
Aan de orde is het **debat** naar aanleiding van een algemeen overleg op 8 november 2007 over **het Transitieakkoord farmaceutische zorg omtrent de toekomstige ordening van de geneesmiddelenzorg**.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ik dien één motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat verschillende betrokken partijen kunnen voorrekenen en hard kunnen maken dat in het transitieakkoord veel premiegeld blijft hangen aan kortingen en bonussen;

overwegende dat het hier honderden miljoenen euro's betreft;

van mening dat dit geld is dat toebehoort aan de premiebetaler;

verzoekt de regering, terug te gaan naar de onderhandelingsstafel en deze gelden alsnog terug te halen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Schippers. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 33 (29477).

Minister **Klink**: Voorzitter. Tijdens het algemeen overleg is dit thema ook aan de orde gekomen. Ik neem afstand van de uitspraak dat hard te maken zou vallen dat er miljoenen zouden zijn achtergebleven in kortingen en bonussen. Wij hebben voor het eerst via een boekenonderzoek van de NZA uit 2004, waarvan een extrapolatie is gemaakt naar 2007, inzicht gekregen in de omvang van de kortingen en bonussen op basis van feitelijke cijfers

. Ik bestrijd dan ook de aanname dat hard te maken valt dat honderden miljoenen euro's zijn blijven hangen, evenals de daarmee gemoeide conclusie dat de premie lager had kunnen zijn. Ik moet de aanneming van de motie dan ook ontraden.

De **voorzitter**: De stemming over de ingediende motie vindt volgende week dinsdag plaats. Wij beginnen om 11.00 uur met de begrotingsbehandeling van VWS. Voor die tijd hoor ik graag via de griffier wat de onderlinge verdeling zal zijn tussen woordvoerders van een fractie.

De vergadering wordt van 10.50 uur tot 11.00 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008 (31200-XVI)**.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Ik heb van de meeste sprekers hun wensen over de verdeling tussen hun eerste en tweede termijn ontvangen, ook wat betreft de onderlinge verdeling als meer dan één spreker van een fractie het woord voert. Ik verzoek de leden aan het eind van hun bijdrage te checken of hun waarneming van de tijd die zij hebben gebruikt, overeenkomt met onze waarneming. Het zou jammer zijn als daar naderhand andere opvattingen over bestaan, maar dat komt allemaal voor.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik weet dat ik bekend sta als iemand met stevige kritiek als het gaat om plannen van kabinetten over de gezondheidszorg. Ik kan alvast verklappen dat ik ook vandaag niemand zal teleurstellen wat dat betreft. Bij sommigen bestaat helaas het onterechte beeld dat de SP daarom vindt dat alles bij het oude moet blijven. Dat is natuurlijk onzinnig, want niets is minder waar. Onze kritiek op de plannen gaat altijd gepaard met voorstellen en suggesties over hoe het anders en beter kan. Ik val maar direct met de deur in huis. De SP wil zorg meer vanuit de buurt organiseren, de bureaucratie aanpakken, de arbeidsomstandigheden verbeteren, de lasten eerlijker verdelen en stoppen met de marktwerking.

Het eerste punt, de zorg meer vanuit de buurt organiseren. "Breng niet de mensen naar de zorg, maar de zorg naar de mensen", moet het motto worden. Ouderen hebben recht op zelfstandige woonruimte en privacy, met in elke buurt op hen afgestemde zorg en voorzieningen. Zij moeten in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen en zorg op maat aan huis kunnen krijgen. Het is tijd om aan structurele verbeteringen te gaan werken, waarbij meer huiselijkheid, intimiteit, sociale contacten en kleinschaligheid kernbegrippen moeten zijn. Het is tijd voor een omslag naar kleinschalige, intieme buurt-, verpleeg- en verzorgingshuizen. De staatssecretaris komt op dit punt met een stimuleringsmaatregel, maar waarom is zij zo voorzichtig? Dit moet groots worden aangepakt. Ik krijg vanuit de praktijk helaas te veel signalen dat goede plannen voor kleinschalige ouderenzorg in de buurt stranden op financieringsproblemen en regels. Bijvoorbeeld de nieuwe vorm van financiering via de zorgzwaartepakketten blijkt een van de hinderpalen. Wat gaat de staatssecretaris daaraan doen? Ik geef een voorbeeld. Een kleinschalig verpleeghuis in een buurt met 12 bewoners heeft moeite met de nachtdiensten, omdat dit niet rendabel is. De schaal is te klein om die nachtdiensten goed te kunnen draaien, vanwege de financiering. Hoe gaat de staatssecretaris dit soort problemen – ik gaf slechts een voorbeeld – oplossen om de kleinschaligheid toch mogelijk te maken? Wellicht kan een kleinschaligheidstoeslag worden geheven om dit soort knelpunten op te vangen. Graag een reactie.

Kant

Wij willen goede zorg naar de mensen in de buurt brengen. Dan is thuiszorg een belangrijke spil. De SP stelt voor dat de verantwoordelijkheid voor hulp en thuiszorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten in handen komt van buurtzorgteams van wijkverpleegkundigen. Deze zelfstandige teams krijgen de vrijheid om zorg en hulp te verlenen en te organiseren vanaf de aanmelding en beoordeling tot en met de uitvoering. Wat vindt de staatssecretaris van deze suggestie? In ieder geval moeten wij de thuiszorg koesteren in plaats van afbreken, zoals nu helaas gebeurt.

De marktwerking in de thuiszorg via de verplichte aanbesteding, zoals nu plaatsvindt, maakt meer kapot dan ons lief is. Goede mensen gaan verloren voor dit mooie werk of worden gedwongen te werken voor slechtere arbeidsvoorwaarden. Het is schandelijk hoe er met deze hardwerkende mensen wordt omgegaan. Het is ook schandelijk dat ouderen en patiënten hun vaste hulp verliezen. Wat doet dit kabinet? Het staat erbij en kijkt ernaar. Waarom stoppen de bewindslieden niet met deze marktwerking? Waarom accepteren zij dat goede thuiszorgwerkers voor dit mooie werk verloren gaan? Wat is er gedaan met de motie van de SP om voorstellen te doen om de rechtspositie en de inkomenspositie van alfhulpverleners te verbeteren? Ik heb er nog niets van gezien of gehoord.

De heer **De Vries** (CDA): Misschien hebt u het voortgezette algemene overleg van vanmorgen over de ontwikkelingen bij de Wmo even gemist. De staatssecretaris heeft toch opnieuw duidelijk gemaakt dat het beeld van al die ontslagen in de thuiszorg dat u schetst, niet helemaal overeenkomt met de werkelijkheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Er zijn veertienduizend aanmeldingen van mensen met problemen met hun arbeidsmarktpositie in de thuiszorg, en dat zijn alleen nog maar de gevallen die bekend zijn. Het zijn niet allemaal mensen die ontslagen worden, het gaat om mensen die aangemeld zijn omdat hun werk in de huidige omstandigheden niet kan worden voortgezet. Veertienduizend, dat zijn er nogal wat. En het zijn grotendeels mensen die verloren gaan voor dit werk. Zij worden straks misschien wel omgeschoold, maar zij gaan verloren voor dit mooie werk. Verder zijn er wel degelijk concrete aanvragen van ontslagen in de thuiszorg. Er zijn al enkele honderden ontslagen gevallen, andere ontslagen zijn aangemeld bij het CWI, dus u moet niet zeggen dat er geen problemen zijn. Bovendien zijn er wel degelijk ernstige signalen dat mensen minder uren zorg krijgen of dat zij in plaats van een thuisverzorgende A of B een alfhulp in huis krijgen. En last but not least – als u het niet gehoord hebt, is het vooral uw probleem; ik hoor het helaas wel – worden mensen in de thuiszorg onder druk gezet door hun werkgever om in plaats van met een vast contract als gediplomeerd thuiszorgwerker als alfhulp te gaan werken, zonder een fatsoenlijke rechtspositie, met een slechter salaris, geen ziektegeld en geen vakantiegeld. Als u dit accepteert, moet u het zelf weten, wij doen het niet.

De heer **De Vries** (CDA): Gelukkig krijgen nog heel veel mensen iedere dag goede thuiszorg, er komen geen klachten hierover binnen bij bijvoorbeeld de patiënten- en consumentenorganisaties. Dat moet ook maar eens

gezegd worden. In de tweede plaats gaat u er volledig aan voorbij dat de regering in de vorige begroting 20 mln. heeft vrijgemaakt om iedere werker in de zorg te behouden. En ik hoop dat het u niet ontgaat is dat de coalitiefracties bij de algemene politieke beschouwingen met een motie-Van Geel nog 70 mln. extra beschikbaar heeft gesteld om zo veel mogelijk werknemers in de thuiszorg te behouden. De regering neemt haar verantwoordelijkheid niet? Hoezo?

Mevrouw **Kant** (SP): Dit kabinet neemt zijn verantwoordelijkheid niet, en de CDA-fractie ook niet. Als u volstaat met de vaststelling dat er geen klachten zijn binnengekomen bij die organisaties, dan zou u zelf de werkelijkheid eens moeten onderzoeken. Wij hebben een meldpunt geopend om te weten te komen wat er precies gebeurt met de mensen die op thuiszorg zijn aangewezen. Ons bereiken wél klachten: er zijn mensen die minder uren zorg krijgen, er zijn mensen die hun vaste hulp verliezen, er zijn mensen die voortaan aangewezen zijn op vrijwilligers, zoals een vrouw van 80+ die haar buurvrouw van 90+ moet helpen. Dat zijn de verhalen die wij te horen krijgen en die buiten, bij de manifestatie, ook duidelijk naar voren zijn gekomen. Als u daar goed naar geluisterd had, zou u hebben geweten dat er wel degelijk iets aan de hand is.

Er is inderdaad een potje van 20 mln. waar nog wat extra geld aan toegevoegd is, maar waar is dat voor bestemd? Niet voor het redden van de thuiszorg, niet om mensen in staat te stellen om hun mooie werk dat zij nu met hart en ziel doen, voort te zetten. Nee, het wordt gebruikt om het loon van deze mensen tijdelijk bij te plussen om een tijdelijke oplossing voor het probleem te bieden. En verder wordt het geld gebruikt voor omscholing voor ander werk. Ik wil mensen niet laten omscholen, ik wil dat zij dit mooie werk kunnen blijven doen, werk dat zij met hart en ziel doen, als vaste kracht voor hun patiënten.

De heer **De Vries** (CDA): Onze fractie was niet onder de indruk van de 150 SP-kaderleden die op het Plein stonden. En wat uw inventarisatie van de klachten betreft, dat zijn niet zozeer klachten over de uitvoering van de thuiszorg, als wel verwachtingen en angst bij sommige mensen die thuiszorg krijgen. U kweekt die angst met uw acties.

Mevrouw **Kant** (SP): Als u als medeverantwoordelijke voor de gevolgen van dit beleid de moed had gehad om op het Plein te gaan kijken, zou u hebben gezien dat het meer dan achthonderd mensen waren en dat het een gezamenlijke protestactie was. U schudt nu het hoofd, maar u was er blijkbaar niet, want anders zou u dit niet gezegd hebben. De ANBO heeft er gesproken, patiënten die gedupeerd zijn en die dat bij ons meldpunt hebben aangegeven, mensen die werken in de thuiszorg, die hebben gemeld dat zij door hun werkgever onder druk gezet zijn, wier contact niet verlengd wordt tenzij zij bereid zijn om als alfhulp verder te werken. Had u daar maar naar geluisterd, dan zou u nu een andere toon hebben aangeslagen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): In Rotterdam hebben dit najaar 16.000 herindicaties plaatsgevonden. De eerste 1000 herindicaties zijn geanalyseerd door de PvdA-wethouder daar. Daaruit blijkt dat een kleine groep

Kant

mensen erop achteruitgaat en dat een ongeveer even grote groep mensen erop vooruitgaat, maar dat verreweg het grootste deel van de mensen die een herindicatie voor de thuiszorg krijgen, precies dezelfde zorg krijgen als zij hadden. Hoe verklaart u dat en hoe brengt u dat in evenwicht met uw opmerking dat er verschrikkelijk veel mensen op achteruitgaan in de zorg?

Mevrouw **Kant** (SP): Het probleem zit niet zozeer in de herindicaties als wel in het traject erna. Dat weet u ook. Het probleem is dat de gemeenten vervolgens de zorg moeten leveren voor het geld waarvoor zij bij de aanbesteding de zorg hebben ingekocht. Daar zit in de praktijk vaak het probleem, want dat blijkt dan ineens niet meer mogelijk.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Beweert u nu dat de indicatiestellingen in Nederland niet objectief en neutraal tot stand komen en gewoon gemanipuleerd worden? Aan elke thuiszorgindicatie ligt een objectieve beoordeling ten grondslag. Die wordt niet bijgesteld naarmate het budget anders is, mevrouw Kant.

Mevrouw **Kant** (SP): U hebt helemaal niet naar mijn antwoord geluisterd. Ik heb gezegd dat het in het traject na de indicatie zit. Er zit wel degelijk verschil in de beoordeling hoeveel mensen zorg nodig hebben. Dat is verschillend per gemeente. Dat weet u ook. Ik kan er niet zo veel mee als u een gemeente als voorbeeld stelt, want er zijn ook gemeenten die wel strenger zijn met de indicatie, die inderdaad op een andere manier plaatsvindt dan eerder het geval was. Ik heb gezegd – en u hebt dat blijkbaar niet gehoord – dat het probleem vooral is dat na de indicatie de gemeente de zorg toewijst. Vaak is het niet mogelijk een kwalitatief goede kracht in te huren. Mensen verliezen hun vaste kracht en krijgen een alfahulp ervoor terug of mensen moeten het doen met minder uren zorg, omdat de hulp niet voorhanden is en niet betaald kan worden van het budget dat de gemeente heeft afgesproken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik hoor mevrouw Kant toch echt zeggen dat er gemeenten zijn die wel manipuleren.

Vindt mevrouw Kant dat mensen die voor de inwerkingtreding van de Wmo te veel zorg of te dure hulp kregen – wij weten het allemaal: thuiszorgorganisaties en cliënten werden er beter van – die moeten blijven krijgen? Vindt zij niet dat elke euro die aan de zorg wordt besteed, besteed moet worden waar die nodig is? Niet meer en niet minder, maar gewoon precies wat nodig is?

Mevrouw **Kant** (SP): Zeker vind ik dat. Daarom heb ik aan het begin van mijn betoog ook een voorstel gedaan. U zei zojuist dat de indicatiestelling onafhankelijk is. U zegt nu dat mensen onnodig zorg kregen. U vindt dat er te ruimhartig mee is omgegaan en dat geld in de thuiszorg niet efficiënt is besteed. Het is prima dat u dat zegt, maar dan moeten wij het op een andere manier organiseren. De oplossing is niet om over de hele breedte via verplichte aanbesteding marktwerking te introduceren, met alle gevolgen van dien. Wij zien dat mensen die evident kwalitatief goede zorg nodig hebben, nu een alfahulp krijgen of minder uren zorg of wisselende hulp in plaats van een vaste hulp. Wij zien nu helaas een puinzooi in de thuiszorg. Had dan gericht het

probleem dat u noemt, aangepakt. Dat probleem is namelijk heel goed aan te pakken door af te stappen van de landelijke indicatie op afstand door een bureaucratische organisatie en door de indicatie te laten bepalen door wijkzorgteams die dagelijks bij mensen over de vloer komen, die fatsoenlijk en goed kunnen inschatten welke zorg mensen nodig hebben. Dan wordt er geen geld verspild, want zij weten heel goed met hun tijd om te gaan en hun tijd in te delen. Dan zijn wij van een hoop bureaucratie en onzinnige toestanden af.

Voorzitter. Als ouderen langer zelfstandig wonen met hulp thuis, is het van belang dat zij ook thuis geriatrische zorg kunnen krijgen. Dit blijkt in de praktijk moeilijk te realiseren, zo stelt de beroepsvereniging van verpleeghuizen en sociaal geriaters. Wil de staatssecretaris kijken hoe dit gestimuleerd en mogelijk gemaakt kan worden? Het lijkt mij namelijk een belangrijke voorwaarde voor mensen die zelfstandig langer thuis willen blijven wonen.

Bij het motto "breng de zorg naar de mensen" passen geen verafgelegen huisartsenposten. Veel beter zijn buurtgezondheidscentra waar wordt samengewerkt door huisartsen, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en de psycholoog en die ook altijd bereikbaar zijn. De huisartsenposten staan letterlijk op te grote afstand, fysiek en qua menselijke maat. Waarom wordt hier grootschaligheid beloond en kleinschaligheid belemmerd? De SP heeft een enquête gehouden onder huisartsen die graag in kleine dienststructuren willen blijven werken. Daaruit blijkt dat zij gehinderd worden en financieel benadeeld worden. Wij hebben hierover deze week een rapport uitgebracht, dat ik de minister net heb overhandigd. Ik hoor graag een reactie van de minister op de aanbevelingen in dit rapport.

