer bijgesteld op grond van de Voorjaarsnota. Het bezuinigingsbeleid wordt steeds kortademiger. Men kijkt nu geen jaar meer vooruit, maar slechts een paar maanden. Dat kan niet anders dan ten koste gaan van de samenhang in het beleid. Artikel 10 van de WVG eist, dat de Minister vooraf in richtlijnen aangeeft welk beslag de diverse voorzieningen mogen leggen op de personele, materiële en financiële middelen.

Het vierjarenplan wordt alleen maar goedgekeurd als het binnen de financiële richtlijnen blijft. Ik deel dan ook de twijfel van de heer Werner over de bestuurlijke haalbaarheid van de WVG op dit punt, tenzij de Regering zou besluiten tot het maken van een taakstellend meerjarenkader. Dat betekent onder meer dat een zittend kabinet zal moeten aangeven wat de gezondheidszorg in de volgende kabinetsperiode mag kosten.

Mijn vraag aan de Minister is dan ook of het aannemen van de WVG betekent, dat er in het vervolg in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg sprake zal zijn van taakstellende

financiële kaders. Dat is van doorslaggevend belang om de mogelijkheid die de WVG biedt om de kosten in de gezondheidszorg ook op de lange termijn in de hand te houden, te benutten. Eerst dan ontstaat er ook samenhang in het bezuinigingsbeleid. Voor bezuinigingen kan een reële planning worden gemaakt; het schotsen springen kan achterwege worden gelaten. Dan pas ook sluit het systeem.

Een ander punt dat mij is bijgebleven uit het belangwekkende betoog van de heer Werner is het onderscheid tussen de Wet voorzieningen gezondheidszorg en de Kaderwet specifiek welzijn waar het de financiële planning betreft. In de KSW zijn meerjarenplannen geen grond voor financiering. Deze wet kent een jaarlijks programma in relatie tot het financieel beslag en het vierjarenplan. Dit onderscheid zal ongetwijfeld problemen geven als de WVG en de KSW in elkaar worden geschoven, vooral ook omdat het financieringssysteem van de gezondheidszorg sterk afwijkt van dat van de bestaande welzijnsvoorzieningen.

Ik hoor graag van de Minister, mijnheer de Voorzitter, of er al een oplossing voor deze problemen is bedacht. We hebben niet zoveel tijd meer. Op het financieringssysteem in de gezondheidszorg kom ik overigens in mijn betoog straks bij de behandeling van de onderdelen van de wet nog terug.

Mijnheer de Voorzitter! Ik wil nu nog een aantal aspecten van de WVG de revue laten passeren en de gelegenheid te baat nemen om de Minister nog nadere vragen te stellen.

In de eerste plaats kom ik te spreken over de invoeringsproblematiek. In de memorie van antwoord heeft de Minister de vele vragen vrijwel alle welwillend en uitgebreid beantwoord. Mijn fractie dankt haar daarvoor. Dat geldt zeker ook voor de beantwoording van de vragen die zijn gesteld over de invoeringsproblematiek van de WVG.

De Minister erkent dat de te nemen invoeringsmaatregelen en de snelheid waarmee ze tot stand worden gebracht essentieel zijn voor de beoogde werking van de wet. Het opstellen van een tijdige planning voor de werkzaamheden met betrekking tot de vele op te stellen maatregelen van bestuur in de vorm van een ontwikkelingsprogramma, dat zal worden opgenomen in het invoeringsplan van de WVG, is in dat kader een adequate maatregel. In de wetenschap dat er inmiddels op het departement al maanden hard is gewerkt aan de voorbereiding van de

Tiesinga-Autsema

invoeringsplanning, veroorloof ik mij de Minister te vragen wanneer zij aan de Tweede Kamer haar eerste rapportage denkt te kunnen doen over de voortgang van en haar voornemens met betrekking tot de toepassing en uitvoering van de wet, daarbij rekening houdend met de door ons en gelukkig ook door de Minister, zoals is gebleken, voorgestane koppeling in toepassing van artikel 4 van de Wet voorzieningen gezondheidszorg en artikel 5 van de Kaderwet specifiek welzijn. De Minister verwijst nog naar de Stuurgroep Afstemming KSW en WVG. Iets verder in haar betoog, op bladzijde 25 van de memorie van antwoord, brengt zij de harmonisatie-afspraken ter sprake.

