

## 13

### Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

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 2014 (33750-XVI)**.

De **voorzitter**:

Een hartelijk woord van welkom aan beide bewindspersonen, de minister en de staatssecretaris. Van de zijde van de Kamer hebben zich vijftien sprekers gemeld. Al die sprekers gaan 3,5 uur zuivere spreektijd vullen. Ik geef graag als eerste het woord aan mevrouw Leijten van de fractie van de SP. Zij heeft in eerste en tweede termijn 24 minuten. Zij gaat 16 minuten volmaken in de eerste termijn. Ik meld verder nog dat alle interrupties in tweeën gaan.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Leijten (SP)**:

"Ik woon al 81 jaar in Moordrecht. Nu opeens moet ik gaan wonen in Gouda. Ik wil dat niet. Ze zetten me maar in het park. Ik ga hier niet weg".

Voorzitter. Het zal u bekend zijn dat dit niet mijn woorden zijn. Ik ben niet 81 jaar en ik woon ook niet in Moordrecht. Dit zijn de woorden van mevrouw Gouw. Zij woont in een zorgcentrum dat dicht moet. Waarom? Omdat het kabinet heeft besloten dat mensen met een lage zorgzwaarte niet meer welkom zijn in een zorgcentrum. De zorginstelling waar mevrouw Gouw woont, moet van het zorgkantoor 89 plaatsen per jaar opdoeken. Dat leidt tot 450 ontslagen. Zo zie je maar: een politieke beslissing van Kunduz, van de Kunduzcoalitie, leidt in een zorginstelling tot de bedrijfseconomische beslissing om een zorgcentrum te sluiten. Mevrouw Gouw, die daar woont, is niks gevraagd, maar zij moet wel verhuizen naar acht kilometer verderop. Geen wereld meer die ze kent, geen contacten meer. Dus zegt zij: laat mij vandaag maar doodgaan, ik ben teveel voor deze wereld.

Wat vindt de staatssecretaris hiervan? Hij beloofde ons vorig jaar dat die maatregelen geen gevolgen zouden hebben voor de mensen die nu in zorgcentra wonen. Wat gaat hij doen om mevrouw Gouw te helpen? Verdient zij, na 81 jaar, rust en mag zij in haar zorgcentrum blijven wonen? Of wordt er gesleept met oude mensen, omdat de staatssecretaris wil bezuinigen?

Vorig jaar nodigde ik de staatssecretaris uit om te kiezen voor bewoners of voor bestuurders. Hij koos niet. Ik vroeg hem ook wat zijn doel is: bezuinigingen halen of goede zorg? Hij koos niet. We zijn nu een jaar verder en hebben ook heel veel meer debatten gevoerd met deze staatssecretaris. De staatssecretaris doet één ding in ieder geval: hij kiest voor bestuurlijke rust. Dat ouderen worden verhuisd, is geen enkel probleem. Dat gezinnen en kinderen straks de hun bekende jeugdhulpverleners zullen verliezen; soït, dat hoort erbij. Dat dagbestedingscentra nu al hun deuren sluiten en straks zullen verdwijnen, het is niet anders. Er is

bestuurlijke rust en dat is mooi. We hebben weinig klagende wethouders, geen klagende zorgbestuurders en we kunnen de bezuinigingen erdoor duwen. En als er van de bestuurlijke macht niemand klaagt, dan weten wij wel waar de pijn wordt gevoeld: niet bij de staatssecretaris, niet bij de wethouders, niet bij de zorgbestuurders, maar wel bij hen die zorg nodig hebben en bij hen die zorg verlenen. Vertel mij wie uw vrienden zijn en ik vertel u wie u bent.