Kleinschaligheid geldt ook in de discussie rondom het behoud van kleinere ziekenhuizen. Jarenlang heeft de Tweede Kamer daarvoor in behoorlijke eensgezindheid gevochten. Ik ben benieuwd hoe deze minister hierover denkt. In Zeeland gaan mogelijk de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen fuseren en in Groningen de ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten. Hoe gaat de minister om met verzoeken van fusies en functieconcentraties? Op welke basis en op welke manier gaat hij die beoordelen? Ik ben benieuwd. Sluiting dreigt voor het ziekenhuis in Harlingen. Wat is de reactie van de minister daarop? Hoe gaat hij zich in die discussie opstellen? Betreft hij bij zijn afweging niet alleen de acute zorg en de bereikbaarheid, maar ook de maatschappelijke wens van de bevolking om een ziekenhuis dichtbij te hebben?

Ik heb begrepen dat door de verandering in de financiering de toeslagen, die toch hard bevochten zijn in de Tweede Kamer, voor kleinere ziekenhuizen op de tocht staan. Hoe zit dit?

Tot zover het eerste punt dat de SP-fractie anders wil: de zorg meer vanuit de buurt organiseren. Het tweede punt is: verminder de bureaucratie en verbeter de arbeidsomstandigheden. Over bureaucratie wordt veel gesproken, maar helaas wordt er weinig tegen gedaan. Het is een vorm van georganiseerd wantrouwen dat maar in stand blijft. Helaas komen er steeds nieuwe plannen met steeds meer bureaucratie. Ik verwijs naar de zorgzwaartepakketten en de dbc's in de ziekenhuizen die nu ook al ingevoerd moeten worden in de geestelijke gezondheidszorg, terwijl het in de ziekenhuizen nog een bureaucratische puinzooi is. Ik hoor signalen dat ook de integrale kankercentra eraan moeten geloven, in

Kant

combinatie met marktwerking. Is dat juist? Ik heb graag opheldering.

Financiering op basis van dbc's is in mijn ogen geen goede route. Wij moeten naar een betere manier. Bureaucratische dbc's en knellende budgettering hebben geleid tot wachtlijsten. Ik moet helaas zeggen: leiden tot wachtlijsten, want wij hebben begrepen dat van de info van de site www.kiesbeter.nl niet veel klopt. Zelfs bij levensbedreigende ziekten krijg ik berichten dat men soms te lang moet wachten. Wat gaat de minister hieraan doen? Door de nieuwe bezuinigingen op ziekenhuizen vrees ik dat de wachttijden eerder zullen toe- dan afnemen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Kant heeft aangegeven met alternatieven te komen. Ik begrijp dat zij het budgetteringsysteem van de ziekenhuizen niet goed vindt, dat zij de dbc's niet goed vindt ... Welk alternatief heeft mevrouw Kant?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik denk dat wij heel goed op basis van een aantal parameters ziekenhuizen budgetten kunnen geven op basis van de zorg die zij bijvoorbeeld maandelijks leveren. Dat lijkt mij geen enkel probleem. In het verleden gebeurde dat ook, maar toen werden die niet op de juiste manier bij elkaar opgeteld. Er zijn een paar hoofdparameters aan te geven op basis waarvan je een ziekenhuis kunt financieren. Dat is heel gemakkelijk. Wij hadden de functiegerichte budgettering. Laten wij er dan geen budgettering maar financiering van maken zodat er geen deksel op zit. Dan kunnen ziekenhuizen prima hun werk doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp het niet helemaal. In het kader van de functiegerichte budgettering werd met parameters gewerkt. Mevrouw Kant zegt: die parameters zijn een goed idee; laten wij het dan geen functiegerichte budgettering meer noemen, maar financiering.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat lijkt mij helder.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Gaat het alleen om de verandering van het woord?

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, natuurlijk niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik probeer het te snappen.

Mevrouw **Kant** (SP): Die parameters – daarover ga ik geen exercities houden – moeten bijgesteld worden. Ik denk dat je moet nagaan hoe je die financiering, de optelsom van wat ziekenhuizen doen en de financiering daarvan, beter kunt inschatten dan met de oude parameters. Je moet nagaan wat de juiste parameters zijn op basis waarvan je een goede inschatting kan maken van de kosten van een ziekenhuis. Als je die parameters hebt vernieuwd, komt daar een bedrag uit. In plaats van tegen een ziekenhuis te zeggen: dit is het maximale budget dat wij landelijk hebben afgesproken en hier moet u het maar van doen, zou ik een fatsoenlijke vorm van financiering willen afspreken. Elke maand wordt nagegaan wat ziekenhuizen doen, wat de parameters zijn en zo worden ziekenhuizen afgerekend.

Vorkomen moet worden dat bij ziekenhuizen in november het geld op is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het zal wel aan mij liggen, maar ik begrijp nog niet hoe het in elkaar steekt. Wellicht kunnen wij het daar op een ander moment over hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb echt mijn best gedaan om het zo helder mogelijk uit te leggen. Ik wil terug naar de bekostiging van ziekenhuizen op basis van een aantal parameters. Ik wil alleen niet dat het budget daarvoor gemaximeerd is. Ik vind dat men moet kunnen doen wat men moet doen voor patiënten in ziekenhuizen. Wij zullen daar zeker een keer op terugkomen, want ik werk aan een plan over de wijze waarop daaraan invulling kan worden gegeven. De heer Van der Veen zal daar nog van horen.

Voorzitter. Ik had het over bureaucratie en de dbc's. Wat gaat de minister aan de wachtlijstproblematiek doen? Niet alleen de wachtlijstproblematiek, maar zelfs een klantenstop is te zien in de AWBZ. Ik wijs op alarmerende berichten uit Drenthe en van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland. Ik kreeg een brief van ggz Dijk en Duin, waar vanaf 15 december de ambulante zorg stopt. Wij hebben al vele debatten gevoerd over dit probleem. De knelpuntenbenadering van de Nederlandse Zorgautoriteit deugt niet. Deze is in strijd met de wens van de Kamer.

In dit verband geef ik een voorbeeld dat ik al eerder heb aangehaald en ik wens daar eindelijk een duidelijk antwoord op te krijgen. Tot nu toe blijft de staatssecretaris daaromheen draaien. Wanneer wordt vastgesteld dat iemand meer uren zorg nodig heeft, bijvoorbeeld vanwege een verslechtering van de situatie, is dat in de ogen van de Nederlandse Zorgautoriteit geen knelpunt. De Kamer hebt uitgesproken dat dit wel een knelpunt is. Ik wil weten hoe de staatssecretaris ervoor gaat zorgen dat de NZa daar anders mee omgaat.

Het systeem deugt niet, over bureaucratisch gedoe rondom de knelpunten gesproken. Hoe je het ook wendt of keert, waar de kink ook in de kabel komt en of er nog wel of niet geschoven kan worden met gelden tussen regio's, het is voor ons allemaal niet eens meer te beoordelen. De Nederlandse Zorgautoriteit staat tegenover zorgkantoren, zorgkantoren staan tegenover aanbieders en wij moeten het hier met de staatssecretaris uitvechten. Waar dat ook gebeurt, het moet wel uitgevochten worden en daar mag de patiënt niet de dupe van worden. Op dit moment is de patiënt wel de dupe en krijgt niet de benodigde zorg vanwege de klantenstops. Dat kan niet, want patiënten hebben gewoon recht op zorg.

Voorzitter: Ten Hoopen

De heer **Jan de Vries** (CDA): Mevrouw Kant spreekt een waar woord: de cliënten hebben recht op zorg als die zorg ook geïndiceerd is. Tot op heden wordt die zorg nog steeds binnen een redelijke termijn verleend. Er is geen enkele reden om hier een groot nummer te maken van mogelijke cliëntenstops bij sommige instellingen. Ook de rechter heeft gisteren geconstateerd dat er budget genoeg is om iedere cliënt die zorg nodig heeft, te helpen.

Kant

Mevrouw **Kant** (SP): Dat laatste moge zo zijn, maar daarmee heeft die patiënt nog geen zorg. De heer De Vries beweert dat hij niet gehoord heeft van klantenstops. Dan raad ik hem aan om zelf eens wat onderzoek te doen, want die klantenstops zijn er wel. Er zijn mensen die de zorg niet krijgen waar zij recht op hebben. Ik heb gewezen op de klantenstops in Drenthe, op de brief van ggz Dijk en Duin, waarin wordt aangegeven dat zij mensen vanaf 15 december geen ambulante zorg meer kunnen bieden omdat het budget op is. De heer De Vries kan zijn ogen daarvoor sluiten, maar het gebeurt gewoon.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Voorzitter. Het is maar goed dat wij niet allemaal onderzoek doen, want dan zouden de instellingen helemaal ziek worden van alle bureaucratie die dat oplevert. Daar hebben wij de Nederlandse Zorgautoriteit voor. Jammer genoeg was mevrouw Kant niet bij de briefing die de Kamercommissie vorige week had.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn fractie bestaat uit 25 leden, mijnheer De Vries en mijn fractie was aanwezig.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ja, maar blijkbaar hebt uw fractiegenote dan toch niet helemaal goed geluisterd. Toen werd duidelijk wat ook de rechter heeft geconcludeerd, namelijk dat er in Drenthe en ook in Flevoland nog steeds geld genoeg is om zorg te verlenen, misschien niet door de instelling die nu een cliëntenstop heeft afgekondigd, maar wel door legio andere instellingen die dezelfde zorg kunnen verlenen. Dat mag ook wel eens gezegd worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb net gezegd dat voor ons onmogelijk te beoordelen is wat daar van waar is of niet, dat er gesteggel is over centen tussen zorgkantoren en aanbieders, dat er gesteggel is tussen de Nederlandse Zorgautoriteit en aanbieders over wat precies de waarheid is en wat voor gegevens er aangeleverd moeten worden. Er wordt gesteggeld van hier tot Tokio, maar één feit staat vast, ondanks al het gesteggel en ondanks al het gedoe met rechters: niet alle mensen krijgen de zorg die zij nodig hebben. Daar zou ik graag een oplossing voor vinden.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat laatste feit kan mevrouw Kant niet hardmaken. De waarheid volgens mevrouw Kant wordt niet door de rechter dan wel door de Nederlandse Zorgautoriteit onderschreven. Door wie moet het dan wel worden onderschreven? Door de SP? Is dat dan de waarheid? Wij moeten toch ook afgaan op de Nederlandse Zorgautoriteit, die als onafhankelijke arbiter in het geheel optreedt. De rechter heeft dat opnieuw bevestigd. Ik heb van mevrouw Kant geen bewijs van het tegendeel gehoord.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij zakken toch wel echt diep af als de waarheid de Nederlandse Zorgautoriteit is. Weet de heer De Vries wat de keiharde waarheid is? De keiharde waarheid is dat oudere mensen die nu thuis zitten niet die thuiszorg, hulp en begeleiding krijgen die zij nodig hebben. Dat is de keiharde waarheid. Als hij op de waarheid afgaat van de Nederlandse Zorgautoriteit, ga ik liever af op de waarheid van de dagelijkse werkelijkheid van deze mensen.

Voor de knelpuntenanalyse is veel bureaucratie en veel gedoe nodig. De patiënt krijgt uiteindelijk niet de zorg die hij nodig heeft. Kan dat niet anders? Waarom kijkt de staatssecretaris niet hoe wij hier op een fatsoenlijke manier mee om kunnen gaan?

Ik hoor vanuit de zorg steeds meer kritische opmerkingen over de certificeringsgekte. Natuurlijk is het goed dat er verbeteringen komen, natuurlijk is het goed als er wordt gekeken naar kwaliteit en dat daaraan wordt gewerkt. Helaas gaat het bij de certificeringsgekte vaak om papier, om de papieren kwaliteit. Alle papieren rompslomp gaat ten koste van de tijd die men voor de patiënt nodig heeft. Volgens onderzoek is er geen kwaliteitsverschil tussen instellingen met en zonder keurmerk. Als dat zo is, waarom dan toch al dat papieren gedoe rondom certificering?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Vindt mevrouw Kant de cliëntenraadpleging en het oordeel van cliënten van belang voor de beoordeling van de kwaliteit van de instellingen?

Mevrouw **Kant** (SP): Vanzelfsprekend.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Is mevrouw Kant dan ook op de hoogte van het feit dat in de meeste certificeringsschema's de cliëntenbeoordelingen heel hoog in de beoordelingslijsten staan?

Mevrouw **Kant** (SP): Natuurlijk, maar of er wel of niet goed naar patiënten en cliënten wordt geluisterd, heeft volgens mij niet zo heel veel te maken met de papieren rompslomp, het wel of niet voldoen aan de papieren werkelijkheid en de vraag of je een certificering krijgt. Daar gaat het mij om. Het gaat mij niet om het proces daaronder en dus ook niet om de zaken die nodig zijn om dat keurmerk te krijgen. Natuurlijk zijn dat goede zaken, maar voor dat keurmerk is allerlei papieren rompslomp nodig. Ik heb juist gezegd dat de werkelijkheid is dat onderzoek hebt uitgewezen dat er geen kwaliteitsverschil is tussen instellingen met en zonder zo'n certificering.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het is maar net hoe je het meet. Het is natuurlijk ook een feit dat instellingen hun processen goed op papier zetten en goed laten zien hoe je van A naar B komt. In instellingen zijn de processen immers complex. Wij spreken hier vaak over medewerkers, over fouten in de zorg en over wat er allemaal misgaat. Mevrouw Kant kan toch niet bestrijden dat een fatsoenlijk huishouden soms ook betekent dat zaken op papier moeten worden gezet, dat een goed hulpverleningsplan moet worden geschreven en dat schriftelijk verantwoording moet worden afgelegd? Dat moet toch niet allemaal overboord worden gezet omdat het allemaal toch niets uitmaakt of je dat doet?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb ook helemaal niet gezegd dat dat allemaal overboord moet worden gezet. Instellingen moeten vooral zo werken zoals zij denken dat dat kwalitatief het beste is. Natuurlijk moet dat, maar vervolgens komt er allerlei bureaucratische rompslomp en moet het vooral goed op papier allemaal staan om de certificering te halen. Als het op papier allemaal goed zit, is dat nog geen garantie dat het in de werkelijkheid ook goed zit.

Kant

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink**

(ChristenUnie): Is mevrouw Kant ervan op de hoogte dat juist die certificering instellingen enorm stimuleert om hun kwaliteit zichtbaar te maken? Ik ben de laatste tijd in verschillende instellingen geweest die mij trots lieten zien: kijk eens, wij hebben brons, wij hebben goud. Daarvan gaat een naam uit, dat stimuleert de medewerkers en hun trots dat zij daar werken en daar presteren.

Mevrouw **Kant** (SP): Zeker heeft het dat effect, maar voor dat effect is die hele papieren rompslomp voor mensen niet nodig. Dit is een van de zaken die leidt tot bureaucratie, naast de andere zaken die ik heb genoemd. Als wij veel doen aan de bureaucratie in de zorg en mensen van dat papier af zijn, maakt hen dat juist weer heel trots in de zorg als zij met patiënten bezig kunnen zijn. Niet dat papiertje en dat brons maken hen gelukkig, maar het feit dat zij genoeg tijd hebben voor de patiënt en minder met papier bezig behoeven te zijn. Dát maakt mensen in de zorg veel gelukkiger.

Het grootste bureaucratische monster in de zorg is de indicatiegekte van het Centraal Indicatieorgaan Zorg. Ik ben al jaren een groot pleitbezorger van het afschaffen van dat indicatieorgaan en van het, zoals ik zojuist al zei, gewoon overlaten van de indicatie aan buurtzorgteams, die heel goed kunnen inschatten welke zorg welke oudere of gehandicapte thuis nodig heeft. Zij kunnen dat heel goed, al dan niet in samenspraak met de huisarts. Er loopt een aantal pilots en experimenten. De staatssecretaris heeft ook zo'n pilot, maar ik wil echt gaan voor een traject waarbij wij het Centraal Indicatieorgaan Zorg laten vallen. Het gekke is dat ik er hier in de Tweede Kamer nog nooit een meerderheid voor heb kunnen krijgen. Hier kan ik er dus de handen niet voor op elkaar krijgen, maar als je voor een zaal van mensen, werkzaam in de zorg, voorstelt om daar eindelijk iets aan te doen, gaat het dak eraf. Dat geeft aan hoe hoog het de mensen zit die werken in de zorg. Niet voor niets staat dit op nummer 1 in de inventarisatie van de ergernissen over bureaucratie die de staatssecretaris zelf heeft gemaakt.