Wanneer is een evaluatie van deze afspraken door de Stuurgroep te verwachten?

Wat de rapportages in het algemeen betreft, wij zouden graag de toezegging van de Minister willen hebben dat zij daarin ook melding zal maken van eventueel extra financiële consequenties die toepassing en uitvoering van de WVG tot gevolg kunnen hebben, uitgaande van de verwachting van de Minister dat een bedrag van f 40 miljoen op jaarbasis voldoende is voor de gefaseerde voorbereiding, invoering en uitvoering van de wet. Over dit onderwerp is vanmorgen al eerder gesproken.

Bij de teruglopende uitkering uit Provincie- en Gemeentefonds zou het overigens interessant zijn van de Minister te vernemen of zij alle kosten met betrekking tot voorbereiding, invoering en uitvoering van de wet 'verhaalbaar' acht.

Wij zijn er de Minister erkentelijk voor, dat zij een zo duidelijk overzicht heeft willen geven met betrekking tot de vermoedelijke hoofdinhoud van het invoeringsplan. Haar mededelingen daarover geven mij reden tot vreugde en zorg. De keuze om in de eerste fase van het invoeringsproces de strategie met de daarbijbehorende prioriteitenstelling en de communicatie- en overlegstructuur aan bod te laten komen, ligt voor de hand. De dubbele invoering, een sectorsgewijze in het gehele land, gekoppeld aan een zo integraal mogelijke in bepaalde regio's, lijkt uiterst zinnig. Met de integrale invoeringsprojecten kan op deze manier ervaring worden opgedaan die van belang is voor de uiteindelijke algehele invoering van de wet. Buiten die regio's zit de Minister ook niet stil en brengt zij alvast een aantal sectoren onder de werking van de wet.

Op het eerste gezicht is daar geen speld tussen te krijgen. Mijn zorg betreft dan ook niet deze aanpak, maar de keuze van de sectoren die de Minister als eerste onder de WVG wil brengen, althans een mogelijk effect van die keuze.

Het bij voorrang brengen van de extramurale sectoren en de collectieve preventie onder de werking van de WVG laat voorlopig de intramurale sectoren ongemoeid en onder de werking van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Dat betekent een breuk met het verleden, die voor- en nadelen heeft. Even terug naar de oorspronkelijke plannen.

In het indertijd uitgezette tijdspad voor de invoering van de WVG en met name het insluiten van de WVG en de Kaderwet Specifiek Welzijn is gezegd, dat zou worden begonnen met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Daarna zou de rest van de gezondheidszorg volgen, waarna afstemming zou plaatsvinden met de maatschappelijke dienstverlening via koppeling met de KSW. Dat wil zeggen dat in die opvatting de ziekenhuizen centraal zouden staan en dat het gevaar bestond dat extramuraal zich zou moeten aanpassen. Dat lijkt inmiddels achterhaald door de accentverlegging van intramuraal naar extramuraal.

Goed, zult u zeggen, mijnheer de Voorzitter, dan komt de nu voorgestelde werkwijze van de Minister toch ook aan dat bezwaar tegemoet? Dat is juist en niet juist. Het gevaar is niet denkbeeldig dat toch eenzelfde soort effect zal optreden. Doordat de WZV nu blijft doorlopen, zou de gevoeligheid van nature van de intramurale sectoren voor autonome ontwikkelingen nog kunnen worden gestimuleerd, waardoor het bij voorbaat moeilijker wordt deze bij de noodzakelijke ombuigingen en verschuivingen in de gezondheidszorg betrokken te houden, ondanks de ferme plannen van de Minister in die richting.

De argumentatie van de Minister en de plannen om door onderlinge afstemming van de richtlijnen, te geven op basis van beide wetten, te komen tot beheersing van het volume van de intramurale zorg ten gunste van de extramurale, stellen ons met de donkere bezuinigingswolken aan de lucht slechts ten dele gerust.

Niettemin, de beweegredenen van de Minister acht ik zuiver en ook ben ik niet geheel en al genoeg voor het argument uit de ziekenhuiswereld dat zij pas aan het werk zijn met de WZV en nu meteen weer met een nieuw wettelijk regiem zouden worden geconfronteerd.