Er zijn in de afgelopen weken verschillende rapporten verschenen over de toekomst van de arbeidsmarkt in de zorg. Het ene scenario gaat uit van 90.000 tot 120.000 verloren banen, het andere van 36.000. Drie keer raden welk rapport en welke cijfers dit kabinet gebruikt: dat van 36.000! Allemaal acceptabel. De zorg is geen werkgelegenheidsproject, zegt de VVD. Is de staatssecretaris het daar eigenlijk mee eens, en de minister ook? Waarom maskeert zij de gevolgen van haar bezuinigingsbeleid door de makkelijkste prognose te nemen? Waaruit verklaart zij het verschil? En aangaande het verlies aan banen in de jeugdzorg: zou die 15% niet gehaald worden omdat er efficiënter gewerkt zou worden, omdat er beter werd afgestemd? Hoe kan het dan zijn dat daar zo ontzettend veel mensen hun baan verliezen, zo vraag ik de staatssecretaris. Er is bestuurlijke rust, maar het personeel betaalt de prijs. Wat denkt de staatssecretaris dat dit doet met alle mensen in de zorg? Denkt hij dat zij het zullen zeggen als zij denken dat iets niet goed gaat, dat er malversaties zijn of slechte kwaliteit? Denkt hij nog dat er mensen zijn in de zorg die hun mond durven open te doen? Ik zou het hun niet aanraden, want wie weet zijn zij dan de volgende die buitenspel staan. Er is niet alleen bestuurlijke rust, maar ook de intimidatie in huis om het personeel het zwijgen op te leggen. Vinden deze bewindspersonen dit acceptabel?

Ik vraag de minister wat er is gebeurd met de opleiding voor de artsen en de raming daarvan. Hadden wij in het verleden niet afgesproken dat wij zelf de artsen zouden opleiden voor de arbeidsmarkt die wij nodig hebben? Waarom gaat het Capaciteitsorgaan ineens uit van de instroom van buitenlandse artsen? Wij hadden toch afgesproken dat wij ons daar niet afhankelijk van zouden maken? Dit staat nog los van het morele aspect dat wij landen niet willen leegtrekken van hun hoogopgeleide bevolking. Waarom is daarvan afgestapt?

In 2007 werd de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd. Door vele mensen wordt zij gezien als de Wet maatschappelijke ontworping. Vele mensen verliezen hun vaste hulp. Vele mensen verliezen hun werk en salaris, vaak eerst het salaris en dan het werk. In de Achterhoek spelen gemeenten onder een hoedje met een zorgaanbieder om personeel steeds minder rechten te geven. Dit is allemaal niet van 2007, dit is allemaal van de afgelopen jaren. Wat Sinsire deed met de gemeenten in de Achterhoek, gebeurde afgelopen zomer. Er wordt daar zelfs een bewindvoerder ingesteld, of in ieder geval een waarnemer, want het gaat daar allemaal niet goed. Wat is de analyse van deze staatssecretaris? Wat gaat daar dan niet goed?

Welke analyse is er op het ministerie gemaakt van wat er allemaal misging bij de invoering van de Wmo? Kan de staatssecretaris dit delen met de Kamer? Is het niet veel beter als wij weten wat er misging in 2007 en wij daar rekening mee houden voor 2015, als de gemeenten al die nieuwe taken krijgen? Of zegt de staatssecretaris het volgende? Nee, we houden de Kamer dom, we delen dat soort

informatie niet, we springen met zijn allen in het diepe zonder zwemdiploma en we hopen maar, als we bovenkomen, dat we kunnen staan. Ik waarschuw de staatssecretaris alleen wel dat in het diepe springen zonder zwemdiploma en lang je adem inhouden ook kan leiden tot de verdrinkingdood.