Echt iets doen aan de bureaucratie is van groot belang om het plezier in het werk terug te geven aan de mensen die werken in de zorg. Dit alleen al zou een heel belangrijke verbetering zijn van de arbeidsomstandigheden, maar er moet natuurlijk meer gebeuren. Er moet eindelijk ook eens flink werk worden gemaakt van de aanpak van de hoge werkdruk. De efficiencykorting van 1% op alle budgetten is daarom in mijn ogen onverantwoord, want die verhoogt de werkdruk en is dus een gewone bezuiniging. Hoe ziet de staatssecretaris de maatstafconcurrentie in de AWBZ voor zich? Ik dacht dat ik in het regeerakkoord had gelezen dat marktwerking in de AWBZ niet zo'n goed idee was, maar op Prinsjesdag las ik weer dat er maatstafconcurrentie in de AWBZ komt. Blijkbaar moet dat weer een fikse bezuiniging opleveren. Ook dat lijkt mij niet verantwoord.

De extra investeringen voor verpleeghuizen schieten in onze ogen tekort om voldoende te doen aan de werkdruk en om ervoor te zorgen dat verzorgenden genoeg tijd voor zorg en aandacht hebben. Hoe zit datzelfde in de psychiatrie en de gehandicaptenzorg? Wat wordt daar gedaan aan de hoge werkdruk? Daarover blijven wij zwijgen, terwijl daar hetzelfde probleem bestaat en het ook daar keihard nodig is om de hoge werkdruk aan te pakken. Wij hebben als SP sinds een halfjaar een meldpunt voor problemen in de gehandicaptenzorg. Ook

daarnaar doen wij dus onderzoek, mijnheer De Vries. De voorbeelden van te hoge werkdruk zijn echt schokkend. Je krijgt echt het gevoel dat daar nu zo'n beetje hetzelfde aan de hand is als jaren geleden in de verpleeghuiszorg toen het ze daar over de schoenen liep. Het inspectie-onderzoeksrapport dat laatst uitkwam, bevestigt dat beeld. In driekwart van de instellingen is volgens dit rapport de zorg onder de maat. Hieraan moet dringend iets worden gedaan. Het kan niet zo zijn dat de te hoge werkdruk daarvan geen onderdeel is.

Helaas krijgen wij ook weer in toenemende mate schrijnende voorbeelden van tekortschietende zorg in verpleeghuizen. Het vorige kabinet had in de tijd dat wij daarover hier politiek aan de bel trokken een meldpunt verpleeghuiszorg bij de inspectie ingesteld. Dat meldpunt is later verbreed naar andere delen van de zorg, maar het bestaat helaas niet meer in die hoedanigheid. Er kan niet meer anoniem worden gemeld en er wordt geen actie meer ondernomen bij meldingen. Waarom niet? Zou het geen goed idee zijn om het meldpunt opnieuw in te stellen?

Ondervoeding is door professor Schols al eens eerder de sluipmoordenaar van de zorg genoemd. Er zijn genoeg ideeën voor en kennis over verbeteringen van de zorg op dit punt, maar die verbeteringen worden helaas onvoldoende in- en doorgevoerd. Er is echt een zetje nodig om dit te stimuleren. Hoe gaat het kabinet hiervoor zorgen? In ieder zou het project Sneller Beter structureel moeten worden. Graag krijg ik hierop een reactie.

Dat er een stagefonds komt, is prima. Mijn fractie heeft lang aangedrongen op een stagefonds voor mensen die in opleiding zijn voor de zorg. Vorig jaar hebben wij een onderzoek gedaan waaruit bleek dat uit opleidingen leerlingen werden geweigerd omdat er geen stageplekken konden worden gevonden. Dat is het paard achter de wagen spannen. Het is dus goed dat het stagefonds er komt. Het is wel bedoeld voor vergoeding voor begeleiding van stagiaires aan instellingen, maar niet voor een stagevergoeding voor de leerlingen. Waarom niet?

Krijgt de stagiaire in de zorg vaak geen cent, aan de top in de zorg wordt nog steeds fors gevangen. De salarissen aan de top in de zorg moeten worden gemaximeerd. Daarover hebben wij hier in de Kamer een uitspraak gedaan. Het maximumsalaris moet het salaris van de minister-president zijn, maar ik heb nog steeds niet gezien hoe dit kabinet en met name deze nieuwe minister die Kameruitspraak gaat uitvoeren. Ik hoor dat graag.

Bij de afschaffing van het functioneel leeftijdsontslag van het ambulancepersoneel is terecht een overgangsregeling getroffen. Een deel van het ambulancediensten, de zogenaamde B3-ambulancediensten, is hierdoor financieel in de problemen gekomen. Ik vraag mij af waarom deze minister de afspraken niet respecteert en deze diensten niet financieel tegemoetkomt.

Een derde punt waarop het anders moet: verdeel de lasten in de zorg eerlijker. Mensen zien hun premies weer stijgen. Het is bijzonder treurig dat de Partij van de Arbeid op geen enkele wijze iets heeft kunnen waarmaken van de verkiezingsbelofte dat de premies meer inkomensafhankelijk zouden worden. In het regeerakkoord staat dat het saldo van de premie en de zorgtoeslag inkomensafhankelijk worden. Het staat er wel leuk, maar hoe gaat de minister daarvoor zorgen? Ik zie

Kant

het niet gebeuren. Ook niet eerlijk is dat mensen met extra lasten worden geconfronteerd omdat zaken ten onrechte niet in het pakket zitten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij hebben op 2 november van de staatssecretaris een overzicht gekregen van eventuele premiestijgingen. Die brief ademt een andere geest dan de opmerkingen van mevrouw Kant.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij weten allemaal dat de nominale premies stijgen. Daarnaast stijgen de premies van de aanvullende verzekeringen. Dat kan de heer Van der Veen toch niet uitvlakken? Mensen moeten die hogere premies gewoon betalen. Hij kan wel stellen dat het niet zo veel uitmaakt als je het goed uitrekt, maar de mensen ervaren het heel anders en zien aan hun rekening dat de premies wel degelijk stijgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Is mevrouw Kant het met mij eens dat de premies voor de basisverzekering veel minder sterk zijn gestegen dan was verwacht?

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, die zijn minder gestegen dan was verwacht, maar de stijging van de kosten heeft natuurlijk alles te maken met de verandering van een no claim naar een eigen risico. De heer Van der Veen kan nu wel zeggen dat het eigen risico geen premie is, maar de mensen moeten het wel betalen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik krijg geen antwoord op mijn vragen. Ik kan hier verder niet zo veel mee.

Mevrouw **Kant** (SP): Over verwachtingen gesproken: ik wil nog even teruggaan naar het vorige kabinet dat de marktwerking en de concurrentie tussen zorgverzekeraars heeft ingevoerd. Het heeft toen de verwachting gewekt dat de zorgverzekeraars ook in de premie zouden concurreren en dat er een keuze voor lagere premies mogelijk zou zijn. Dit is niet gebeurd. Wij weten allemaal dat de kosten in de zorg om allerlei redenen zullen blijven stijgen, maar het argument dat door de marktwerking tussen zorgverzekeraars en in de zorg de kosten zouden dalen en mensen lagere premies zouden moeten betalen, is niet waargemaakt en blijkt een drogreden te zijn.

Doordat het een en ander ontbreekt aan het pakket stijgen de kosten voor de aanvullende verzekeringen. Die kosten moeten de mensen betalen. Naar mijn mening is een aantal zaken ten onrechte niet in het pakket opgenomen. Dit geldt onder meer voor de tandzorg niet volledig, fysiotherapie en geneesmiddelen. Op een aantal specifieke punten krijg ik graag een reactie van de minister.

Eenvoudiger vruchtbaarheidsbehandelingen dan ivf zitten niet in het pakket. Dit is niet logisch. Waarom niet? Revalidatie van kankerpatiënten zit niet in het pakket. Waarom niet? Bij het zittend ziekenvervoer is er de belachelijke definitie van vier groepen die voor vergoeding in aanmerking komen. Die indeling leidt tot de gekke situatie dat een kankerpatiënt die voor een chemokuur naar het ziekenhuis gaat, het vervoer vergoed krijgt, terwijl hij het vervoer naar het ziekenhuis voor een onderzoek om na te gaan of die kuur is aangeslagen, zelf moet betalen. Hoe denkt de minister over deze ongerijmdheid? Hoe zit het met de uitbreiding van de uren

kraamzorg? Die wordt aangekondigd in het regeerakkoord, maar wij horen er nu niets meer van.

Het is heel mooi dat de pil weer in het pakket is opgenomen, maar tegelijkertijd wordt er een eigen risico ingevoerd. Een van de redenen om de pil weer in het pakket op te nemen was dat de drempel zo laag mogelijk moet zijn om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Dit kan worden bereikt als iedereen de pil gewoon kan krijgen. Nu geldt daar weer een eigen risico voor. De reden om de pil in het pakket op te nemen – waar ik het hartgrondig mee eens ben – wordt zo weer onderuit gehaald, want vrouwen moeten de pil via het eigen risico toch weer zelf betalen.

De 80%-vergoedingsregeling voor dure geneesmiddelen in ziekenhuizen leidt nog steeds tot problemen. Ik noem als voorbeeld het voorschrijven van Lucentis voor maculadegeneratie. Nu komt daar een nieuwe substitutiemaatregel overheen die het probleem nog groter maakt. Alleen 80% van het goedkoopste vergelijkbare middel wordt nog vergoed aan de ziekenhuizen. Dit is volgens mij een groot probleem, want vergelijkbaar hoeft niet altijd het beste te zijn. Zeker bij kankerbehandelingen gaat het vaak om zeer ingrijpende en ingewikkelde afwegingen tussen de ingestelde effecten van het medicijn, de kankerbehandeling en de bijwerkingen. Dit is een precieze afweging waarin de arts naar mijn mening volkomen vrij moet zijn. Daarom vraag ik het kabinet om die maatregel niet in te voeren.

Geen eerlijke manier van lastenverdeling is de bezuiniging op de aftrek van de buitengewone ziektekosten. Er wordt gewezen op de grote toename in het gebruik en die wordt als oneigenlijk bestempeld. Dat is natuurlijk flauwekul, want er is een goede verklaring voor het feit dat de aftrek van buitengewone ziektekosten toeneemt. Mensen hebben steeds meer buitengewone ziektekosten doordat vorige kabinetten en dit kabinet ervoor hebben gezorgd dat mensen zelf steeds meer voor zorgkosten moeten betalen en ook hogere premies moeten betalen, bijvoorbeeld voor de aanvullende verzekering. Dit lijkt mij een logische verklaring.

De bezuiniging op de ondersteunende begeleiding vind ik onbegrijpelijk en eigenlijk ook schandelijk. De toename van het gebruik van ondersteunende begeleiding is volgens mij een gevolg van het dichten van andere gaten die veroorzaakt zijn door de Wmo bijvoorbeeld of door de invoering van functiegerichte aanspraken. Dat is precies het probleem, want functies helpen geen mensen, maar mensen helpen mensen! Het is ook niet gekomen door verruiming van het doel van de ondersteuning, maar door het verbreden van de doelgroep. Het bleek dat meer mensen het nodig hadden. Maar als het om hetzelfde doel gaat, is het toch terecht dat anderen die het ook nodig hebben, er een beroep op kunnen doen? Het is dan toch belachelijk om dan weer groepen te gaan uitsluiten? Bij psychosociale problemen moeten de gemeenten het oplossen, bij somatische problemen kun je gewoon fluiten naar begeleiding en bij psychiatrische problemen moet eerst een diagnose worden gesteld. Ik denk dat u wel een beetje verstand hebt van psychiatrie en dus weet hoe ingewikkeld dat kan zijn! Als je ergens ondersteuning bij nodig hebt, doet het er toch niet toe of het nodig is omdat je slecht ter been bent vanwege ouderdom of omdat je een auto-ongeluk hebt gehad of een aangeboeren afwijking hebt? Het gaat om je werkelijke situatie en wat je daarvoor nodig hebt! Als je echt wil dat het goed

Kant

wordt ingezet, kom ik terug op het begin van mijn verhaal. Zorg er dan voor dat buurtzorgteams van wijkverpleegkundigen dat kunnen beoordelen. Die kennen de mensen en kunnen inschatten wat nodig is. Dan ga je volgens mij heel goed en gericht met de inzet van je middelen om!

Voorzitter. Hoe klein kun je zijn! Enkele jaren geleden protesteerde ik in de Kamer tegen het voorstel om ouderen in verzorgingshuizen – schrik niet – hun eigen toilet papier te laten betalen! Nu dreigt dat ze hun eigen waskosten moeten gaan betalen. Kom op toch, dat gaat toch niet gebeuren? Ouderen houden al zo weinig over na aftrek van de eigen bijdrage!

Hoe klein kun je zijn! Ik heb begrepen dat het hulpmiddel dat mensen nodig hebben in verband met hun beperking, die ook de reden is dat ze zijn opgenomen in een AWBZ-instelling, door de instelling zelf vergoed wordt, maar dat dit dan ook het enige hulpmiddel is dat door de instelling wordt verstrekt en dat men verder maar een beroep moet doen op de zorgkostenverzekering. Hoe klein kun je zijn dat je ook daar weer mee moet gaan schipperen? Graag een reactie!

Hoe klein kun je zijn dat als je eindelijk iets doet voor de mantelzorg – er komt een mantelzorgtoeslag – die vervolgens niet terechtkomt bij de mensen die het echt nodig hebben en die jarenlang die mantelzorg hebben verleend! Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Hoe gaat de staatssecretaris dit oplossen?

Voorzitter. Over orgaandonatie hebben wij hier een heftig debat gehad na die bijzondere actie van BNN. Naar aanleiding van dat debat zou de minister in september met een masterplan komen. Tot mijn verbazing reageert de minister wel positief op een niet acceptabel voorstel voor financiële prikkels, maar voorlopig komt hij zelf met helemaal niets! Hij zou in september met een plan komen en mijn fractie is het er dan ook niet mee eens dat dit zo ver vooruit is gescheven. Graag een reactie!

Voorzitter. De Gezondheidsraad moet voldoende armsgeld houden om ook nog ongevraagd adviezen te kunnen geven, maar er wordt op de raad bezuinigd. Mijn fractie heeft op dit punt samen met de VVD een amendement ingediend, omdat wij het onacceptabel vinden dat op iets als de Gezondheidsraad wordt bezuinigd. De onafhankelijkheid van de raad wordt daardoor aangetast.

Voorzitter. U ziet het, allerlei suggesties ter verbetering van de zorg. Breng de mensen niet naar de zorg, maar de zorg naar de mensen! Pak de bureaucratie aan en verbeter de arbeidsomstandigheden en verdeel de lasten van de zorg eerlijker!

Ten slotte. Stop de marktwerking! Marktwerking in de zorg heeft tot nu toe al aangegeven dat het geen verbetering is. Het is inmiddels toch wel duidelijk? Het maakt de zorg niet goedkoper, het maakt de zorg eerder duurder! Het leidt niet tot minder, maar tot meer bureaucratie! Zorg is geen markt, zorg is een behoefte. Daarbij wil je het beste voor de patiënten. Daar hoort men van elkaar te leren en hoort samenwerking voorop te staan! Het beste voor de patiënt en niet elkaar de tent uit concurreren!

□

De heer **Jan de Vries** (CDA): Mijnheer de voorzitter. Donderdag 24 oktober was Danitsa de ster van de avond.

Zij mocht optreden tijdens de finaleauditie van United by Music 2008. Zij heeft een verstandelijke beperking en een geweldige stem. Zij droomt, droomt van een eigen woning en van een mooie muziekcarrière. Danitsa heb ik leren kennen via adoptie van een oudervereniging van een instelling voor verstandelijk gehandicapten. In die instelling zijn er toegewijde medewerkers die Danitsa graag helpen om haar plek in de samenleving te vinden en haar talenten te ontwikkelen.

Een van de medewerkers nam in zijn vrije tijd het initiatief tot United by Music: met bluesmuziek wil hij de integratie en emancipatie van mensen met een verstandelijke beperking bevorderen. Zijn inzet is misschien wel typerend voor al die mensen die dagelijks werken in de zorg. Zij werken dagelijks met passie en compassie voor de zorgbehoevenden. Zo geven zij inhoud aan de essentie van zorg, die zichtbaar wordt in de relatie tussen zorgverleners en zorgontvangers. Daarbij horen de begrippen liefdevol, betrokken en verantwoordelijk; begrippen die naar de overtuiging van de CDA-fractie ook tot uitdrukking brengen wat het Evangelie van ons vraagt in de zorg en verantwoordelijkheid voor onze naasten. Politici en zorgbestuurders moeten steeds weer voor ogen houden dat in de zorg niet de instituten, de systemen, de verzekeringsstelsels of de regels centraal staan, maar de mensen. Zorgverlening gaat in de kern om intermenselijke relaties.