Voor de WVG en de KSW is indertijd een wettelijk ingroeimodel opgesteld. Nu het onvermijdelijk lijkt te zijn, dat de WVG en de WZV enige tijd naast elkaar zullen functioneren, willen wij de Minister dringend vragen op korte termijn ook zo'n ingroeigarantie voor deze beide wetten tot stand te willen brengen. De mededeling, dat in fasen beide wetten verder naar elkaar moeten toegroeien opdat een geleidelijke overgang kan worden bereikt (MvA, blz. 22) is mij te mager. Ook met een duidelijk ingroeiplan kunnen te abrupte overgangen in wettelijke systemen worden vermeden.

Mijn fractie steunt, onder voorwaarde van een deugdelijk en van tevoren vastgelegd tijdspad voor ingroei van deze beide wetten, de gedachte van de Minister om die sectoren als eerste onder de werking van de WVG te brengen waarvoor nog geen wettelijk planningsregime c.q. een in de praktijk decentraal werkend beheersregime bestaat, en zal verdere ontwikkelingen nauwlettend volgen.

Mijnheer de Voorzitter! Ik kom te spreken over de inwerkingtreding. De opzet en de schets van de inhoud van het invoeringsplan die de Minister heeft gegeven, stemmen ons optimistisch over wat de Minister noemt een ordelijke en snelle gefaseerde inwerkingtreding van de wet, zodat wij geen problemen verwachten die wij signaleerden bij de WZV, waarvan lange tijd slechts enkele artikelen in werking zijn geweest.

Van groot belang voor ons is de prioriteit die gegeven wordt aan het inwerkingtreden van het vestigingsbeleid. De Minister zal daar haast mee maken. Onze opvatting dat het vestigingsbeleid te lang op zich heeft laten wachten, deelt zij echter niet. Immers, zo zegt ze, eerst met het van kracht worden van de WVG kan met de uitvoering van een vestigingsbeleid worden begonnen. Daar wil ik op z'n minst een vraagteken bij plaatsen. Ik denk dat het meer te maken heeft gehad met het wel of niet – in dit geval dus niet – willen nemen van een politieke beslissing.

De Minister stelt het voor alsof het gaat om een juridische kwestie, alsof haar tot dusverre geen enkele mogelijkheid ten dienste stond om reeds een aanvang te maken met enigerlei vorm van vestigingsbeleid. Op basis van de Ziekenfondswet echter – de Minister geeft het zelf al aan (memorie van antwoord, blz. 39) zijn door wijziging van art. 47 belemmeringen daartoe al eerder weggenomen. Wat dat betreft valt in deze passage enige inconsistentie te constateren.

Tiesinga-Autsema

Ik ben van mening, dat op basis van de Ziekenfondswet wel degelijk een soort vestigingsbeleid gevoerd had kunnen worden en dat dit stuurmiddel effect had kunnen hebben, zelfs als men bedenkt dat de werking van de Ziekenfondswet 70% van de bevolking dekt.

Maar goed, no use crying over spilt milk, ik ben blij dat er nu uitvoerings-amvb's in voorbereiding zijn om tot versnelde invoering van het vestigingsbeleid te komen. Daarnaast wordt gewerkt aan de voorbereiding van de informatievoorziening die de uitvoering van het vestigingsbeleid noodzakelijk moet maken. Kan de Minister zeggen hoever men daarmee is gevorderd?

Over de groepen die onder de werking van dit beleid zullen worden gebracht, deelt de Minister mede, dat dat in ieder geval de huisartsen en de fysiotherapeuten zullen zijn. Wil zij daaraan inmiddels nog andere groepen toevoegen? Heeft zij bij voorbeeld al nadere ideeën ontwikkeld over de categorieën specialisten waarop het vestigingsbeleid straks betrekking zal hebben?