Wat er gaat gebeuren met de zorg onder de regie van dit kabinet, is echt heel fors. Het recht op zorg verdwijnt. Ik denk aan jeugdzorg, ouderenzorg, dagbesteding en thuiszorg, maar ook aan het recht om behandeld te worden door de arts en het ziekenhuis van je keuze. Het is de vraag of dit nodig is. Is het nodig dat mensen geen recht op zorg meer hebben, maar genadebrood moeten eten van de gemeente waar ze wonen of de zorgverzekeraar die ze hebben gekozen? De regering doet ons denken van wel. De patiënt moet namelijk kostenbewust zijn. Je moet de rekening zien en je moet geconfronteerd worden met wat je kost, alsof je een keuze hebt als je ziek wordt of een behandeling nodig hebt en alsof je dan ook nog eens invloed kunt uitoefenen op de kosten. Dit legt de regering naast zich zeer. Zij geeft de schuld aan de zieken en de hulpbehoevenden. Ouderen weten niet wat ze kosten, dus: omhoog die eigen bijdrage! Straffen maar! Wie niet horen wil, moet maar voelen. De eigen bijdrage gaat omhoog. Het eigen risico gaat omhoog. Er wordt nog meer gehaald bij chronisch zieken en gehandicapten. Het kan niet op. We bezuinigen hen gewoon weg. Vertel mij wie uw vrienden zijn en ik vertel u wie u bent.

Dat veel mensen op financiële gronden afzien van zorg wilde de minister eigenlijk niet geloven. De twee debatten die hierover in de Kamer werden gevoerd, deed ze plichtmatig en zeer geïrriteerd. De VVD-fractie vond het niet eens nodig om het woord te voeren. Nu ligt er een eerste rapportage van de minister. Ze is blij dat het maar gaat over 2%. Ik noem dit de "operatie witwassen en goochelen met percentages". Vindt de minister het niet gewoon principieel onjuist dat mensen om financiële redenen afzien van zorg die nodig is? Als ze daarop "ja" zegt, wat ze toch zou moeten doen als minister van Volksgezondheid, moeten we dan niet een plan maken voor het afbouwen van het eigen risico en de uiteindelijke afschaffing daarvan? Wat vindt de minister van de cijfers van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, dat zegt dat door het verdwijnen van de maagzuurremmers uit het basispakket er bijna meer dan 400 mensen in het ziekenhuis zijn opgenomen met een maagbloeding, onnodig, met dodelijk gevolg wellicht van dien? Hoe reageert zij daarop? Wat vindt de minister ervan dat de grootste verzekeraar, Achmea, met vijf miljoen verzekerden, de afgelopen jaren heeft geconstateerd dat het aantal verzekerden met betalingsproblemen verdrievoudigd is? Wat vindt zij ervan dat 319.000 mensen op dit moment de premie niet kunnen betalen en wat is haar streefdoel voor volgend jaar? 400.000, 500.000? Zeg het maar. Waarom heeft de minister geen oor voor de noodkreet van huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, logopedisten, diëtisten en mensen in de geestelijke gezondheidszorg die zeggen: dit beleid leidt ertoe dat mensen afzien van zorg en dat ze maatschappelijk gezien uitvallen? Zegt zij echt alleen maar: deze zorgprofessionals, deze medici hebben eigenbelang, ze zullen dat zeggen omdat ze eraan verdienen? Projecteert op die manier de minister haar eigen platte wereldbeeld op zorgprofessionals? Het is de afgelopen tijd: geef de artsen maar de schuld en luister vooral niet naar hen. Het is de afgelopen jaren: geef de patiënten de schuld en luister vooral niet naar hen. Vertel mij wie uw vrienden zijn en ik zal zeggen wie u bent.

Er zijn mensen die jarenlang strijden tegen zorginstellingen en in de kluwen van de zorg echt verdwalen, van het kastje naar de muur worden gestuurd en nergens terecht kunnen met hun terechte klokkengeluid over slecht beleid, slechte kwaliteit, financiële malversatie en intimidatie. Een aantal van die familieleden hebben zich verenigd in Klokkenluiders Verstandelijk Gehandicapten. Ze hebben ons net een zwartboek aangeboden. Ik wil de staatssecretaris vragen wat zijn reactie daarop is. Vindt hij ook niet dat het Huis voor de klokkenluiders, welk voorstel deze week behandeld moet worden, een veilig huis moet worden voor deze mensen? Vindt de staatssecretaris het eigenlijk niet heel erg tragisch dat hier jaar in, jaar uit een debat is gevoerd over het steunen van deze mensen en dat dit laatste dus niet is gebeurd? Is de staatssecretaris bereid om uit te zoeken wat er op zijn ministerie misgaat en waarom dat niet gebeurt?