Dat uitgangspunt is herkenbaar in het nieuwe beleidsprogramma en de begroting voor 2008. Na de noodzakelijke stelselhervormingen van de afgelopen kabinetperiodes, staat nu de inhoud van de zorg meer centraal en met die inhoud ook de mensen in de zorg. De kwaliteit van zorg krijgt pas inhoud in de relatie tussen, bijvoorbeeld, verpleegkundigen en patiënten. Op die essentie van de zorg zullen wij deze bewindslieden over vier jaar afrekenen.

Persoonlijke relaties komen pas echt tot wasdom in instellingen die oog hebben voor de menselijke maat. De CDA-fractie heeft dan ook grote zorgen over de fusiedrang in de zorg. Er ontstaan grote, anonieme instellingen met veel bureaucratie en een grote afstand tussen de veelal dikbetaalde bestuurders en de werkvloer. De kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg zijn in het geding. De voorgenomen fusies tussen twee Zeeuwse ziekenhuizen en, bijvoorbeeld, ook de Evean Groep, Stichting Philadelphia Zorg en Woonzorg Nederland baren ons grote zorgen. Met die laatste fusie ontstaat zelfs de grootste maatschappelijke onderneming van Nederland, met meer dan 1,2 mld. omzet. Wat betekenen deze en andere fusies voor de keuzevrijheid? Deze ontwikkeling vraagt om een publieke waarborg. Daarom heb ik eerder gevraagd om een aparte fusietoets voor de zorg, die niet alleen kijkt naar de economische marktmacht, maar ook recht doet aan kwaliteit, bereikbaarheid, keuzevrijheid enzovoorts. De minister zegt dat hij daartoe geen reden ziet. Gezien deze toenemende fusiedrang roept de CDA-fractie hem echter op om, in navolging van zijn collega op het ministerie van OCW, een aparte fusietoets voor de zorg serieus te onderzoeken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Het probleem dat de heer De Vries naar voren brengt, is mij bekend. Hij stelt het terecht aan de orde. Maar de oplossing zou misschien kunnen beginnen bij een goede analyse: waar komt die terecht bekritiseerde drang tot fuseren in de

Jan de Vries

zorg vandaan? En zouden we daar niet iets aan moeten doen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Deze vraag is terecht en ik ga hierover graag met hem, de overige collega's en de minister en staatssecretaris in debat. Onze stelling is namelijk dat in veel gevallen die fusies niet noodzakelijk zijn om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te waarborgen. Het zijn autonome processen die worden gedreven door concurrentieoverwegingen, maar ook door profileringsdrang of haantjesgedrag – zo mag je het namelijk ook noemen – van bestuurders, die graag de grootste instelling in hun regio besturen en op die manier de concurrentie tenietdoen. En dat terwijl wij allen graag concurrentie op kwaliteit zien en de keuzevrijheid daarmee willen bevorderen. Wat zien we daarentegen? De zorgbestuurders klitten bij elkaar en schakelen op die manier de concurrentie uit.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat begrijp ik allemaal, maar zoiets begint met een politieke keuze. Volgens Het Financieele Dagblad van vanochtend is deze minister zeer enthousiast om hiermee door te gaan: hij wil meer ruimte voor verzekeraars en ziekenhuizen om met elkaar te bekvechten over budgetten, prijzen, tarieven enzovoorts. Ik vind het dan niet zo vreemd dat die ziekenhuisbestuurders het best prettig vinden om een beetje samen te klitten; je staat immers een stuk sterker tegenover een willekeurige verzekeraar als je 1,2 mld. omzet verdedigt en eigenlijk in je regio een onmisbare partner bent, dan wanneer je een klein ziekenhuis bent met een veel kleinere omzet.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Wij zouden graag zien dat verzekeraars niet alleen met ziekenhuizen onderhandelen op basis van prijs, maar ook op basis van kwaliteit. Dan zal blijken dat zij die kleine ziekenhuizen hard nodig hebben. Uit vergelijkend onderzoek blijkt namelijk dat die kleinschalige ziekenhuizen beter scoren dan de groot-schalige ziekenhuizen. Dat zou voor de bestuurders van zowel verzekeringsmaatschappijen als ziekenhuizen reden moet zijn om pas op de plaats te maken en af te zien van verdere schaalvergroting.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Waarom vraagt u de minister dan niet om dit eerst goed te regelen en dan pas te gaan nadenken over verruiming van de mogelijkheden voor concurrentie en onderhandelingen over prijzen en budgetten? Volgens mij hebben wij namelijk al genoeg vage onderzoeken langs zien komen.

De heer **Jan de Vries** (CDA): De bestaande regeling en de plannen van de minister voor volgend jaar hoeven voor zorginstellingen geen reden te zijn om te fuseren. De basisvoorwaarden zijn namelijk uitstekend en bovendien is er een goede overgangsregeling. Verder vind ik het, wellicht in tegenstelling tot mevrouw Schippers, een goede stap dat de vrije prijsvorming wordt uitgebreid van 10% naar 20%. Laten wij afwachten wat de gevolgen van deze eerste stap zijn en ziekenhuizen de tijd gunnen om zich aan te passen aan de nieuwe situatie.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik deel de zorgen van de CDA-fractie, maar niet de analyse dat het een gevolg van de marktwerking zou zijn. De AWBZ kent namelijk geen

marktwerking, maar daar hebben wij in de laatste twintig jaar ook heel veel fusies gezien. In de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgelegd dat zowel de NMa als de NZa een fusie moeten toetsen. Waarom stelt u niet voor om die toets aan te scherpen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Uzelf hebt eerder gepleit voor een aanpassing van de norm. Ik ben het daarmee eens, want op dit moment worden alleen fusies van instellingen met een omzet boven de 30 mln. getoetst. En dat doet natuurlijk geen recht aan de praktijk. Veel kleinschalige instellingen in de langdurige zorg, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg, die onder die norm zitten, willen ook fuseren. Het kabinet heeft toegezegd de wet zo aan te scherpen dat ook deze fusies kunnen worden getoetst. Ik vind dat die aanscherping eigenlijk morgen al van kracht moet worden. Ik begrijp echt niet waarom de minister van Economische Zaken die maatregel nog niet heeft genomen.

Het is noodzakelijk dat wij de huidige toets ook inhoudelijk beoordelen. U hoort mij niet zeggen dat een nieuw orgaan die toets moet uitvoeren, maar wel dat de huidige criteria aangescherpt moeten worden. Er horen niet alleen criteria te zijn voor de beoordeling van de economische marktmacht, maar ook voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en de keuzevrijheid.

Ik ben het eens met mevrouw Kant dat de maatschappelijke positie van een instelling in een regio relevant is voor de vraag of een fusie wel of niet door mag gaan. Zo is het voor de leefbaarheid van Zeeland belangrijk dat ook dit aspect wordt meegewogen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben het helemaal met u eens. Maar waarom wachten wij dan nog op de minister van Economische Zaken? Als het kabinet niet met een voorstel komt, laten wij het dan zelf doen.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik heb zojuist een concreet voorstel gedaan en ik ben benieuwd naar de reactie van de bewindslieden.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister kan op basis van de WTZi een aanwijzing geven en verhinderen dat een fusie doorgaat. Vindt u dat de minister van deze mogelijkheid gebruik moet maken om de fusie in Zeeland te verhinderen? Dat zou namelijk sluiting of functieverlies bij een van de ziekenhuizen voorkomen.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Mijn fractie heeft hierover schriftelijke vragen gesteld. Wij hebben de minister onder meer gevraagd of hij bereid is om te interveniëren in Zeeland als de bereikbaarheid en de kwaliteit in het geding komen. U weet echter net zo goed als ik dat de minister en de staatssecretaris weinig formele mogelijkheden hebben om in te grijpen. Zij kunnen dat alleen doen als basisvoorzieningen dreigen te verdwijnen of de bereikbaarheid in gevaar komt. Wij willen graag een aanscherping van de criteria, zodat de minister en de staatssecretaris vroegtijdig kunnen ingrijpen. In Zeeland komt de bereikbaarheid nadrukkelijk in gevaar. Dan heb ik het nog niet over de maatschappelijke positie van de ziekenhuizen. De totale bevolking van Zeeland verzet zich daartegen, maar de bestuurders blijken hier doof voor te zijn. Dat baart ons zorgen. Om die reden kaart ik het aan in dit debat.

Jan de Vries

Mevrouw **Kant** (SP): Wij delen die zorg. Ik stel daarom voor dat wij ervoor zorgen dat er twee volwaardige ziekenhuizen op Zuid-Beveland en Walcheren blijven. Misschien kunnen wij ervoor zorgen dat ook het ziekenhuis in Harlingen openblijft, want dat dreigt te worden uitgekleed. Wij zijn het dus met elkaar eens over de uitkomsten, maar het is jammer dat er bij de behandeling van het wetsvoorstel waarin dit allemaal is geregeld, bepaalde beleidsregels zijn afgesproken op grond waarvan de minister het maatschappelijk belang van een zorginstelling niet goed kan meewegen. Moeten wij de regels dan niet zo aanpassen dat hij dit wel kan?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat is een belangrijke vraag: hoe kunnen wij gewenste maatschappelijke ontwikkelingen bevorderen door middel van regelgeving? Het zal niet eenvoudig zijn om dat scherp te formuleren, want wij moeten een en ander vertalen in objectieve criteria. In elk geval willen wij cliënten en patiënten in dat proces een positie geven. Soms is het nodig om te fuseren om de kwaliteit in stand te houden. Als je bijvoorbeeld door fusie kunt voorkomen dat de continuïteit van een instelling in gevaar komt, bereik je wat je wilt. De uitdaging voor ons allen is, hoe wij een en ander vertalen in objectieve criteria en in een heldere procedure, waarbij wij voorkomen dat de minister of de staatssecretaris achteraf moet ingrijpen als blijkt dat bijvoorbeeld de bereikbaarheid in gevaar is, maar waarbij er al vroeg in het proces een goed toetsingskader is voor initiatieven. Wij denken dat het daaraan nu ontbreekt.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ons irriteert in deze discussie dat er niet wordt gekozen voor een goede landelijke regeling, maar dat er telkens op basis van een casus regels worden bedacht. Nu is dat Zeeland, maar het kan ook Drenthe zijn of de Flevopolders. Bent u het met de VVD-fractie eens dat wij de zaak in zijn algemeenheid goed moeten regelen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat was mijn pleidooi, en ik hoop op een uitgebreide reactie van de bewindslieden. Het lijkt erop dat deze zorg Kamerbreed wordt gedeeld, evenals het verzoek aan de bewindslieden om hierop terug te komen.

Juist vanwege het belang van de menselijke maat zijn wij blij met de stimuleringsregeling voor kleinschalige woonvormen. Deze geven veel cliënten de mogelijkheid om in de eigen omgeving of sfeer en identiteit te worden verzorgd. Voor de CDA-fractie geldt in dit opzicht echter ook het belang van de keuzevrijheid. Ook een keuze voor grootschalige intramurale voorzieningen moet mogelijk blijven. Onze regelgeving en bekostiging mogen daarom niet discriminerend zijn. Zorgzwaartebekostiging moet aan die voorwaarde voldoen.

Bij het bouwen van nieuwe voorzieningen is de mening van de zorgvragers, dat wil zeggen van de patiënten en cliënten, zeer relevant. Daarom is het nodig dat de positie van de cliënten en patiënten wordt versterkt. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hebben tegenwicht nodig. Daarom ontvangen de belangenorganisaties structureel 10 mln. extra. Ook worden de rechten van patiënten en cliënten vastgelegd in een wetsvoorstel cliënt en kwaliteit van zorg. Komt dit wetsvoorstel snel naar de Kamer, zo vraag ik de bewindslieden?

Het persoonsgebonden budget is in de ogen van de CDA-fractie een goed middel om de keuzevrijheid van cliënten optimaal vorm te geven. Vrijdag nog ontvingen wij een brief over de forse groei in het aantal toewijzingen van het persoonsgebonden budget, met een eerste evaluatieonderzoek. Nu al neemt de staatssecretaris een beperkt aantal maatregelen. Zo worden de pgb-tarieven in 2008 niet geïndexeerd. Is dit echter niet nadeliger dan de efficiencykorting op de zorg in natura? Toekomstige voorstellen zien wij niet los van de toekomst van de AWBZ, waarover de SER een advies zal uitbrengen. Dan kunnen wij, gebaseerd op een deugdelijke analyse en in onderlinge samenhang, maatregelen nemen die het persoonsgebonden budget ook op de langere termijn houdbaar en betaalbaar maken. Voor de CDA-fractie staat in ieder geval een ding voorop: het pgb moet voor cliënten een volwaardig alternatief blijven.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U refereerde al even aan de ingrijpende brief over pgb's die ons vlak voor de begrotingsbehandeling nog bereikte. Wat is uw oordeel over die brief? Wat vond u van de toonzetting en van de voorgestelde maatregelen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Wij zijn blij dat er een voorlopige analyse ligt van de aard van de problematiek. Eerder heb ik in mondelinge vragen deze problematiek hier ook aangekaart. Hoe kan het dat het aantal pgb's zo enorm groeit? Dat baart ons ook zorgen. Het is goed dat het gebruik toeneemt; hiermee bereik je immers een optimale vorm van keuzevrijheid. Dat er echter zoveel mensen gebruik van maken maar het budget voor zorg in natura niet afneemt, is een bedreiging voor de continuïteit. Wij zijn dus blij dat het kabinet dit probleem onderkent en niet alleen dit onderzoek heeft laten doen, maar ook een aantal vervolgonderzoeken hebt uitgezet, om te kijken waar nu werkelijk de oorzaken van die ontwikkeling zitten. Wij wachten de vervolgonderzoeken met belangstelling af.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Er zit misschien wel een analyse in van hoe het komt dat er zo'n groei in de pgb's zit. Vooral zitten er heel veel vraagtekens in. Een antwoord op de vraag waarom mensen voor een pgb kiezen in plaats van zorg in natura ontbreekt echter. Die vraag komt in de hele brief niet aan de orde.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat is precies de vraag die ik ook bij de mondelinge vragen heb gesteld. Betrekt u ook de patiënten- en cliëntenorganisaties bij de nadere analyse? Het is natuurlijk goed om te weten waarom mensen voor een pgb kiezen. Wat zijn de overwegingen? Die zijn voor de CDA-fractie van belang om straks ook de integrale maatregelen te kunnen beoordelen waar het gaat om de toekomst van het pgb.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik zou het plezierig vinden als erkend werd dat pgb's de meest geïndividualiseerde vorm van zorg zijn en dat mensen ook persoonlijk benaderd moeten worden. Zij zijn vaak geen lid van een organisatie. Met de manier waarop zij hun zorg organiseren, geven zij juist uiting aan het feit dat zij heel erg zelfstandig zijn en op zichzelf gericht. Als u dus nu die vraag uitbreidt van de patiënten/cliëntenorganisaties tot het actief benaderen van mensen met een pgb, dan ben ik al een stuk geruster.

Jan de Vries

De heer **Jan de Vries** (CDA): Natuurlijk is niet iedereen lid van een patiënten- of consumentenorganisatie, maar ik heb er wel vertrouwen in dat patiënten- en cliëntenorganisaties weten wat hun achterban vindt, ervaart en meemaakt. Gelukkig zijn heel veel mensen wel lid van die organisaties. Wij moeten de staatssecretaris ook niet een onmogelijke opdracht geven door haar te vragen om iedere individuele cliënt te benaderen. Mocht zij twifelen aan de representativiteit van die organisaties – dat doet de CDA-fractie niet – dan moet zij natuurlijk haar voelhoorns breder uitsteken, maar ik denk dat wij met een goede betrokkenheid van die organisaties al heel ver kunnen komen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Als ik de brief aan de staatssecretaris lees, dan begrijp ik dat een deel van het toegenomen beroep op pgb's mogelijk te maken heeft met wachtlijsten in de jeugdzorg. Is het dan voor de CDA-fractie een oplossing of een probleem dat ouders gewoon zelf op tijd ervoor zorgen dat er zorg is voor hun kind dat zorg nodig heeft? Vraag twee betreft een van de beleidsvoornemens van de staatssecretaris in deze brief, een plafond voor pgb's in het jaar 2008. Steunt de CDA-fractie dat?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Uit de analyse blijkt – en dat heeft de regering ook al eerder geconcludeerd – dat er in de jeugdzorg gewoon een capaciteitsprobleem is. Ik heb het niet helemaal scherp op mijn netvlies staan, maar volgens mij zijn er ook al middelen voor uitgetrokken om extra capaciteit te regelen. Dat is prima. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat een pgb een noodzakelijke uitweg is op een moment dat de reguliere zorg de benodigde voorziening niet kan bieden. Dan zou het pgb immers geen vrije keuze meer zijn en voor de CDA-fractie staat de vrije keuze voorop.