Zoals bekend, mijnheer de Voorzitter, vindt mijn fractie de doelstellingen om via de WVG tot democratisering in de gezondheidszorg te geraken van groot belang. Ieder mens moet in eigen verantwoordelijkheid de keuze kunnen maken voor een gezond bestaan. Dat kan alleen wanneer de besluitvorming in de zorgsector gedemocratiseerd wordt, zodat bewuste patiënten/cliënten in goede relatie met hun hulpverleners kunnen samenwerken. Een van de mogelijkheden daartoe is het betrekken van patiënten/cliënten bij de besluitvorming in instellingen van gezondheidszorg.

In de bijdrage van het voorlopig verslag zijn wij daar al op ingegaan en ik volsta met de mededeling dat wij met de Minister van mening zijn, dat art. 6 voldoet aan hetgeen in het definitief regeringsstandpunt is gesteld ten aanzien van wettelijke maatregelen op het terrein van democratisering van gesubsidieerde instellingen. In dit wetsontwerp worden die uitgangspunten als het ware gewettigd. In afzonderlijke algemene maatregelen van bestuur zal een zorgvuldige regeling per sector van de zorg worden ontworpen, zegt de Minister toe.

Ik acht dat een goede zaak, omdat het een gefaseerde regelgeving mogelijk maakt. De denkbeelden over democratisering, althans de praktijk

ervan – denken is nog iets anders dan doen, nietwaar – in de ene sector van de zorg zijn geavanceerder dan in de andere. Bovendien kan zo ook beter worden aangesloten op wat reeds in de praktijk tot stand is gebracht.

Ik heb er na het antwoord van de Minister geen bezwaar tegen dat de werkzaamheden met betrekking tot de democratiserings-algemene maatregel van bestuur ex art. 6 van de wet per sector voortgang vinden parallel aan de werkzaamheden van de Stuurgroep Democratisch en Doelmatig Functioneren van gesubsidieerde instellingen, in de wandeling de Stuurgroep Dijk, te meer niet daar voorstellen voor algemene democratiseringsmaatregelen van deze stuurgroep langer op zich laten wachten dan was toegezegd en nu pas in 1983 aan de Kamer kunnen worden voorgelegd, hoe legaal de redenen daarvoor ook mogen zijn. Wel stel ik de toezegging van de Minister op prijs dat zij over de algemene maatregelen van bestuur die op grond van art. 6 worden ontworpen advies bij de stuurgroep zal inwinnen, zodat een en ander op elkaar kan worden afgestemd.

Op papier valt op de democratiseringsvoornemens in de WVG niet veel af te dingen. Op één onderdeel wil ik nog even ingaan, omdat over de invulling in de praktijk nog twijfels bestaan, de patiëntenrechten.

'De patiënt is niet alleen lijdend voorwerp, maar ook degene waarop het beleid dient te worden afgestemd'. Dat zijn eigen woorden van de Minister tijdens de behandeling van de Nota Patiëntenbeleid in de Tweede Kamer op 29 maart jl. Zo'n uitgangspunt is belangrijk in een sector waarin zoveel financiële belangen spelen en waarin democratie tot dusverre geen hoogtij heeft gevierd.

Aan de positie van de patiënt/gebruiker wordt dat belang toegekend in de art. 5 en 6 van de WVG. De algemene maatregelen van bestuur op grond van artikel 5 moeten eisen gaan bevatten die een goede hulp- en dienstverlening waarborgen, eisen dus die recht doen aan de positie van de patiënt. In het erkenningenbeleid zal hiermee dus rekening worden gehouden. Volgens art. 6 lid c bevatten deze algemene maatregelen van bestuur bovendien de nodige waarborgen voor de rechten van de gebruikers.

Inderdaad, de meeste patiëntenrechten vinden we in dat artikel terug, de jurisprudentie helpt inmiddels ook al weer een beetje. In aanmerking nemend wat de Minister daarover in voornoemde UCV heeft meegedeeld en toegezegd over patiëntenraden,

privacy, rechtspositie e.d., ben ik hierover niet pessimistisch, te meer niet, daar in de onderhavige memorie van antwoord (blz. 33) de toezegging wordt gedaan dat zij zal nagaan of er aanleiding bestaat om in het kader van art. 7 van de WVG de patiëntenrechten nog nader uit te werken.