We zien jaar op jaar winst op winst gestapeld worden bij de zorgverzekeraars en niet alleen daar. De reserves van de zorgverzekeraars zijn 9 miljard. Ze geven ieder jaar, in ieder geval vorig jaar, heel veel geld uit voor het verwerven van nieuwe verzekerden en we bevinden ons aan de vooravond van vele nieuwe spotjes. Dat kost bij elkaar 451 miljoen euro. 451 miljoen euro, uitgegeven in vier maanden tijd om nieuwe verzekerden te krijgen, dat er van A naar B wordt gehopt. Dat is meer dan de bezuiniging volgend jaar op de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Vindt de minister nu echt dat dit goed besteed premiegeld is? Kiest zij nog steeds, als vriend van de winst en de zorgverzekeraars voor die zijde of gaat zij nu eindelijk iets doen aan die zorgverzekeraars die het geld maar uitgeven aan onzindingen en daarmee eigenlijk ons premiegeld verspillen? Dan hebben we het nog niet eens gehad over de winsten van de zorgverzekeraars. Die waren drie keer zo hoog.

Niet alleen zorgverzekeraars stapelen vermogen op, ook zorgaanbieders doen dat. Vorig jaar zijn de vermogens in de zorg met 12% gestegen. We weten dat er inmiddels meer dan 12 miljard op de bank staat. 20% is het gemiddelde dat de zorg aan eigen vermogen heeft. 20%, het is echt flauwekul dat dit zo is! Het heeft alles te maken met de terugtrekkende overheid die niet meer garant staat voor kapitaalslasten en nieuwbouw. Ik zou willen voorstellen — ik hoop op steun van de PvdA die immers overal in de krant vandaag zegt dat zorggeld naar zorg moet en niet naar de spaarrekening — om een grens te stellen aan de vermogensopbouw. Als we naar 4 of 5% gaan, wat helemaal niet zo'n gekke vermogensopbouw is, dan komen er volgend jaar en het jaar daarna miljarden vrij. Daar moeten wij nou eens een goed plan voor maken, staatssecretaris, zodat niet al die banen verdwijnen, zodat mensen niet tegen hun zin in verhuisd hoeven te worden, zodat we mensen niet aan hun lot overlaten. Is de staatssecretaris bereid een maximum in te stellen voor het eigen vermogen in de zorg?

De staatssecretaris en de minister houden van de markt. Zij houden van winstuitkeringen. Zij tellen de zegeningen van de Zorgverzekeringwet, maar waarom? Wij weten dat de zorg niet goedkoper is geworden en niet kleinschaliger. Wij weten dat er steeds minder valt te kiezen. Er zijn vier grote verzekeraars die de markt verdelen en vervolgens allerlei medici uitknipen bij het afsluiten van zorgcontracten.

Wij zien echter ook dat kleine ziekenhuizen steeds minder kans hebben om te overleven op de markt, waar het de vraag is of je jager bent, of prooi. Zij denken: we zoeken onderdak bij een ander. Dat heet dan fusie. Vindt de minister nou echt dat de aanhoudende fusiegolf een goede zet is? Zij was zelf erg voor het behoud van het ziekenhuis in Hilversum, want een stad als Hilversum laat je toch niet zonder ziekenhuis zitten? Mijn vraag aan de minister is dan waarom dat straks wel moet gelden in bijvoorbeeld Bergen op Zoom en Roosendaal. Wij hebben een consumentenautoriteit, die het allemaal goed vindt voor de consument. We hebben echter ook een patiëntenbond, die zegt dat het slecht is voor ons. Wie heeft daar toch gelijk? Is de minister bereid regie te nemen en aan te sturen op een netwerk van ziekenhuizen die nationaal met elkaar samenwerken? Dan hoeft u niet over te gaan tot sluiting, dan kunt u de werkgelegenheid en expertise behouden, en de zorg om de hoek.