Wat uw tweede vraag betreft, constateer ik dat het budget voor de pgb's in 2008 flink is opgehoogd. Dan moet ik dus constateren dat de staatssecretaris terecht zegt: op die manier probeer ik te voorkomen dat in 2008 wederom elke keer opnieuw geld moet worden bijgeplust. Wij hebben gisteren nog een brief gekregen van Per Saldo – een van de belangenorganisaties, de belangrijkste op dit terrein – waarin staat dat zij blij zijn met het feit dat het budget voor 2008 zo flink wordt verhoogd. Zij denken dat dit voldoende is. Dat hopen wij ook. Anders komen wij opnieuw met de staatssecretaris te spreken. De CDA-fractie zal het SER-advies sowieso kritisch beoordelen op de gevolgen voor de meest kwetsbare cliënten, die hun leven lang aangewezen zijn op intensieve zorg. De vraag is of die zorg zich ook leent voor marktwerking en concurrentie.

De CDA-fractie is enerzijds voorstander van het tegengaan van het onnodig oppotten van zorgmiddelen en anderzijds voorstander van het voorkomen van het weglekken van deze publieke middelen naar derden, waaronder commerciële partijen. Er zijn ziekenhuizen die willen overgaan tot winstuitkeringen aan een commerciële partner of aan medisch specialisten. Onze fractie maakt zich grote zorgen over deze ontwikkeling. Het kabinet bereidt een voorstel voor de maatschappelijke onderneming, maar de CDA-fractie gaat ervan uit dat er, vooruitlopend op de conclusies over de maatschappelijke onderneming, geen experimenten of initiatieven worden toegestaan.

Een betaalbare, toekomstbestendige zorg vraagt om preventie, innovatie en efficiency. Mijn collega Janneke Schermers zal zo ingaan op preventie en innovatie. Veel zorginstellingen bewijzen al dat het mogelijk is om efficiënt te werken. Om dat verder te bevorderen, start de ziekenhuissector met een vorm van maatstafconcurrentie. Voor de langdurige zorg wordt in 2008 nog gewerkt met een efficiencykorting van 1%. Die systematiek maakt echter geen onderscheid tussen goed en minder goed presterende instellingen. Wij vragen daarom de staatssecretaris om met het veld voor 2009 een rechtvaardiger regeling te ontwikkelen.

Doelmatig omgaan met publieke middelen is nodig omdat wij met elkaar de zorgkosten moeten opbrengen. De zorg wordt ook in 2008 duurder. Dat is in onze ogen onvermijdelijk. Naar het oordeel van de CDA-fractie kiest het kabinet wel voor een rechtvaardige lastenverdeling. Mensen met een laag inkomen en met veel zorggebruik gaan er zelfs op vooruit.

Ons zorgverzekeringsstelsel is gebaseerd op solidariteit. Daarom moet iedereen verzekerd zijn. Zo heeft iedereen altijd recht op zorg en betaalt iedereen mee. Daarom is het onacceptabel dat bijna 250.000 mensen onverzekerd zijn. Eindelijk hebben wij een plan van aanpak ontvangen om dit aantal structureel omlaag te brengen, maar hoe gaat de minister die onverzekerden opsporen?

Een andere groep mensen die de solidariteit ondermijnt, wordt gevormd door de 190.000 wanbetalers. Ook daar is meer actie nodig. Het plan laat echter op zich wachten. Kan de minister aangeven wanneer het nieuwe wetsvoorstel naar de Kamer komt?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wij hebben een mooi interview met de minister gelezen in het Financieele Dagblad van vanochtend, overigens met een goede foto erbij. De minister licht daarin de maatstafconcurrentie toe. Is het daarbij niet prettiger om een grote dan een kleine zorgverlener te zijn?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Wij hebben gisteren zo veel brieven van de bewindslieden gekregen dat ik er niet aan toe ben gekomen om vanochtend ook nog het Financieele Dagblad te lezen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U leest de interviews van uw eigen ministers niet eens?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ja, op een geëigend moment en met belangstelling. Wij zullen ook van de foto kennismaken. Ik kan dus niet in detail op deze interruptie reageren. U herhaalt eigenlijk uw vraag van daarnet. Wij denken dat het invoeren van maatstafconcurrentie en het voorzichtig invoeren van vrije prijsvorming, zoals dit kabinet voor ogen heeft op zichzelf geen reden behoeft te zijn om te komen tot schaalvergroting. Het kabinet kiest voor een zorgvuldige wijze van invoering met een uitgebreide overgangsregeling en tegelijk blijft een aantal basisvoorwaarden – bijvoorbeeld voor de financiering van de spoedeisende hulp – in stand.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik zal hierover straks ook het debat met de minister zoeken. Zijn uitlatingen in het Financieele Dagblad staan overigens min of meer ook in een van zijn laatste brieven, die u ook had kunnen lezen.

Jan de Vries

Is het CDA tegen maatstafconcurrentie, die op een breed front wordt ingevoerd, als ware die een stimulans voor fusievorming in de zorgverlenersmarkt, als je tenminste niets anders regelt? Ik denk dat dat is zoals de minister dit gaat invoeren. Is het CDA dan tegen?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik deel deze stellingname niet, dus ik heb ook geen enkele reden om te veronderstellen dat hiervan sprake zou kunnen zijn.

Het beeld bestaat alsof er in de zorg alleen maar wordt bezuinigd. In 2008 wordt er zelfs netto 700 mln. extra geïnvesteerd. Dat mag ook wel eens worden gezegd. Daarnaast wordt er voor de volumegroei in 2007 1,5 mld. en in 2011 bijna 7 mld. uitgetrokken.

Voor een betaalbare en toekomstbestendige zorg ontkomen wij echter niet aan maatregelen. De CDA-fractie ziet ook de noodzaak daartoe. Dat geldt echter niet voor de voorgestelde vermogenstoets in de AWBZ. Die is in onze ogen onrechtvaardig. Wij willen mensen niet straffen voor hun spaarzaamheid. Er bestaat ten onrechte een beeld van rijke ouderen die profiteren van onze collectieve voorzieningen. Het gaat veelal om duurverdiende spaarcenten of een schuldenvrij huis. De CDA-fractie wil niet terug naar de tijd toen partners met een partner in het verzorgingstehuis werden gedwongen hun eigen huis op te eten. Echt rijke cliënten zullen dan zelf hun zorg gaan inkopen, waardoor ook nog een tweedeling in de zorg ontstaat. Tot 1997 was er een vermogenstoets voor bejaardenoorden. Cliënten deden toen pogingen hun vermogen voor bijvoorbeeld hun kinderen te behouden, maar niet iedereen had die mogelijkheid of de luxe van een goede fiscale adviseur. Vanwege die onrechtvaardigheid waren wij toen en zijn wij nu tegen een vermogenstoets in de AWBZ. Wij verzoeken de staatssecretaris daarom bij de uitwerking van haar voorstellen over een hogere eigen bijdrage af te zien van een voorstel dat leidt tot het introduceren van de vermogenstoets. Wij zullen dat eventueel in tweede termijn vergezeld laten gaan van een motie.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik was heel blij met het eerste deel van het betoog van de heer De Vries op dit punt, want daar ben ik het hartgrondig mee eens. De vraag is wel of de heer De Vries meent dat de eigen bijdrage voor mensen die zijn opgenomen in een instelling wel omhoog kan. Die bezuiniging is al ingecalculleerd. Ik ga ervan uit hij vindt dat het afzien van de vermogenstoets niet mag leiden tot een extra verhoging van de eigen betaling door mensen die al zijn opgenomen.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Het kan rechtvaardig zijn een hogere eigen bijdrage te vragen, naar draagkracht, waarbij de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. Wij zijn daarom benieuwd naar de voorstellen van de staatssecretaris, want die moeten daar recht aan doen. Wij zullen vervolgens beoordelen of die voorstellen rechtvaardig zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Veel mensen moeten het nu doen met een bedrag waar zij bijna niet van kunnen rondkomen. Dat heet met dat walgelijke woord "zak-en kleedgeld". Daar ben je dan 90-plus voor geworden, om zak- en kleedgeld te krijgen. Als gevolg van de eigen betalingen houden deze mensen een minimaal bedrag over, maar velen kunnen daar eigenlijk al geen cadeautjes voor de kleinkinderen meer van kopen. Ik neem aan

dat de CDA-fractie daar niet aan wil tornen en dat dit bedrag niet nog eens omlaag mag. Het zou eerder omhoog moeten.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Wij wachten de nadere invulling door de staatssecretaris van de maatregelen met belangstelling af. Wij zullen vervolgens kritisch bezien of de voorstellen rechtvaardig zijn. Neem het voorbeeld van mevrouw Kant. Het gaat niet aan ouderen, met een relatief laag inkomen, op te zadelen met een extreem hogere eigen bijdrage, want een en ander moet in balans zijn. De sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen. Wij denken dat die bijdrage als zodanig wel iets omhoog kan. Wij horen dat ook van de ouderen zelf, die dankbaar gebruik maken van onze collectieve voorzieningen.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Voorzitter. Stel dat de eigen bijdrage omhoog gaat, zonder dat cliënten of patiënten de mogelijkheid hebben om bijvoorbeeld een grotere kamer te vragen, juist omdat ze meer betalen. Is de heer De Vries dan ook niet bang dat mensen met een hoger inkomen de intramurale instelling laten voor wat die is en hun zorg zelf gaan regelen? Dat leidt uiteindelijk tot echte armenhuizen met mensen die de zorg niet op een andere manier kunnen organiseren.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Precies daarom zijn wij tegen de vermogenstoets, want dan ga je dat juist bewerkstelligen. Dan moeten mensen hun huis of hun spaarpot plunderen om gebruik te kunnen maken van de collectieve voorzieningen. De mensen die dit zich kunnen veroorloven, kiezen dan voor een particuliere instelling. Ook ik vind dat een ongewenste ontwikkeling. Een beperkte verhoging van de eigen bijdrage, in totaal ongeveer 80 mln. vanaf 2009, moet te realiseren zijn, zonder dat dit leidt tot een onnodige tweedeling in de zorg.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik stel vast dat ook het CDA wil dat er niets moet worden veranderd aan de intramurale instelling, zoals wij binnen de AWBZ voor ouderen kennen, en dat moet blijven worden gewerkt met eigen bijdragen voor zowel de zorgkosten als de woonlasten. Het CDA biedt geen ruimte voor vernieuwing door dit van elkaar los te koppelen, maar gaat uiteindelijk wel voor een soort van vermogenstoets, want het maakt geen verschil of je het vooraf doet, of doordat je de eigen bijdrage verhoogt. Het effect is namelijk precies hetzelfde.

De heer **De Vries** (CDA): Nee, dat ziet u verkeerd, want zodra wij voor een vermogenstoets kiezen, vragen wij mensen om direct hun hele vermogen op te eten. Als je een iets hogere eigen bijdrage vraagt, heeft dat andere consequenties. Overigens zijn wij wel van mening dat wij bijvoorbeeld voor delen van de ouderenzorg zouden moeten kunnen kiezen voor het scheiden van wonen en zorg, omdat je dan meer keuzevrijheid kunt geven, wat ook een geliefd punt van uw fractie is. Er zijn ouderen die graag een aantal vierkante meters extra kopen of huren; daar is nu in verschillende instellingen te weinig ruimte voor.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dan heb ik net als mevrouw Van Miltenburg zojuist niet begrepen wat de

Jan de Vries

CDA-fractie nu precies voorstelt. Laat ik de kwestie eens van een andere kant benaderen; ik kom ze de laatste tijd met bosjes tegen, CDA'ers die te hoop lopen tegen het plan van dit kabinet om de eigenvillabelasting, althans de eigenvillasubsidie af te schaffen. Dat mag niet, dat schijnt heel erg te zijn, want er wordt een kwetsbare groep mee getroffen, althans volgens collega's van u. Maar ik begrijp dat er wel een hogere eigen bijdrage door vermogende Nederlanders betaald mag worden als zij zorg nodig hebben. Hoe zit het nu precies bij het CDA?

De heer **De Vries** (CDA): U schetst opnieuw een beeld dat er heel veel rijke ouderen zouden zijn die profiteren van onze collectieve voorzieningen. Dit ligt namelijk in uw vraag besloten. Dit beeld is onjuist. Er zijn ouderen die netjes gespaard hebben en misschien enkele tienduizenden euro's op een bankrekening hebben staan. Wij gunnen het hun dat zij dat geld kunnen behouden, dat zij niet gedwongen worden om dit geld meteen af te staan omdat zij naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis gaan. Die keuze maken wij en tegelijkertijd vragen wij – zo is overigens ons hele belastingstelsel ingericht, dat hoeft ik u niet uit te leggen – dat de sterkste schoulers de zwaarste lasten dragen. In die zin kijken wij natuurlijk ook belangstellend uit naar de voorstellen van de regering.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat geldt ook voor mij, maar nu is er het probleem dat echt rijke Nederlanders die een huis hebben dat meer waard is dan 1,6 mln., op een gegeven moment daarvoor geen belasting meer hoeven te betalen. De sterkste schoulers gaan dus niet meebetalen, ze worden vooral gesubsidieerd. Dit wil het kabinet ongedaan maken, maar dat mag niet van het CDA. Even voor de duidelijkheid: als iemand een huis van bijvoorbeeld 2 mln. heeft, moet die dan via een eigen bijdrage meebetalen voor het gebruik van een AWBZ-voorziening?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik wil voorkomen dat wij nu een debat over de Wet op de inkomstenbelasting gaan voeren, maar ik moet u toch niet uit te leggen dat er ook al een rendementsheffing in de inkomstenbelasting verwerkt is?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Maar niet voor dat eigen huis van 2 mln., daar betaal je helemaal niks voor.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Er wordt in box 3 ook met vermogen rekening gehouden en bovendien werkt het eigenwoningforfait er nog in door. Het lijkt mij niet nuttig om vandaag het debat van afgelopen maandag te herhalen, maar het is in ieder geval in de ogen van onze fractie onrechtvaardig om een vermogenstoets toe te passen op voorzieningen van de AWBZ. Wij hopen en verwachten dat het kabinet hiervan zal afzien.

De voorgenomen bezuiniging op de AWBZ heeft veel losgemaakt. Het is voor ons begrijpelijk dat de regering bij iedere vorm van ondersteuning en begeleiding kritisch bekijkt of het wel een overheidstaak is. Veel informele zorg en ondersteuning was tot 2003 vanzelfsprekend, terwijl die nu geprofessionaliseerd is. De zorg voor onze naaste is niet in alle gevallen uit te besteden aan de overheid of aan professionals. Onze samenleving wint aan kracht door betrokkenheid bij elkaar en zorg

voor elkaar. Ook komt dit de kwaliteit van het leven van de mensen om wie het gaat, ten goede. De ondersteunende begeleiding op psychosociale grondslag wordt overgedragen aan gemeenten, de begeleiding op somatische grondslag wordt nu geschrapt. Al bij de algemene politieke beschouwingen heeft onze fractievoorzitter, de heer Van Geel, zorgen uitgesproken over de gevolgen hiervan voor de kwetsbaarste cliënten. In de brief van afgelopen vrijdag maakt de staatssecretaris duidelijk welke groepen van cliënten worden ontzien. Dit overzicht roept bij ons nog wel vragen op. Wanneer is er bijvoorbeeld sprake van een handicap? Alleen bij een aangeboren handicap of ook bij een handicap die door een chronische ziekte of een ongeluk ontstaan is? Sommige chronisch zieken, zoals kankerpatiënten, patiënten met MS of patiënten met de ziekte van Parkinson, hebben veel ondersteuning nodig. Mantelzorgers moeten in zo'n geval een beroep kunnen doen op respijtzorg. Hoe wordt dit gegarandeerd?

Wij willen afwentelingseffecten op andere delen van de AWBZ voorkomen. De staatssecretaris verwacht zulke effecten niet, maar waarom niet? Hoe zal zij de ontwikkelingen bewaken, hoe wil zij voorkomen dat er onbedoelde en onrechtvaardige neveneffecten zullen ontstaan?

Mevrouw **Kant** (SP): U stelt dezelfde vragen als ik stelde. Vindt u niet dat de benadering van het uitsluiten van groepen voor een bepaalde vorm van hulp en zorg een rare en verkeerde benadering is?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Wij kunnen ons daar best iets bij voorstellen. Tot 2003 had deze doelgroep ook geen recht op ondersteunende begeleiding. Voor veel delen van de ondersteunende begeleiding kan de vraag worden gesteld of zij een collectieve voorziening moeten zijn of dat je mag verwachten dat de samenleving, ook u en ik, daaraan zelf een bijdrage levert. Ik vind dat de regering op zichzelf een terechte afweging maakt, maar mijn fractie heeft wel vragen bij de uitwerking van de maatregel. Ik heb ook een aantal vragen gesteld. De vraag is of hiermee onbedoelde en onrechtvaardige effecten worden gerealiseerd.