Art. 6 lid 3 spreekt over een evenredige vertegenwoordiging van o.a. de gebruikers. De profetie van de Minister tijdens voornoemde UCV wordt wat mijn fractie betreft, bewaard. Mijn collega in de Tweede Kamer, mevrouw Wessel-Tuinstra, heeft tijdens de behandeling van de Nota Patiëntenbeleid een warm pleidooi gehouden voor meer zeggenschap voor gebruikers in de Nationale Raad ex art. 86 van de WVG. In antwoord daarop deelde de Minister mede, dat zij bij de verdediging van de WVG in de Eerste Kamer ongetwijfeld veel suggesties zou krijgen over welke groepen in de Nationale Raad versterkt moeten worden.

Mijnheer de Voorzitter! De Minister wordt op haar wenken bediend. Het zal haar niet verbazen, dat ook mijn fractie vindt dat de gebruikers in de in te stellen Nationale Raad beslist ondervertegenwoordigd zijn, althans zoals het er nu naar de laatste woorden van de Minister uitziet. Uit de discussies erover hebben wij op zijn gunstigst 5 gebruikers-leden uit de beoogde samenstelling van de Raad van 45 kunnen peuren. Misschien heeft er in de tussentijd toch enige ontwikkeling in de gedachtengang van de Minister plaatsgevonden waardoor de centrale plaats van de patiënt/gebruiker in de gezondheidszorg beter tot uitdrukking wordt gebracht.

Wanneer komt overigens nu precies het advies van de Centrale Raad over de samenstelling van de Nationale Raad? Het feit dat de WVG nu pas in de Eerste Kamer wordt behandeld heeft de voorbereiding van het advies zoals we hebben begrepen, gelukkig niet in de weg behoeven te staan. De Minister memoreerde in de UCV over de Nota Patiënten-beleid dat het bij participatie van de patiënt/gebruiker gaat om twee invalshoeken. Enerzijds de participatie in de besluitvorming, bij voorbeeld dus in de Nationale Raad, maar ook op regionaal niveau in de districtscommissies, anderzijds de plaats van de patiënt/gebruiker in de instelling.

Kan de Minister wat het laatste betreft al vorderingen melden naar aanleiding van het overleg van vertegenwoordigers van de NZR, de Landelijke Stichting Patiëntenraden

Tiesinga-Autsema

en ambtenaren van het departement inzake het opstellen van een nadere regeling voor patiëntenraden, vooral waar het de psychiatrische ziekenhuizen betreft?

Ook voor de samenstelling van de zojuist genoemde districtcommissies verwijzen wij naar hetgeen de Minister op blz. 16 van de motie van antwoord zegt, dat zij moeten kunnen komen tot een 'evenwichtige advisering waarin alle relevante aspecten van een bepaalde zaak inderdaad aan de orde komen'.

Tot slot van dit onderdeel willen wij de Minister nog vragen wanneer de commissie klachtenrecht van de Stuurgroep Dijk klaar is met het advies over het klachtenrecht en de Centrale Raad met het advies over het Patiëntenrecht.

Aan de regio-indeling, mijnheer de Voorzitter, zitten naar de mening van mijn fractie nogal wat bestuurlijke haken en ogen. In de wordingsfase van de VWG werd uitgegaan van vier bestuurslagen, rijk, provincies, regio's en gemeenten. Nu is de vierde bestuurslaag van de baan, maar in de gezondheidszorg staat de regio-gedachte nog recht overeind.

Kan de Minister overigens zeggen, waarom men zich nu eigenlijk zo heeft vastgeklemd aan die regio's? Zoals nu gepland, komen er gezondheidsregio's met een samenhangend pakket van voorzieningen. Dat legt, er is al eerder op gewezen, een grote claim op de bereidheid tot samenwerken, de flexibiliteit en de inventiviteit van de bij beleid en planning betrokken lagere bestuursorganen, waar het om grensoverschrijdende zaken gaat. De regio ligt immers altijd tussen twee bestuurslagen in. Hulpconstructies worden daardoor noodzakelijk, wat een bron van bestuurlijke moeilijkheden kan betekenen.

Mijn fractie, mijnheer de Voorzitter, is van mening dat het ontstaan van twee verschillende regio-indelingen – één op grond van de WZV en één op grond van de VWG – inderdaad uit den boze zou zijn. Wij kunnen ook meegaan in de opvatting dat door aanvaarding van het compromis in de vorm van het zgn. 'kubusprincipe', aan een aantal bezwaren tegemoet kan worden gekomen.