Over de financiering van de ziekenhuizen hebben we heel vaak gesproken. De SP is heel duidelijk: we worden bedot met het financieringssysteem. Het heeft geleid tot miljoenen extra aan omzet, maar ook tot verspilling, bureaucratie en misbruik. Gisteren zei de Algemene Rekenkamer dat de minister eigenlijk niks doet om dat op te lossen. Nee, sterker, nog: al haar maatregelen maken het alleen maar complexer. Dan kunt u meer agenten neerzetten, maar u kunt ook het financieringssysteem vereenvoudigen. Ik roep de minister op om, in navolging van wat bijvoorbeeld professor Blank heeft gedaan bij de TU Delft, naar een eenvoudig financieringssysteem voor ziekenhuizen over te gaan dat ook fraudeproof wordt bevonden.

Voorzitter, vertel mij wie uw vrienden zijn en ik vertel u wie u bent. Het is toch zo dat ambtenaren van VWS congressen aflopen, lobbyen bij reizen en bezoeken en vele contacten hebben met farmaceuten? Het is toch zo dat de hoge ambtenaar van het ministerie zorginnovatiereizen opzette en al meer dan zes jaar met bobo's op vakantie gaat in het buitenland? Het is toch ook zo dat een oud-topambtenaar van het ministerie het farmaceutische netwerk Apollo opzette, waardoor het ministerie samen met de farmaceutische industrie nu de toelating van medicatie tot het basispakket beïnvloedt? Deze topambtenaar is weggegaan op het ministerie, kwam bij een pensioenverzekeraar te werken en is nu staatssecretaris. Het lag niet aan deze topambtenaar, het is beleid van het ministerie, want het gaat gewoon door. Het netwerk van Apollo is niet opgeheven en de zorginnovatiereisjes gaan ook door. Wil de minister per ommegaande, voordat zij morgen haar antwoord begint, openbaar maken welke reisjes de afgelopen tien jaar gemaakt zijn door ambtenaren en staatssecretarissen, naar het buitenland of in Nederland, welke bezoeken zijn gebracht en welke lobbyisten zijn ontvangen? En kom niet aan met: dat houden wij niet bij, dus dat kan ik niet laten weten. De minister wil toch niet de verdenking op zich laden dat zij iets te verbergen heeft?

De zorg is geen kostenpost. Het is een vorm van beschaving en een waardevolle bijdrage aan onze Nederlandse economie. Zorg behoort tot het publieke domein, waar geen plaats is voor winstbejag en concurrentie. Daarom stellen wij het volgende voor. Behoud de AWBZ als publieke volksverzekering. Maak de premie eerlijker en inkomensafhankelijker en room deze niet meer af. Instellingen werken samen en concurreren niet. We zorgen voor kleine organisaties die goed te controleren maar ook zeker goed te bezetten zijn, met opgeleid personeel en niet met onopgeleid personeel.

We draaien de liberalisering van de kapitaalslasten terug. De zorgverzekering maken we publiek en inkomensafhankelijk. We zorgen ervoor dat er geen schaalvergroting, maar schaalverkleining plaatsvindt. We plannen de zorg op basis van echte cijfers en laten dat niet door private zorgverzekeraars doen.

**De voorzitter:**

U bent inmiddels tweeënhalve minuut door uw tijd heen, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben bijna klaar.

We laten artsen in loondienst werken en breiden de opleidingen uit. De gemeentelijke zorgtaken worden wettelijke taken. De gemeente voert uit, maar beslist niet welke zorg je krijgt of waar je recht op hebt. De concurrentie op arbeidsvoorwaarden tussen aanbieders bannen we uit en we zorgen ervoor dat niet wordt geluisterd naar adviesbureaus, maar naar de praktijk. We hebben geld genoeg in de zorg. Het gaat er vandaag niet om of het meer of minder mag zijn; het gaat er vooral om hoe we het verdelen. Gaan we voor private winst en publieke armoede? Geven we de patiënt de schuld en laten we winsten oplopen? De SP kiest niet voor het laatste. Daarom stel ik de twee laatste vragen aan de bewindspersonen: wie zijn eigenlijk uw vrienden en wat gaat u doen voor mevrouw Gouw?