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat mij erom dat je niet kunt zeggen dat de oorzaak van de omstandigheden waarin iemand verkeert, de reden mag zijn om een bepaalde vorm van hulp te bieden. Bepalend moeten toch zijn de omstandigheden op het moment en de noodzaak tot hulp en ondersteuning op dat moment? De oorzaak waardoor iemand in die situatie terecht is gekomen, mag toch niet de reden zijn om een bepaalde vorm van hulp of zorg te bieden? Het mag toch niet uitmaken of het, zoals u zelf zegt, een auto-ongeluk is geweest, een aangeboren afwijking, thuiskomen na een ziekenhuisopname of een hoge leeftijd?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik heb niet voor niets mijn vragen gesteld zoals ik ze heb gesteld.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): U stelt vast dat door het schrappen van de somatische grondslag ook mensen met een chronische ziekte worden uitgesloten van ondersteunende begeleiding. Vindt u dat de groep wel in aanmerking moet blijven komen voor respijtzorg en een aanspraak moet houden op dagbehandeling in een

Jan de Vries

instelling, maar dat de groep geen aanspraak meer kan maken op ondersteunende begeleiding die zij zelf inkoopt? Gaat u daarmee akkoord?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Chronisch zieken kunnen straks gewoon een beroep blijven doen op huishoudelijke verzorging en dergelijke. Al die zaken blijven gewoon beschikbaar. De vraag is of men door de chronische ziekte de regie over het eigen leven zodanig heeft verloren dat men ook ondersteunende begeleiding nodig heeft. Wij maken ons zorgen over de mantelzorgers die misschien dag in dag uit de zorg hebben voor mensen met een chronische ziekte. Ik noemde niet voor niets een bepaalde doelgroep. Hoe kun je in het systeem dat de regering voorstelt, garanderen dat de respijtzorg voor de mantelzorgers in stand blijft? Ik ben benieuwd naar het antwoord van de staatssecretaris.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): In de brief van de staatssecretaris staat dat de belangrijkste reden om de aanspraak op ondersteunende begeleiding voor bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten en een aantal andere groepen in stand te houden, is dat de ondersteunende begeleiding voor die mensen een voorwaarde is om mee te doen in de samenleving. U denkt dus dat mensen met MS of Parkinson daarop geen beroep hoeven te doen, maar dat hun mantelzorgers daarop wel een beroep moeten kunnen doen.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Natuurlijk zullen ook chronisch zieken soms moeite hebben om te participeren in de samenleving. De vraag is echter of wij daarvoor een beroep moeten doen op een collectieve voorziening of dat de samenleving op gemeentelijk niveau, via bureaus of familieleden ook een bijdrage kan leveren. In veel gevallen gebeurt dat al. Dan is het goed om te kijken, zeker bij chronisch zieken met het ziektebeeld waarover ik zojuist sprak en waaraan u refereerde, of je met dit voorstel respijtzorg garandeert bij mantelzorg, die soms heel intensief kan zijn. Daarover stellen wij vragen.

Mevrouw **Agema** (PVV): In gewoon Nederlands: op het moment dat je suikerziekte, Parkinson of MS krijgt en slecht ter been wordt, betekent dat voor de CDA-fractie dat je geen hulp meer kunt krijgen bij het doen van een boodschap?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik denk dat in dit soort gevallen een belangrijk beroep kan worden gedaan op vrijwilligers, mantelzorgers of familieleden of anderen die ondersteuning kunnen geven.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dus geen ondersteunende begeleiding meer, maar wel voor de mensen die met een handicap geboren zijn?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat is precies de vraag die ik ook aan de regering heb gesteld. Hoe maak je dit onderscheid en hoe gaan wij ermee om? Dezelfde vraag die u mij stelt, heb ik zojuist aan de staatssecretaris gesteld. Ik ben benieuwd naar haar antwoord.

Mevrouw **Agema** (PVV): Oké, dus de staatssecretaris zal waarschijnlijk antwoorden in de trant van dat die ongelijkheid er maar moet zijn.

De heer **Jan de Vries** (CDA): U weet meer dan ik.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vraag het niet aan de staatssecretaris. Ik vraag wat de CDA-fractie vindt.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik heb een nadere uitwerking van de maatregel gelezen in de brief van vrijdag jongstleden. Ik zie tegelijkertijd dat dit bij de CDA-fractie nog een aantal vragen oplevert. Wij hebben nog even; de maatregel gaat pas per 2009 in. In de regeling moet misschien nog een en ander aangescherpt en verduidelijkt worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind het niet prettig dat de heer De Vries nog een en ander wil aanscherpen.

Wij zijn nog een punt vergeten, namelijk de mensen met een psychische aandoening. Ik lees in de brief dat bij een psychische aandoening een diagnose gesteld moet zijn alvorens men een beroep kan doen op deze vorm van ondersteuning en begeleiding. Mensen hebben vaak geen inzicht hoe ingewikkeld psychische ziekten kunnen voortschrijden en voordat je dat inzicht hebt ... Het gaat er niet om of er een bepaalde diagnose gesteld is, maar wat de omstandigheden zijn. Die bepalen of iemand ondersteuning of begeleiding nodig heeft. Deelt de heer De Vries die mening?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Die kennis heb ik niet. Ik wacht het antwoord van de staatssecretaris op uw vraag af.

Ik vervolg mijn betoog. De CDA-fractie beseft terdege dat de zorgkwaliteit mede wordt bepaald door de vele duizenden mantelzorgers. Zo'n 1,4 miljoen Nederlanders helpen hun zieke of gehandicapte familieleden, vrienden of bekenden. Dat zijn indrukwekkende cijfers. Wij moeten deze vrijwilligers koesteren. Gemeenten zullen daarin hun verantwoordelijkheid serieus moeten oppakken. Klopt het overigens dat door de strenge criteria nog maar 30.000 mantelzorgers een beroep doen op de Van der Vlietgelden? Hoe gaat de staatssecretaris deze groep uitbreiden?

Niet de budgettaire ontwikkelingen in de zorg, maar het tekort aan zorgwerkers is misschien wel de grootste bedreiging voor de kwaliteit van de zorg. Volgens de recent ontvangen arbeidsmarktbrief zijn er tot 2020 500.000 extra mensen nodig. Dit zijn schrikbarende aantallen die vragen om een forse inzet van alle partijen. Het vraagt om innoveren, werven en behouden. Voor het behouden van de thuiszorgmedewerkers hebben wij al eerder 20 mln. en met de motie-Van Geel nog eens 70 mln. vrijgemaakt. De CDA-fractie stelt voor dit bedrag ook te bestemmen voor een zorgbreed arbeidsmarkt-beleid.

In de begroting wordt structureel 250 mln. vrijgemaakt om voor de langdurige zorg 5000 tot 6000 extra verzorgenden en verpleegkundigen aan te trekken. Dat betekent een enorme kwaliteitsimpuls in de zorg. Hulde hiervoor aan de bewindslieden. Het geld gaat naar de verpleeghuiscliënten met een hoge zorgzwaarte. Voorwaarde is dat het aantal contacturen stijgt. Prima, daar kan geen zorgaanbieder tegen zijn. Maar hoe meten wij dat? Graag met zo min mogelijk bureaucratie. Extra geld alleen is onvoldoende om de zorg een aantrekkelijke sector te maken om in te werken, ook minder bureaucratie en regels zijn belangrijk. Minder benen onder het bureau en meer handen aan het bed. Daarmee dragen



Mevrouw Schermers (CDA)

© M. Sablerolle – Gouda

wij bij aan meer efficiency en wordt het beroep van zorgwerker aantrekkelijker en uitdagender; de zorgwerker wordt uitgedaagd om zijn passie en compassie handen en voeten te geven. Overheid en zorgaanbieders kunnen door kritisch te kijken naar hun eigen regeldruk de beroepseer vergroten. De ambities van het kabinet vindt de CDA-fractie hierin nog te vrijblijvend. Wij vragen de bewindslieden voor zowel de cure als de langdurige zorg te komen tot concrete en meetbare doelen. Wie, wat, wanneer en hoe? Die vragen moeten op korte termijn beantwoord worden. Als bewindslieden dit van zichzelf eisen, kunnen zij dit ook van de sector vragen.

Met minder regels moet het ministerie ook met minder ambtenaren toekunnen. Wij zijn benieuwd naar de taakanalyse die aan de verdeling van de taakstelling ten grondslag heeft gelegen.

Wij maken ons zorgen over de vraag of de kwaliteit van de adviezen van de Gezondheidsraad gewaarborgd is. Door een cumulatie van taakstellingen is er sprake van een inkrimping van ruim 40%, terwijl de vormgeving en de werkwijze van de Gezondheidsraad tot voorbeeld wordt gesteld voor andere adviesorganen. Graag een reactie.

Ook de beeldvorming over het werken in de zorg is van belang. Zolang pyjamadagen, dreigende ontslagen, gewelddadige cliënten en cliëntenstops het beeld bepalen, is de zorg geen aantrekkelijk werkgever voor jongeren. Het wordt tijd dat de zorg met meer zelfvertrouwen haar problemen eerst zelf probeert op te lossen en ondernemerschap toont. Dat kan de sector echter niet alleen. Dat vraagt ook van ons als Kamer commitment. Wij zullen de zorgsector vertrouwen moeten geven. Dat betekent dat wij niet zelf negatieve beeldvorming moeten oproepen of versterken. Dat betekent ook dat wij niet bij ieder incident moord en brand moeten schreeuwen. Dat betekent dat wij de zorgsector in staat zullen moeten stellen om binnen de publieke randvoorwaarden zelf zijn verantwoordelijkheid te nemen, niet op basis van de gedachte dat de overheid haar verantwoordelijkheid zo maar afschuift, maar uit de overtuiging dat zorgverleners, samen met Danica over wie ik sprak, en alle andere cliënten/patiënten veel beter dan wij in staat zullen zijn om te bepalen wat goede zorg is.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer De Vries zei dat het voor jonge mensen aantrekkelijk moet blijven om in de zorg te werken. Gelukkig komt er een stagefonds. Ik heb begrepen dat er in het stagefonds geen bedrag gereserveerd is om de mensen die stage lopen, een stagevergoeding te geven. Nu wordt dat bij cao apart geregeld. Is het een goed idee, juist om dit werk aantrekkelijk te maken, om iedereen die in de zorg stage loopt een fatsoenlijke stagevergoeding te geven?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat stagefonds en de daarbij behorende financiële regeling is voor ons een belangrijke verbetering ten opzichte van de bestaande praktijk. Met mevrouw Kant hoorden wij veel klachten over het feit dat zorginstellingen een negatieve prikkel krijgen door het gebrek aan middelen daarvoor. De tweede vraag is of studenten en leerlingen ook een stagevergoeding zouden moeten krijgen uit het fonds. Dat kan voor sommige leerlingen en studenten de doorslag geven bij hun keuze, maar wij vinden dat de partijen in de sector daar zelf hun keuzes in moeten durven maken. Terecht merkt mevrouw Kant op dat het ook bij cao geregeld wordt. Dit is de inzet van het kabinet. Wij hopen dat werkgevers en werknemers ook hun verantwoordelijkheid nemen. Als wij met elkaar onderkennen dat dit een prikkel is die nodig is om studenten en leerlingen zo ver te krijgen, dan hoop ik dat zij bereid zullen zijn om daar ruimte voor te creëren.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is te gemakkelijk. De stagevergoeding moet toch ergens uit betaald worden? De instellingen hebben nu al problemen met het financieren van de begeleiding van een stagiair. Datzelfde geldt voor het geven van een stagevergoeding. Dat geld moet ergens vandaan komen. Op dat vlak is het budget schaars in de zorg. Wil de overheid het signaal geven dat het belangrijk is dat jongeren kiezen voor de zorg, dan moet er afgesproken worden dat er geld ter beschikking komt om ervoor te zorgen dat jongeren die stage lopen een fatsoenlijke stagevergoeding krijgen. Dat is overigens heel gebruikelijk in andere sectoren.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Dat laatste is niet het geval. Het is in veel publieke sectoren niet vanzelfsprekend dat een ruime stagevergoeding verstrekt wordt. Wij kunnen ons ook niet baseren op onderzoek waaruit zou blijken dat veel leerlingen afzien van een stage in de zorg omdat zij daar een beperktere of geen vergoeding krijgen. Dat zal eerst duidelijk moeten worden.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Na een periode waarin de verandering van het zorgstelsel vooropstond, is er meer recentelijk sprake geweest van een toenemende aandacht voor de kwaliteit en de patiëntveiligheid binnen de curatieve sector. De kwaliteit van zorg is met name afhankelijk van mensen. Mijn collega Jan de Vries wees daar al op. Er ligt ook een duidelijke verantwoordelijkheid voor de zorgkwaliteit bij de zorgverzekeraars. Zij moeten meer zijn dan schadeverzekeraars. Zij moeten bij de inkoop van zorg letten op de kwaliteit van de ingekochte zorg. Veel meer dan nu het geval is, moeten ook zorgverleners duidelijk kunnen maken dat zij goede

Schermers

kwiteit van zorg bieden, zodat de verzekeraars daarmee rekening kunnen houden bij het contracteren van zorg en de patiënten bij het kiezen van hun zorgaanbieder en daarmee bij het kiezen van hun zorgverzekeraar. Ook moeten zorgverzekeraars hun taken oppakken op het gebied van preventie.

De huisarts is gelukkig nog steeds de spil van de curatieve zorg. Als poortwachter van de zorg handelt de huisarts het overgrote deel van de klachten af. Zelfs buiten kantooruren hoeft maar 7% van de patiënten verwezen te worden voor specialistische hulp. De CDA-fractie is van mening dat moet worden gestreefd naar triage van patiënten in de eerste lijn, ook als de huisartsenpost is gevestigd op dezelfde locatie, of zelfs onder hetzelfde dak, als de spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Is de minister bereid, te bevorderen dat het primaat van de eerste opvang bij de huisarts komt te liggen, ook in de acute zorg, bijvoorbeeld door het geven van de juiste financiële prikkels?

Innovatief ondernemerschap is hard nodig in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat wat mevrouw Schermers nu bepleit, is een van de laatste aanbevelingen van het rapport dat ik zojuist aan de minister heb overhandigd. Het pleit voor een kleinschalige vorm van huisartsenzorg. Dat punt onderschrijft zij dus. Ik ben daar blij mee, maar wat vindt haar fractie van het feit dat ook huisartsen graag kleinschalig willen kunnen blijven werken en dat dit nu wordt belemmerd?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb mijzelf niet horen zeggen dat ik per se ben voor kleinschalige huisartsenzorg. Ik heb het over de huisartsenposten en over de zorg die wordt verleend buiten kantooruren. Dit is essentieel anders dan binnen kantooruren. Het is goed dat er een duidelijke toegang is tot de spoedeisende zorg, maar die zal moeten lopen via de huisartsen, via de eerste lijn. Het is dus eigenlijk niet goed dat patiënten denken dat zij op de spoedeisende hulp beter af zijn en zich daar laten inschrijven, als een huisartsenpost en spoedeisende hulp onder een dak zitten. Zij maken een loop die voor hen niet goed is en die ook voor de betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg niet goed is, als op de spoedeisende hulp beoordeeld wordt dat zij naar de huisarts kunnen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat mevrouw Schermer dat zei, heb ik gehoord. Ik bevestig dat dit een van de aanbevelingen is van het rapport. De huisarts is geen vervanging van de spoedeisende hulp en ook niet andersom. Mijn vraag was een andere. Wat vindt mevrouw Schermer van die grote huisartsenposten die vaak fysiek op grote afstand liggen? Ik kan mijn eigen woonplaats als voorbeeld nemen. Ik woon in Doesburg en de huisartsenpost ligt 10 km verder in Zevenaar. Er rijdt geen bus; dat is heel "prettig" voor de oudere mensen in Doesburg. Zij kunnen op zondag dus niet naar de huisartsenpost. Er zijn heel veel praktische problemen, maar ook een probleem is dat de grote schaal de menselijke factor weghaalt bij de huisartsenzorg. Zouden huisartsen die in kleinschalige structuren willen blijven werken, dus niet in een grootschalige huisartsenpost, niet op z'n minst financieel gelijk moeten worden gesteld aan huisartsen die een andere keuze maken?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik zie het rapport van mevrouw Kant graag tegemoet, voorzitter, maar bij mijn weten zijn er geen financiële drempels voor huisartsen om de diensten in kleiner verband te regelen.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij hebben uitgerekend dat die financiële problemen er wel zijn. Ik hoor graag in tweede termijn wat de CDA-fractie ervan vindt.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik reken het graag na.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben het met mevrouw Kant eens dat de huisarts steeds verder van de mensen af komt te zitten. Je ziet dat in iedere regio. Is het geen tijd om te inventariseren of het nodig is dat er minimum-eisen worden gesteld?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik ben begonnen met de opmerking dat ik nog steeds blij ben dat de huisarts de spil is van de gezondheidszorg. Wij hebben het nu over opvang in spoedeisende situaties buiten kantooruren en over triage daarbij. Ik denk dat die triage op zich heel goed kan worden uitgevoerd op de huisartsenposten, die goed bereikbaar moeten zijn, ook telefonisch, al is het maar voor overleg. Zoals bekend, is de slechte telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten een punt geweest en is er een duidelijk verbetertraject uitgevoerd.