Op blz. 18 van de memorie van antwoord stelt de Minister een procedure voor om tot een regio-indeling te komen. Er moet dus onderhandeld worden. Dat baart mij toch enige zorgen. De ziekenhuisgrenzen zijn in bestuurlijk opzicht de slechtste

oplossing. Wij zouden de Minister in elk geval willen vragen of zij zich er sterk voor wil maken om de ziekenhuisindeling steeds binnen de provinciegrenzen te houden, met andere woorden: wij vragen de Minister dus dringend de regio-indeling van de WZV zo spoedig mogelijk aan de provinciegrenzen aan te passen.

Er komen ook subregio's die dan zullen samenvallen met de subregio's van andere welzijnsvoorzieningen. Met de Minister van Binnenlandse Zaken zijn wij het eens, dat daaruit geen vierde bestuurslaag mag groeien. Daar zijn wij volstrekt tegen, omdat de besluitvorming zich dan onttrekt aan elke democratische controle. In onze opvatting mag er dus geen net van gemeenschappelijke regelingen uit ontstaan ten aanzien van de instellingen, maar alleen voor de planningsprocedures. Die dan weer getoetst moeten kunnen worden door de diverse gemeenteraden. Dat betekent dus een regionale paragraaf in het plan. Ik hoor hierop graag de reactie van de Minister.

Wij danken de Minister voor de toezegging over de samenloop van de welzijnsregio's uit de Kaderwet specifiek welzijn en de gezondheidsregio's uit de onderhavige wet. Wij hechten er grote waarde aan dat de experimenten Wet voorzieningen gezondheidszorg en de Kaderwet specifiek welzijn aan elkaar gekoppeld blijven, zodat ontwikkelingen zich niet gescheiden voltrekken. Wel willen wij haar nog vragen, hoe het staat met de voorbereidende maatregelen om de WVG vervroegd in te voeren in de proefgebieden van de ontwikkelingsprojecten KSW, zoals is toegezegd in het zevende advies van de Stuurgroep Ontwikkelingsprojecten.

Tot slot van dit onderdeel, zouden wij nog graag van de Minister horen in welke regio's zij de WVG integraal zou willen invoeren. In de memorie van antwoord wordt wel een tipje van de sluier opgelicht, maar wij willen nog wijzen op het belang van spreiding over het gehele land voor de ervaringen die daarmee worden opgedaan, gezien de aanmerkelijke verschillen tussen provincies, regio's en gemeenten onderling wat betreft inwonertal en oppervlakte en het niveau waarop in sommige delen van het land bepaalde voorzieningen functioneren. Denk ook maar aan de zogenaamde 'zwevende' voorzieningen. Dergelijke ervaringen zal de Minister toch moeten hebben, voordat zij kan komen tot een 'flexibele toewijzing van voorzieningen naar de diverse niveaus', maar ook voor de

inhoud van de op te stellen algemene maatregelen van bestuur.

Ik meen, dat er indertijd een procedure is geweest voor de selectie van proefgebieden voor de KSW. Wellicht biedt deze aanknopingspunten. Wij danken de Minister overigens nog voor haar heldere uiteenzetting over het beleid dat zij met betrekking tot de integrale invoeringsprojecten zal voeren naar aanleiding van onze vragen daarover.

Ik kom nu te spreken over de financiering. De Minister onderstreept in de memorie van antwoord op verschillende plaatsen, onder andere op bladzijde 40 en bladzijde 43, dat het financieringssysteem van de gezondheidszorg door middel van de verzekeringen niet wordt gewijzigd. Het woord 'budget' moet volgens de Minister worden opgevat als een financieel kader, waarmee met planopstelling en -vaststelling rekening gehouden dient te worden.