**De voorzitter:**

Dank u wel. We gaan nu luisteren naar de heer Rutte van de fractie van de VVD. Hij heeft een spreektijd in eerste termijn van zeventien minuten.

□

**De heer Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik zal in mijn woordvoering ingaan op de curatieve zorg. Ik verzoek u om daarna het woord te geven aan mijn collega Bas van 't Wout, die zal ingaan op de langdurige zorg.

In onze maatschappij is het beschikbaar en betaalbaar houden van kwalitatief hoogwaardige zorg een van de allergrootste uitdagingen. De maatschappij vergriest en ontgroent en medische innovatie maakt steeds meer behandelingen mogelijk. Daardoor stijgt de vraag naar zorg en neemt tegelijkertijd de beschikbaarheid van menskracht om de gevraagde zorg te leveren af. Dat leidt logischerwijs tot steeds hogere kosten; een probleem waarmee iedere welvaartsstaat op dit moment kampt.

Gelukkig lukt het in Nederland steeds beter om de balans te vinden tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardige zorg in de curatieve zorg. Dat is voor een groot deel te danken aan de Zorgverzekeringswet, een wet waarmee enerzijds wordt geregeld dat een zeer brede basisverzekering beschikbaar is voor iedereen, arm of rijk, ziek of gezond, en waarmee anderzijds wordt geregeld dat zorgverzekeraars in concurrentie op prijs en kwaliteit de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de beschikbaarheid van de zorg regelen. Het is een wet die heeft geleid tot een uniek stelsel dat positieve aandacht trekt vanuit de hele wereld. Het stelsel is nog niet volmaakt,

maar dankzij het beleid van de minister van Volksgezondheid wordt het wel ieder jaar beter. Ons curatieve zorgstelsel is inmiddels niet voor niets meerdere keren in de Euro Health Consumer Index uitgeroepen tot het beste van Europa. We mogen er trots op zijn en de VVD is dat ook.

Ondanks de internationale lof blijven er in Nederland hardnekkige mythes bestaan over ons curatieve zorgstelsel. Ik noem de mythe dat de zorg in Nederland kapot wordt bezuinigd, de mythe dat de zorg door marktwerking steeds slechter en duurder wordt, de mythe dat het verzekerde pakket steeds kleiner wordt en tot slot de mythe dat ons curatieve zorgstelsel leidt tot tweedeling in de zorg. Zoals meestal met mythen het geval is, zijn het allemaal fabels. Ik zal ze een voor een ontkrachten. Ik wil met de laatste mythe beginnen: het zorgstelsel leidt tot tweedeling in de zorg. Tot de invoering van de basisverzekering kende Nederland een tweedeling in de zorg, of eigenlijk een driedeling, ziekenfonds, particulier en de standaardpakketpolis. Particuliere polissen waren veel duurder dan ziekenfondspolissen, maar het was algemeen bekend dat particulier verzekerden een streepje voor hadden bij zorgverleners. Bijvoorbeeld huisartsen en tandartsen die voor ziekenfondspatiënten gesloten waren, namen nog wel particuliere patiënten aan. De ongelukkige die chronisch ziek was en zich particulier moest verzekeren, was veroordeeld tot de peperdure en uitgekledde standaardpakketpolis.

Wie vandaag de dag tweedeling in de zorg wil zien, hoeft niet ver te reizen. In het Verenigd Koninkrijk is de National Health Service voor iedereen beschikbaar, dat moet gezegd. Wie het echter kan betalen, die mijdt de lange wachttijden, de slecht samenwerkende artsen en de smerige NHS-ziekenhuizen en kiest voor een weliswaar dure, maar goede privéliniek. Daarmee verwordt de National Health Service steeds meer tot armenzorg. Tweedeling in de zorg bestaat ook in een land als de Verenigde Staten, waar geen of onvoldoende collectieve arrangementen in de zorg bestaan. Wie via zijn of haar werk een verzekering heeft, heeft geluk, en wie chronisch ziek is, loopt tegen allerhande uitsluitingen aan. Voor wie niet verzekerd is, resteert alleen de hoogstnoodzakelijke calamiteitenzorg.