Het is de vraag hoe groot de regio moet zijn waarvoor zo'n huisartsenpost werkt. Ik meen dat wij in de huidige situatie de vinger aan de pols moeten blijven houden om te voorkomen dat de regio's al te groot worden. Ik heb overigens geen echte signalen dat de omvang van de regio's problemen oplevert.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij delen de mening van mevrouw Schermers dat het zeer belangrijk is dat de huisartsenzorg dichtbij de mensen is, maar wij hebben signalen dat de huisartsenzorg op steeds grotere afstand komt te staan. Tien kilometer is nog helemaal niet zoveel. In mijn omgeving is er niet binnen een straal van tien kilometer een huisartsenpost. Triggert dat mevrouw Schermers niet om de minister te vragen om er eens naar te kijken en na te gaan of wij vanuit onze verantwoordelijkheid voor een goede infrastructuur van de eerstelijnszorg maatregelen moeten nemen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Nogmaals, wij hebben het over de zorg buiten kantooruren. Natuurlijk moeten wij de vinger aan de pols blijven houden, zoals ik al zei, om te voorkomen dat de regio's groter worden, maar naar mijn gevoel is de omvang van de huidige regio's gestabiliseerd. Als mevrouw Schippers aantoonbare problemen ziet, moet zij die aan de minister voorleggen, met het verzoek om daarop te reageren.

In de zorg is innovatief ondernemerschap hard nodig, niet alleen om de efficiency te verhogen, maar ook om de zorg nog meer toe te snijden op de maat van de cliënten. Bij innovaties in de zorg gaat het niet alleen om technische innovaties en om ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, maar ook om nieuwe vormen van het organiseren van de zorg, zoals de projecten Sneller Beter. De innovatie binnen de Nederlandse revalidatiecentra staat goed bekend. Het is nog niet gelukt om tot dbc's te komen waarin deze innovatieve component is opgenomen. De CDA-fractie is van mening dat innovatie van dermate groot belang is, dat deze ook in de

Schermers

revalidatiecentra moet kunnen worden gecontinueerd. Ik verzoek de minister om samen met de revalidatiecentra tot een oplossing te komen voor de periode totdat de innovatie in de dbc's is opgenomen.

Innovatie kan ook zijn anderhalvelijnszorg. Een mooi voorbeeld van deze zorg die zowel in de eerste als in de tweede lijn kan worden uitgevoerd, is het project GOED te Ridderkerk waar een verregaande samenwerking is tussen diverse soorten van ambulante zorg, fysiotherapie, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, huisarts en polikliniek van het ziekenhuis. De CDA-fractie wil deze initiatieven graag ondersteunen en vraagt de minister om hiertoe een anderhalvelijns-dbc te ontwikkelen. Door goed ondernemerschap en innovatie kunnen wij doelmatiger met onze kostbare zorgmiddelen omgaan. Zo dragen innovaties bij aan het in de toekomst bestendig maken van de zorg.

Het is zeker in het licht van de betaalbaarheid goed dat de minister scherpere tarieven voor de medische specialisten heeft ingevoerd. Dat geldt ook voor de tarieven van de orthodontisten. Onbedoelde neveneffecten moeten echter worden aangepakt. De CDA-fractie vindt het zeer positief dat de minister de NZa onderzoek laat doen naar de bekostiging van de behandeling van hazenlippen. Kwaliteit en veiligheid hebben te maken met onderlinge communicatie. Steeds weer blijkt dat er onvoldoende wordt gecommuniceerd. Een deel van de oplossing ligt in het elektronisch medicatie- en patiënten-dossier waarvan de ontwikkeling traag verloopt. Graag verzoek ik de minister om met name het elektronisch medicatiedossier met voorrang te ontwikkelen.

Ook patiënten zelf brengen het veilig gebruik van geneesmiddelen in gevaar. Zij beseffen te weinig dat er gevaren kleven aan het gebruik van allerlei kruidenmiddelen, middelen die uit de natuur komen waardoor ze niet gevaarlijk lijken te kunnen zijn. Die suggestie wordt ook zeker gewekt door de reclame. Het tegendeel is soms waar. Daarnaast zijn er regelmatig meldingen van kruidenmengsels die vermengd zijn met gevaarlijke stoffen of hormonen, waardoor ze kunnen leiden tot kanker- en nierproblemen. Zo natuurlijk zijn ze dan dus ook weer niet! Dit alles is een gevaar voor de volksgezondheid. Ik wil daarom graag de toezegging van de minister dat er maatregelen worden genomen. Ik vraag hem om alles in het werk te stellen om misleidende reclame voor dit soort middelen te verbieden en om bestaande en nieuwe middelen te beoordelen op kwaliteit. Ik overweeg om in tweede termijn op dit punt een motie in te dienen.

Het veiligheidsgevoel van mensen wordt zeer bedreigd als zij weten dat, als er wat gebeurt, zij er niet op kunnen vertrouwen dat er snel een ambulance is. Recente cijfers laten zien dat ambulances er echt te vaak te lang over doen om bij de patiënt te komen. Nog bij de algemene politieke beschouwingen heeft de CDA-fractie sterk aangedrongen op een snelle aanpak van dit probleem. Om de knelpunten in de ambulancezorg te verhelpen, hebben wij een amendement ingediend. Wij hopen en verwachten dat hierdoor de aanrijtijden in de ambulance-sector fors zullen verbeteren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wat is de norm van het CDA voor de ambulance? Enkele weken geleden hadden wij hierover mondelinge vragen en toen antwoordde de minister nog dat hij het acceptabel vond dat de ambulance in 5% van de gevallen, dus 20.000 keer per

jaar, de maximum aanrijtijd overschrijdt? Is de norm voor het CDA 0, 10.000, 20.000?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wij zouden graag 0 willen, maar wij houden ons aan de norm van het veld en die is maximaal 5% overschrijding van de aanrijtijd.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voor de CDA-fractie is het dus volstrekt acceptabel dat de ambulance in 20.000 gevallen te laat is?

Mevrouw **Schermers** (CDA): U interpreteert mijn woorden verkeerd. Ik heb de woorden "volstrekt acceptabel" absoluut niet gebruikt en dat bedoel ik ook niet. Ik bedoel dat wij menselijkerwijs gesproken niet naar 0 kunnen en dat ik vasthoud aan de normen van het veld, dus 5%! Ik zou al blij zijn als wij dat binnenkort bereiken. Dat is ons eerste streven. Er zijn nu gebieden, bijvoorbeeld in Limburg, de Achterhoek of Rijnmond, waar het 80% is. Laten wij eerst eens kijken of wij op die norm van 95% kunnen komen, dan hebben wij daar al heel veel mensen meer mee geholpen!

Voorzitter. Pijn is binnen de klinische wereld een ondergeschoven kind, want er gaat altijd meer aandacht uit naar zaken als oncologie en biotechnologie. Pijn lijkt veel minder belangrijk, tot je ermee te maken krijgt! In het verleden zijn juist in verband hiermee pijnkenniscentra opgericht, maar die dreigen nu te worden ondergesneeuwd, juist in deze tijd waarin pijnbestrijding in de palliatieve levensfase van toenemend belang is! De CDA-fractie vindt continuering van deze centra van groot belang en verzoekt de minister om dat te bewerkstelligen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik had nog een vraag over de ambulances. Toen u de Achterhoek noemde, trok dat mijn aandacht, want daar woon ik. Het is inderdaad een van de regio's waarin dat probleem speelt, maar ook een heel ander probleem, namelijk de overgangsregeling in verband met de arbeidsvoorwaarden, zoals het functioneel leeftijdsontslag. Er zijn duidelijke afspraken over een overgangsregeling gemaakt, maar ergens moet het geld vandaan komen om die regeling goed uit te voeren. Daar ligt nu een financieel probleem. Dat kan het andere probleem dus vergroten. Vindt de CDA-fractie dat ambulancediensten die met dat financiële probleem worden geconfronteerd, daarin tegemoet zouden moeten worden gekomen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): U hebt het dan over de B3-ambulancediensten; dat zijn er drie in het land. Wij vinden dat het aan de minister is om alles te doen om uit die problemen te komen en daar heeft hij ook toezeggingen over gedaan. Hij heeft daartoe ook een voorstel gedaan, waarin staat dat aan de huidige cao's van de andere ambulancediensten tegemoet moet worden gekomen. Ik vind dat het aan de minister is om die problemen op te lossen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat vind ik ook, maar dat gebeurt niet. Ik ben het hartgrondig met u eens dat dit een zaak van de minister is, maar het probleem is dat hij niet over de brug komt.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb het over de

Schermers

oplossing van problemen, niet over het per se forneren van geld.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar hoe wilde u het probleem dan oplossen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat is aan de minister.

Mevrouw **Kant** (SP): Tja, zo kunnen we wel een rondje maken!

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik heb een vraag over het amendement van het CDA over de Pijnkenniscentra. De ChristenUnie deelt en waardeert de aandacht van het CDA voor het belang van pijnbestrijding. Ik vraag mij wel af hoe ruim ik het amendement mag interpreteren. Uit het veld van de palliatieve zorg bereiken mij namelijk verzoeken om voorstellen over de juiste regeling van de palliatieve zorg. Ik hoor dan, bijvoorbeeld, van het belang van een goede ketenzorg of dat ervoor moet worden gezorgd dat kennis over pijn niet binnen de centra blijft, maar bij de mensen terechtkomt via consultatieteams. Hoe ruim mag ik dit amendement interpreteren?

Mevrouw **Schermers** (CDA): De huidige Pijnkenniscentra zijn gebonden aan de academische ziekenhuizen. Voor palliatieve zorg lijkt dat tegenstrijdig. Ze zitten juist daar omdat er nieuwe mogelijkheden moeten komen voor de begeleiding in de thuissituatie van terminaal zieken in de palliatieve behandelingsfase. De Pijnkenniscentra reguleren de kennis en stellen die beschikbaar aan de individuele aanbieder van die zorg. Het gaat dus om een netwerk van mensen die deze informatie kunnen krijgen als, bijvoorbeeld, de huisarts vastloopt. Natuurlijk moet de kennis uit die centra beschikbaar komen voor mensen die wat met die kennis kunnen doen, zoals de huisartsen. Maar een individuele huisarts kan in een individueel geval nooit alle antwoorden hebben, juist in die zo gevoelige palliatieve fase. Er moet in die gevallen een plek zijn waar zij die kennis kunnen halen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat ben ik met u eens. Vindt u dus dat die kenniscentra in stand moeten blijven? Of vindt u het belang van het behoud van de kennis belangrijk, maar is het u om het even waar men die kennis vandaan haalt? Het ligt natuurlijk aan de voorstellen waarmee de veldpartijen komen, maar die kennis zou natuurlijk ook in consultatieteams kunnen worden gestopt, inderdaad met het oog op de advisering van huisartsen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De kenniscentra zijn er ook voor het regenereren van kennis, dus voor het opnieuw opdoen daarvan, voor de ontwikkeling van nieuwe methoden. Ik laat mij niet uit over de wijze waarop zij hun informatiefunctie ten behoeve van de individuele behandelaars vormgeven, maar ik ben met u van mening dat het niet moet blijven bij academische kennis die binnen de muren blijft en dat die kennis beschikbaar moet komen voor de mensen die deze nodig hebben.

Het CDA beschouwt het als positief dat er meer aandacht is gekomen voor preventie, met name voor de preventie van overmatig alcoholgebruik bij jongeren, meeroken, overgewicht en depressie. Overgewicht is vandaag de dag de grootste bedreiging van onze

volksgezondheid. Het CDA wil een nog grotere nadruk leggen op preventie en beschouwt de aanpak van overgewicht als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Preventie staat niet los van de rest van de keten; eigenlijk is preventie "de nulde lijn". Preventie draagt, evenals innovatie, bij aan het bestendig maken van de zorg. Preventie is een zaak van ons allemaal. De Preventienota laat duidelijk zien dat preventie ook geen zaak is van één departement. De preventie van overgewicht wordt onder meer nagestreefd door het Convenant Overgewicht, maar hoe gaat de minister om met de problematiek van ondervoeding? Is het mogelijk om ook hiervoor een preventie-instrument te ontwikkelen?

Voor de behandeling van ongewenste kinderloosheid is ivf natuurlijk niet de enige manier; daar gaat nog het stadium van de vruchtbaarheidsbehandeling aan vooraf. Zou het niet goed zijn om medicijnen die horen bij de vruchtbaarheidsbehandeling op te nemen in het pakket?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wat verlangt u precies van de minister?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het convenant moet op een goede manier worden ingevuld. Ik denk dan vooral aan wat er in het convenant over samenwerking staat. De streefcijfers uit de begroting voor het voorkomen van overgewicht moeten op relatief korte termijn worden gerealiseerd. Doel is de toename van overgewicht onder de Nederlandse bevolking te voorkomen. Dat doel is wat mij betreft een absoluut minimum.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb van Paul Rosenmüller begrepen dat het niet echt goed gaat en dat dat doel nog zeker niet binnen bereik is. Bent u het met mij eens dat wij dus meer moeten gaan doen? Zo ja, welk appel doet u dan op de minister?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het doel is duidelijk. Verder is Paul Rosenmüller nog niet klaar met zijn bemoeienissen met het convenant overgewicht. Ik wacht eerst de reactie van de minister op mijn opmerkingen af.

Voorzitter. De evaluatie van de abortuscijfers laat zien dat vooral jonge allochtone meisjes ongewenst zwanger worden. Het is de vraag of zij voldoende mogelijkheden hebben om anoniem aan goede informatie over anticonceptie te komen sinds de Rutgershuizen zijn gesloten. De drempel om naar de eigen huisarts, die veelal ook de huisarts van de ouders is, te gaan, zou wel eens te hoog kunnen zijn. Kan de staatssecretaris garanderen dat ook bij de GGD anoniem advies kan worden verkregen? Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat deze voorziening bekender wordt?

Abortus is alleen toegestaan als er sprake is van een noodsituatie. Daarna wordt door de staatssecretaris onderzoek gedaan. Kan zij al iets zeggen over het tijdstip waarop de resultaten bekend worden? De eis dat er sprake moet zijn van een noodsituatie, heeft alles te maken met de alternatieven. Oriënterend onderzoek onder huisartsen laat zien dat zij onvoldoende bekend zijn met die alternatieven. Zij vragen om een afvinklijstje of een protocol, opdat zij maar niets vergeten in hun gesprek met een vrouw die om een abortus vraagt. Inhoudelijke vragen over de alternatieven kunnen zij vaak niet goed beantwoorden. De CDA-fractie is van mening dat de staatssecretaris ervoor moet zorgen dat voor deze gesprekken het juiste instrumentarium wordt ontwikkeld

Schermers

dan wel dat artsen die onvoldoende van deze problematiek weten, doorverwijzen naar andere instanties als de Fiom en de VBOK. Is zij bereid om dit toe te zeggen?

Mevrouw **Kant** (SP): De pil is een van de beste manieren om een abortus te voorkomen. Het is dan ook krom dat veel vrouwen de pil eigenlijk nog steeds zelf moeten betalen. De pil is gelukkig weer in het basispakket opgenomen, maar door het eigen risico betalen vrouwen uiteindelijk toch weer zelf voor de pil.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat kan een gevolg zijn van het eigen risico. Ik denk dat de betaalbaarheid niet de belangrijkste reden is waarom meisjes de pil niet gebruiken. De oorzaak moet je volgens mij zoeken in hun gebrek aan kennis over de mogelijkheden. Zo weten ze vaak niet waar ze de pil veilig en anoniem kunnen krijgen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat speelt ongetwijfeld een rol. Ze moeten het geld voor de pil echter wel zelf ophoesten en dat is een extra drempel. Als u ongewenste zwangerschappen wilt voorkomen, begrijp ik niet waarom u hebt ingestemd met een eigen risico voor de pil.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De pil is in het basispakket opgenomen en vervolgens heeft de Kamer besloten tot een eigen risico. Daarvan is dit het effect.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is een óngewenst effect.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het is een effect van de procedure die wij hebben gevolgd. Ik blijf er echter bij dat de betaalbaarheid van de pil niet het grootste probleem is. Het grootste probleem is het gebrek aan goede informatie voor deze meisjes.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Niemand kan tegen meer informatie voor deze jonge vrouwen zijn, maar is het niet een beetje dom dat de pil onder het eigen risico valt? Kunnen wij niet gewoon regelen, samen met het CDA, dat de pil buiten het eigen risico blijft? Dan is de kans maximaal om te voorkomen dat er ongewenste zwangerschappen ontstaan. Dat is toch ook een belang van het CDA?