Financiële middelen ter financiering van de gezondheidsvoorzieningen worden niet ter beschikking gesteld aan provincies en gemeenten. De lagere overheden hebben wel invloed op de aanwending van die middelen door het erkenningsstelsel, zegt de Minister, en zij kunnen voorts eigen middelen op hun begroting opnemen ten behoeve van de gezondheidszorg-taken. Het laatste zal, nu de financiële situatie bij de lagere overheden zo weinig rooskleurig is en de uitkeringen uit Provincie- en Gemeentefonds teruglopen, zo'n vaart niet lopen, denk ik. Wat de financiering betreft, blijft alles dus nog te veel bij het oude, naar de mening van mijn fractie.

Het optimisme dat ik in mijn bijdrage aan het voorlopig verslag aan de dag legde over de mogelijkheden van de WVG tot kostenbeheersing, is door de memorie van antwoord getemperd. Eigenlijk moet ik, evenals eerder toen ik over het Financieel Overzicht Gezondheidszorg sprak, constateren, dat de WVG qua instrumentarium fraai is toegerust, maar dat het feit dat het eigenlijke geldcircuit ergens anders blijft berusten, ook een zwakke schakel is in de keten. Dat kan natuurlijk ook niet anders, als je bedenkt dat de gezondheidszorg als grootste dienstverlenende bedrijfstak in Nederland eigenlijk los van het marktstelsel opereert. Dat is terug te voeren tot het hinken op twee gedachten.

Zowel de Structuurnota Gezondheidszorg als de WVG gaat ervan uit, dat de overheid het aanbod in de zorg

Tiesinga-Autsema

reguleert. Ook de KSW is geschreven vanuit die filosofie. Gebruikers hebben invloed via de politieke besluitvormingsorganen. De filosofie in de sociale verzekeringswetgeving is echter een andere. De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten reguleren de vraag naar zorg. De vraag van verzekerden naar binnen het verstrekkingenpakket vallende vormen van zorgverlening moet te allen tijde worden gehonoreerd vanwege het rechtskarakter van de (verzekerings)aanspraken. Gebruikers en niet te vergeten de professionele hulpverleners, artsen, specialisten en dergelijke hebben het laatste woord over de omvang van de zorgverlening en bepalen daarmee de kosten. Beide uitgangspunten zijn in wetgeving vastgelegd.

Nu de financiële problemen in de gezondheidszorg steeds actueler worden en er flink bezuinigd moet worden, botsen deze filosofieën nogal eens. Er zal spoedig een oplossing voor moeten worden gevonden. In Scandinavië is men ons daarin voorgegaan. Denemarken heeft het verzekeringscircuit radicaal afgeschaft. Zweden en Noorwegen hebben het systeem intact gelaten maar leiden de financiering van de voorzieningen via de overheid die daarbij een budgetstelsel hanteert.

Gebruikers kunnen de voor de voorzieningen verantwoordelijke overheid aanspreken op de realisering van hun rechten binnen de grenzen van wat in de budgetten is vastgesteld. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid wierp onlangs de vraag op, of financiering uit algemene middelen niet de voorkeur verdient boven een financiering uit sociale premies. Ik heb begrepen, dat de Commissie Afstemming Financieringsstelsels zich buigt over een oplossing. Kan de Minister zeggen, wanneer wij daarover een advies tegemoet kunnen zien? Is de Minister met ons van mening, dat hierin zo spoedig mogelijk een politieke keuze moet worden gedaan?

D'66 heeft zich altijd op het standpunt gesteld dat er een einde moet komen aan deze open eind-financiering. De kosten worden beter beheersbaar, de mogelijkheden voor het stellen van prioriteiten groter. Eén financieringsbron lijkt ons noodzakelijk, omdat de geldstromen dan beter kunnen worden beheerst. Bezuinigingsoperaties kunnen dan ook alleen het effect sorteren dat wordt beoogd als de overheid zelf als financier van de gezondheidszorg optreedt.

Art. 10, lid 2 maakt het mogelijk om te komen tot regionale budgetten. Ik zou de Minister willen vragen, of zij bereid is om uiterlijk eind dit jaar/begin volgend jaar de Tweede Kamer te informeren over de opbouw en de inrichting van financiële kaders, dusdanig dat zij subregionaal bruikbaar zijn en zo ingericht dat de lagere overheden ook daadwerkelijk keuzemogelijkheden hebben.