Nederland kent dit soort tweedelingen sinds de invoering van de basisverzekering niet. De basisverzekering zorgt ervoor dat in Nederland zorg van allerhoogste kwaliteit voor iedereen beschikbaar is, van bijstandsmoeder tot multimiljonair, van chronisch ziek tot kerngezond. De mythe dat de basisverzekering tot tweedeling in de zorg leidt, is daarom pertinent onjuist. De basisverzekering heeft juist een einde gemaakt aan de tweedeling.

Voorzitter. Ik ga verder met het ontkrachten van de volgende mythe, het verhaal dat de zorg in Nederland wordt kapot bezuinigd. Een blik op de begroting leert dat de hoeveelheid geld die naar de zorg vloeit, niet krimpt, maar groeit. Wel is er gelukkig sprake van een trendbreuk in de groei van die kosten. Afgelopen jaar was er voor het eerst sprake van een onderschrijding in plaats van een overschrijding in de zorg. Dat is goed nieuws, en het is voor een groot deel te danken aan het beleid van de minister van Volksgezondheid. Zij heeft ervoor gezorgd dat verzekeraars vrijwel volledig risicodragend zijn geworden, waardoor zij steeds meer geprikkeld worden om stevig te onderhandelen met zorgaanbieders over prijs en kwaliteit van de zorg. De minister heeft het aantal behandelingen waarover deze onderhande-

lingen plaatsvinden, fors uitgebreid, waardoor een steeds groter deel van de zorg op deze manier ingekocht wordt.

Ook verdient de minister een groot compliment voor de hoofdlijnenakkoorden die ze gesloten heeft in de geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg. Dankzij deze akkoorden werken alle belanghebbenden in de zorg, van zorgverzekeraar tot medisch specialist, aan het betaalbaar houden van de zorg. Deze mooie resultaten leiden ertoe dat de toekomstige groei van de zorguitgaven synchroon lijkt te lopen met de economische groei. Van kapot bezuinigen is geen sprake. Door de groei van de zorg in lijn te brengen met de economische groei blijft goede een betaalbare zorg niet alleen komend jaar, maar ook over twintig jaar beschikbaar voor iedereen. Zonder deze nieuwe balans zou de zorg wel kapotgaan, niet vanwege bezuinigingen, maar vanwege een onbetaalbare en onhoudbare groei.

Op naar de derde en de vierde mythe, namelijk dat de zorg in Nederland door de marktwerking steeds slechter en duurder wordt, terwijl het verzekerde pakket steeds kleiner wordt. Om met het eerste deel van de mythe te beginnen: de eerste plaats die Nederland keer op keer in de Euro Health Consumer Index behaalt, toont aan dat het met de kwaliteit van de Nederlandse zorg meer dan goed zit. De mythe dat de kwaliteit door marktwerking terug zou lopen, heeft daarom geen enkele grond.

Blijft over het verhaal dat de marktwerking de zorg steeds duurder maakt, terwijl het pakket steeds verder wordt uitgekled. Ook dat is aantoonbaar niet juist. De premie van de basisverzekering is vorig jaar niet gestegen. Voor 2014 wordt over de hele linie een significante premieverlaging verwacht. De kosten stijgen niet langer, ze dalen juist, en dat terwijl het verzekerde pakket de afgelopen jaren in tegenstelling tot wat door velen steeds wordt beweerd, niet kleiner is geworden, maar juist spectaculair is gegroeid. Denk alleen al aan de toevoeging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg ter waarde van ruim 4 miljard. Het stelsel heeft die extra kosten min of meer geabsorbeerd, zonder dat wij daar in de premie veel van gemerkt hebben. De curatieve zorg is van hoge kwaliteit en betaalbaar. Het verzekerde pakket wordt ieder jaar uitgebreid met nieuwe, innovatieve behandelingen, mede dankzij de gereuleerde marktwerking die deel uitmaakt van het stelsel. Wie verstandig is, zou de marktwerking daarom niet langer moeten verketteren, maar juist omarmen, zelfs als het ideologisch wellicht een beetje zwaar valt.