Mevrouw **Schermers** (CDA): U herhaalt de vraag van mevrouw Kant. Ik kan mijn antwoord wel herhalen, maar dat wordt niet anders. U vraagt om een tweetje met mij, maar daar ga ik even niet op in.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is jammer. Ik dacht dat wij daarvoor hier bij elkaar waren: een beetje debatteren en argumenteren. U geeft geen antwoord op de vraag. U maakt een punt over het voorkomen van de situatie waarin abortus aan de orde is. Dan is het toch een beetje dom – meerdere fracties hebben dat al naar voren gebracht – dat het kabinet aan de ene kant een goede stap zet door de pil weer in het pakket op te nemen, zodat er geen financiële drempel is en de pil maximaal beschikbaar is voor jonge vrouwen, maar dat het aan de andere kant met een eigen risico komt, waardoor er wel een financiële drempel wordt opgeworpen. Als u zo'n groot belang hecht aan het voorkomen van een situatie waarin abortus aan de orde kan zijn, zou het chic zijn om te zeggen waarom u tegen de gratis pil

bent. Door de constructie van het eigen risico moeten jonge vrouwen er weer voor betalen. Dat is toch onhandig? Dat kunnen wij hier toch regelen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): U neemt het mij kwalijk als ik vertel hoe het gebeurd is, en nu doet u het zelf. U stelt in essentie dezelfde vraag als mevrouw Kant. Nogmaals, ik kan mijn antwoorden wel herhalen, maar daar komen wij niet veel verder mee. Dat bent u toch ook met mij eens?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Als u mijn vragen niet beantwoordt, komen wij inderdaad geen stap verder. Dat klopt. Dan maar een andere vraag: Is de CDA-fractie met mij van mening dat, met inachtneming van de noodzaak van voorlichting, alternatieven en dergelijke, het uiteindelijk aan de vrouw is en aan niemand anders dan haar om te bepalen of er sprake is van een noodsituatie? Kunt u dat hier klip en klaar bevestigen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Er is sprake van een noodsituatie als er ook echt sprake is van een noodsituatie. Er moet in elk geval voldoende informatie worden gegeven over de alternatieven en wat deze inhouden en er mag niet in paniek worden gereageerd.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter, dit is echt geen antwoord op mijn vraag.

De **voorzitter**: Dat kan zijn, maar mevrouw Schermers gaat over haar eigen antwoorden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wij stellen hier niet voor niets vragen en de fracties brengen niet voor niets hun politieke punten naar voren. Ik vraag de CDA-fractie om een heldere uitspraak. Als het antwoord nee is, hoor ik dat graag. Dat mag, want mevrouw Schermers gaat over haar antwoorden. Ik ga echter over de vragen. Ik vraag mevrouw Schermers om in dit debat vast te stellen dat, los van alle mogelijkheden voor extra informatie voor jonge vrouwen die hiermee te maken hebben, het uiteindelijk aan de vrouw is en aan niemand anders om vast te stellen of er sprake is van een noodsituatie en om uit dien hoofde een beroep te doen op de mogelijkheid van abortus.

De **voorzitter**: Dat was een herhaling van de vraag.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De heer Vendrik weet hoe de wet in elkaar steekt, en daar houden wij ons aan. Als objectief niet volstrekt duidelijk is dat er sprake is van een noodsituatie, vind ik dat het uiteindelijk niet aan de vrouw is om dat vast te stellen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het verdient toch echt uitleg dat het niet aan de vrouw is om te bepalen of er sprake is van een noodsituatie of niet!

Mevrouw **Schermers** (CDA): De staatssecretaris heeft gezegd dat zij onderzoek zou doen naar de noodsituatie. Dat was naar aanleiding van een geval van abortus in verband met een hazenlip. Wij hebben toen duidelijk gezegd dat dit voor het CDA geen reden is voor een abortus. Naar onze mening was er op dat moment onvoldoende sprake van een noodsituatie die een abortus rechtvaardigde.

Schermers

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dit is echt ongelooflijk, ik val van mijn stoel! Wij hebben in Nederland de meest zorgvuldige abortuswet in vergelijking met heel veel andere landen. Wij hebben in Nederland het laagste aantal abortussen vergeleken met andere landen om ons heen. Nu haalt mevrouw Schermers kinderen met een hazenlip aan om haar punt te maken. Vindt mevrouw Schermers niet dat het aan de vrouw is om uiteindelijk te beslissen of er sprake is van een noodsituatie of niet? Vindt mevrouw Schermers niet dat die beslissing alleen aan de vrouw en aan haar arts moet worden overgelaten?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik kan mijn standpunt herhalen. Ik noem het verhaal van de abortus bij de hazenlip als voorbeeld en ik zeg daarbij dat dit voor ons geen noodsituatie in de zin van de wet is. Wij hebben een toezegging van de staatssecretaris dat zij met een rapport komt over wat er onder noodsituatie wordt verstaan en wat eronder verstaan zou moeten worden. Dat rapport wacht ik af.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het voorbeeld dat mevrouw Schermers geeft is in de eerste plaats onjuist en in de tweede plaats wil ik voor mijn partij hier nogmaals nadrukkelijk aan de orde stellen dat de beslissing over de vraag of er sprake is van een noodsituatie of niet, aan de vrouw is. Zo hebben wij dat met elkaar afgesproken.

Ik heb nog een vraag over de mogelijkheden die aan de vrouw moeten worden voorgelegd volgens mevrouw Schermers. Vindt zij dat de politiek, dat de bewindspersonen hier aanwezig, in de spreekkamer moeten gaan zitten van de huisarts van de vrouw die in zo'n situatie komt te verkeren? Is het niet zo dat de vrouw in dezen neutraal moet worden geïnformeerd? Zegt zij met haar oproep niet eigenlijk tegen de hulpverleners naar wie de vrouw in eerste instantie gaat, dat zij de vrouw moeten vertellen over een aantal keuzes? Wil zij dat niet liever overlaten aan de vrouw en de hulpverleners?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wat ik zeg is dat je, voor je kunt spreken van een noodsituatie, moet reageren vanuit kennis van de alternatieven en dat je niet moet reageren vanuit een panieksituatie. Ik heb verschillende huisartsen horen zeggen dat zij eigenlijk onvoldoende afweten van de alternatieven en zeker van de inhoud van de alternatieven om dat counselingsgesprek goed te kunnen voeren.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Hoe komt mevrouw Schermers erbij dat vrouwen die voor zo'n situatie staan, niet met hun artsen spreken over alles wat er op dat moment aan vragen ligt? Hoe komt zij erbij dat dit nu verplicht bijvoorbeeld aan de huisarts moet worden opgelegd?

De **voorzitter**: U had het woord niet. De heer Van der Vlies.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Mevrouw Schermers verdient steun als zij zegt dat er zoveel mogelijk abortussen moeten worden voorkomen. Dat is ook de inzet van mijn fractie. Het begrip noodsituatie en alles wat in die wet aan criteria verder is vastgelegd, wordt al veel te ruimhartig toegepast. Dat blijkt in de

praktijk dan weer met dit incident, dan weer met dat, dus daar moeten wij eens heel goed naar kijken. Maar dan nu de alternatieven. Mevrouw Schermers gaat vooral in op voorlichting en kennisneming van die alternatieven, maar niet op de alternatieven zelf. Ik noem maar eens de opvanghuizen van de VBOK voor tienermoeders als concreet punt. Jonge meisjes, zwanger geworden, die ervoor kiezen om dat kindje in een beschermde omgeving ter wereld te brengen. Moeten wij daar niet een tandje bijzetten? Een tweede alternatief – dat neem ik gelijk maar even mee – is de adoptie. Dat staat ook in de stukken en daar komen wij nog over te spreken; daar loop ik niet op vooruit. Dan vind ik het zo gek dat wij op het punt staan om te gaan beslissen over de aftrek-mogelijkheid van buitengewone uitgaven, in de sfeer van de belastingen, waar tot nu toe de kosten voor adoptie aftrekbaar werden geacht, net zo goed als die van bevalling enzovoorts. Zijn dat niet twee punten waarvoor de CDA-fractie zich ook sterk zou moeten maken?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik vind wel dat de alternatieven dan ook mogelijk moeten worden gemaakt. In die zin onderstreep ik uw oproep daartoe. Ik zal in onze gelederen dan ook die lijn uitzetten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik help u daarbij wel, want ik heb intussen een amendement voorbereid dat daarop steekt. Dus ik verwacht dat u dat positief bejegt.

Dan nog even de aftrekmogelijkheid in de belasting-sfeer. Moeten wij daar ook niet iets aan gaan doen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Nogmaals, er zouden geen onoverkomelijke regelingen moeten zijn die de alternatieven minder aantrekkelijk maken.

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Ik stel vast dat het CDA twintig jaar geleden een stuk minder conservatief was dan nu. Toen is in de wet vastgelegd dat de noodsituatie uiteindelijk door de vrouw in overleg met haar eigen arts kan worden vastgesteld. Nu wilt u nadere criteria vastleggen. Dat vind ik teleurstellend. Ik heb u horen zeggen dat u twijfelt aan het feit dat huisartsen voldoende zijn opgeleid om vrouwen te begeleiden in het nemen van die beslissing. Ik hoor u ervoor pleiten dat er tussen de abortuskliniek en de huisarts nog een andere instantie moet worden geplaatst waar een nader gesprek moet plaatsvinden. Ik hoop dat ik dat verkeerd heb gehoord.

Mevrouw **Schermers** (CDA): U hebt mij horen zeggen dat ik weet van sommige huisartsen dat zij zich weinig geëquipeerd voelen om het counselingsgesprek te voeren. Zij weten te weinig van de alternatieven. Als er een vervolgvraag wordt gesteld hoe het gaat met adoptie, moeten zij het antwoord schuldig blijven. Als dat nu aan de orde is en als wij een zorgvuldige afweging willen voorafgaand aan de abortus om die wel of niet te laten doorgaan, moeten de huisartsen weten dat er mogelijkheden zijn om de kennis hierover wel bij de vrouw te krijgen. Huisartsen hebben gezegd dat zij graag een lijstje willen om na te gaan of zij niet vergeten bepaalde alternatieven te bespreken. Als huisartsen zelf zeggen dat zij onvoldoende van deze materie weten, moeten zij zich bewust zijn van het feit dat er andere instanties zijn waar die kennis wel beschikbaar is. Dat is wat ik heb gezegd.

Schermers

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD): Is het dan niet de taak van de huisarts zelf om ervoor te zorgen dat hij goed geschoold is, dus dat hij iets doet aan zijn nascholing? En is het dan niet de taak van de Landelijke Huisartsenvereniging om ervoor te zorgen dat in verenigingsverband die om- en bijscholing plaatsvindt? Het is toch niet onze wettelijke taak om dat te doen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Nee, dat is zeker niet onze wettelijke taak. Ik heb gezegd dat huisartsen zich alleen maar bewust moeten zijn van die mogelijkheid. Dat is het enige. Wij gaan het niet zelf doen.

Al lang wordt gewacht op het advies van de Gezondheidsraad over vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. De landen om ons heen hebben die al ingevoerd. Als het advies komt, is het kabinet dan bereid om zo spoedig mogelijk te beginnen met vaccineren?

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 13.18 uur tot 14.05 uur geschorst.

Voorzitter: Verbeet



De **voorzitter**: Ingekomen zijn de volgende beschikkingen van de Voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal:

- een inzake aanwijzing van de leden Peters, Ten Horn, Quik-Schuijt, Slager, Anker en Bosma tot lid en de leden Gerkens, Roemer, Karabulut, Van Raak, Van Baalen, Ten Broeke, Roefs, Van Driel, Boekestijn en Leunissen tot plaatsvervangend lid in de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad;
- een inzake aanwijzing van de leden Vliegenthart en Wilders tot plaatsvervangend lid in de NAVO-Assemblee;
- een inzake aanwijzing van het lid Smaling tot lid in de OVSE-Assemblee;
- een inzake aanwijzing van de leden Meulenbelt en Nicolaï tot lid in de Nederlandse Taalunie;
- een inzake aanwijzing van het lid Ten Broeke tot lid en het lid Roland Kortenhorst tot plaatsvervangend lid in de Raad van Europa en de West-Europese Unie.

Ik stel voor, deze beschikkingen voor kennisgeving aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

De **voorzitter**: Op de tafel van de griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Als voor het einde van de vergadering daartegen geen bezwaar is gemaakt, neem ik aan dat daarmee wordt ingestemd.

Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Van Gent.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Voorzitter. Namens mijn fractie wil ik een spoeddebat aanvragen over de mogelijk grootschalige malversaties op de Nederlandse vastgoedmarkt. Wij werden vanmorgen opgeschrikt door

dat bericht. De FIOD heeft grootschalig onderzoek gedaan. Het gaat om vastgoedhandelaren, notarissen en pensioenfondsen die voor tientallen miljoenen euro's achterover hebben gedrukt. Dat lijkt mij een vrij ernstige situatie. Wij vinden dat daar snel opheldering over moet komen. Daarom wil ik een debat voeren met de ministers van VROM, van Financiën, van Justitie en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over deze mogelijke malversaties in de vastgoed- en pensioensector; de bovenwereld noem ik het maar. Ik kan mij voorstellen dat wij eerst een brief van de vier bewindspersonen krijgen over deze kwestie, maar ik wil die dan wel voor dinsdag 12.00 uur ontvangen. Daarna kunnen wij bezien hoe en wanneer het debat plaatsvindt, maar wij willen op korte termijn hierover debatteren met de bewindspersonen.

Mevrouw **Van Velzen** (SP): De SP-fractie is ook geschrokken van de berichtgeving over de fraude bij vastgoedhandelaren. Wij steunen het verzoek van GroenLinks.

De heer **Teeven** (VVD): Mijn fractie kan zich volledig vinden in het voorstel van GroenLinks.

De heer **Van Haersma Buma** (CDA): Het is de vraag wat wij dan met de begrotingsbehandeling van Justitie aan moeten, want het onderdeel vastgoedsector en alles wat daar gebeurt, is een belangrijk deel van mijn inbreng. Het lijkt mij dubbel om een spoeddebat over dit onderwerp te houden en vervolgens te spreken over de begroting. Ik neem aan dat mevrouw Azough deze kwestie ook bij de begrotingsbehandeling zal inbrengen, want het is een belangrijk onderdeel.

Mevrouw **Hamer** (PvdA): Ik sluit mij daarbij aan. Ook wij waren van plan deze kwestie bij de begrotingsbehandeling, die vanmiddag al staat gepland, aan de orde te stellen.

De heer **Madlener** (PVV): Ik wil ook graag een brief, maar ik kan mij voorstellen dat de begrotingsbehandeling er doorheen loopt.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik wil natuurlijk niemand de mond snoeren – ik ben wel de laatste die dat zou willen – ook niet bij de begrotingsbehandeling van Justitie. Ik heb er echter al op gewezen dat hier meer bewindspersonen bij zijn betrokken. Dat blijkt ook uit wat nu naar buiten is gekomen. Het verzoek dat ik heb gedaan, lijkt mij dan ook redelijk. Ik zou dus graag voor dinsdag 12.00 uur een brief krijgen van de bewindspersonen van VROM, van Financiën, van Justitie en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Op dat moment kunnen wij dan bezien wat ons te doen staat. Ik wijs er verder op dat het debat over de begroting van Justitie alleen plaatsvindt met de bewindslieden van Justitie. Dat vinden wij in dezen te beperkt.

De **voorzitter**: Ik wil u een voorstel doen. De leden weten dit niet, maar wij zitten met een groot probleem. Er is deze week helemaal geen tijd voor een spoeddebat op de agenda en volgende week evenmin, tenzij er om onverklaarbare redenen plotseling 48 uur in een dag zitten. Dat verwacht ik echter niet, dus volgende week gaat het ook niet lukken. Het lijkt mij daarom goed dat gebruikgemaakt wordt van de behandeling van de