Het misverstand tussen de Minister en mij over de Wet inzake de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg (BIG) heeft zij uit de weg kunnen ruimen. WVG en BIG zullen in de toekomst een samenhangend en afgewogen stelsel van wetgeving bevatten, zo belooft de Minister. Voorlopig heeft het geen nut hier verder op in te gaan. We zullen dat pas kunnen beoordelen als het definitieve wetsontwerp BIG voor ons ligt. Wij duiden het de Minister niet euvel, dat zij haar toezegging niet heeft kunnen waarmaken door het wetsontwerp in de vorige kabinetsperiode bij de Tweede Kamer in te dienen. Die was helaas maar kort. Gelukkig is de BIG niet op de lange baan geschoven en zal het w.o. de Kamer in 1983 bereiken.

Mijnheer de Voorzitter, op blz. 10 van de memorie van antwoord vinden we een uitspraak van de Minister over de relatie tussen de WVG en de KSW. Er komt, zegt zij, één plan voor bij voorbeeld eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening om op deze terreinen een onwenselijk gebleken scheiding op te heffen, al zal het onderscheid zichtbaar en merkbaar blijven omdat het orgaan ex art. 6-KSW een aparte sectie 'zorg' zal kennen waarvan de samenstelling is geregeld in de WVG.

Daarnaast blijft de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid een belangrijke rol vervullen, zowel op provinciaal als op gemeentelijk overheidsniveau. Deze, mijns inzien eerste zo concrete uitspraak hierover, scheidt duidelijkheid en neemt een aantal overgebleven vragen weg.

Op blz. 20 en 21 gaat de Minister verder in op de afstemming tussen beide wetten, waarvan het effect in de praktijk wordt getoetst. Wanneer denkt de Minister over de resultaten te kunnen beschikken van de gecombineerde ontwikkelingsprojecten KSW-invoeringsprojecten WVG?

De Minister heeft mij gerustgesteld wat betreft de voortgang van de gewenste coördinatie ten behoeve van de informatievoorziening naar aanleiding van de nadere vragen die ik daarover heb gesteld. Op veel

plaatsen blijkt eraan te worden gewerkt en het is goed, dat in de memorie van antwoord eens op een rijtje te zien. Het lijkt ons een goede gedachte om ten aanzien van de coördinatie van de informatievoorziening een taak toe te kennen aan de regionale samenwerkingsverbanden.

Mijnheer de Voorzitter, ik kom hiermee aan het einde van wat misschien wel een ongebruikelijk lange maiden speech is. Dat wordt enerzijds dunkt me gewettigd door de lange 'looptijd' van dit wetsontwerp, de ingewikkeldheid ervan, de sterke samenhang met andere wetsontwerpen, de ingroeiprocedures die hun beslag moeten krijgen en de verstrekende gevolgen die aanneming en uitvoering ervan zullen kunnen hebben voor de gezondheidszorg.

Anderzijds moet u bedenken, dat het – terwijl ik in het vorige vergaderjaar verschillende malen heb gedacht over dit wetsontwerp in debat te moeten gaan; ook hier is sprake van een vervolghet verhaal – voor mij een spin is geweest waaromheen ik voor mijzelf een web van meer kennis en ervaring op dit terrein heb kunnen weven. Ik beschouw dat als een voorrecht.

Wordt de WVG nu wat zij beoogt, is de hamvraag. Dat kan maar alleen als ook andere wettelijke maatregelen slagen. Men moet bedenken dat het gesternte anders is dan we indertijd voor ogen hadden. Daarom sprak ik in mijn bijdrage aan het voorlopig verslag destijds over een geraamte. Dat was niet denigrerend bedoeld, maar bracht meer mijn zorg tot uitdrukking. Ik hoop met de Minister dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg het 'dragend skelet' voor de gezondheidszorg zal blijken te zijn. In de intenties lijkt de wet mij zeker geslaagd.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 12.55 uur tot 14.00 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van het wetsontwerp **Regelen ten aanzien van de beleidsvoorbereiding, beleidsbepaling, uitvoering en bekostiging van voorzieningen op terreinen van specifiek welzijn (Kaderwet specifiek welzijn) (14 493)**.

De beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw Ermen (PvdA): Mijnheer de Voorzitter! Het wetsontwerp 'Regelen ten aanzien van de beleidsvoorbereiding