Mevrouw **Klever** (PVV):

De heer Rutte houdt een geweldige lofzang op ons zorgstelsel. Wat hij er niet bij vertelt, is dat de premie voor de basisverzekering sinds 2006 honderden euro's omhoog is gegaan. Er ligt 2,7 miljard aan buffers bij de zorgverzekeraars, bovenop het minimumvereiste van de Nederlandse Bank. Bovendien hebben de zorgverzekeraars ook nog eens 1,4 miljard winst gemaakt. De premie kan dus honderden euro's omlaag. Wat vindt de heer Rutte daarvan?

De heer **Rutte** (VVD):

Zoals ik net al zei, vorig jaar zijn de premies niet gestegen. Dit jaar dalen ze significant. Dat is toch wel bijzonder als je ziet hoeveel zorg er wordt geleverd en hoeveel nieuwe innovatieve behandelingen steeds maar weer aan het pakket worden toegevoegd. Zeker, bij de invoering van het stelsel

hebben wij premiestijgingen gekend. Ik kom daar later op terug. Ons stelsel is nog niet perfect, maar je ziet wel dat met de jaren de zorgverzekeraars hun rol steeds beter beginnen te spelen, door scherp in te kopen op prijs en kwaliteit. Je kunt nu stellen dat de juiste balans meer en meer wordt gevonden. Daar ben ik heel tevreden mee.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Ik heb het er met de minister ook al eens eerder over gehad: de Consumentenbond heeft berekend dat de premie met minimaal €300 naar beneden kan. Wat vindt de heer Rutte daarvan? Nu gaan de premies omlaag met €90 à €100. Dat is nog niet een derde van het bedrag waarmee ze naar beneden zouden kunnen gaan.

**De heer Rutte (VVD):**

Verzekeraars hebben buffers en die moeten zij ook hebben. Verzekeraars moeten bestand zijn tegen stevige klappen. Wij vragen steeds meer van ze en zij dragen steeds meer verantwoordelijkheid voor steeds meer zorg, want het pakket wordt steeds groter. Die buffers horen er dus bij. Ik weet dat de Consumentenbond er wat gemakkelijk over denkt en zegt: room maar af, dan kan de premie omlaag. Ik voel daar niet voor. Ik vind dat verzekeraars verstandig beleid moeten voeren. Daar waar de ruimte er is, moeten de premies omlaag. Mij dunkt, dat gebeurt volgend jaar. De Consumentenbond schiet hierin echter door.

Voorzitter. Het enthousiasme van de VVD betekent niet dat wij vinden dat er niets meer verbeterd hoeft te worden. Integendeel. Juist omdat wij zo geloven in het stelsel, zijn wij scherp op zaken die beter kunnen en beter moeten. Ik noem vijf punten en zie uit naar de reactie van het kabinet op deze punten.

Het eerste punt betreft resultaatbekostiging. Op dit moment vindt de inkoop van zorg plaats op basis van prestatiebekostiging. Daarmee worden artsen betaald naar de inspanning die zij leveren. Waar wij echt naartoe moeten, is resultaatbekostiging. Daarmee wordt niet langer de inspanning van de arts beloond, maar het resultaat van de behandeling. Betalen naar resultaat is moeilijker dan betalen naar de geleverde inspanning. Dit komt met name doordat er nog geen of onvoldoende consensus bestaat over de wijze waarop die resultaten omschreven moeten worden en hoe ze vervolgens gemeten moeten worden. Dat gebrek aan consensus bestaat echter al jaren. De minister heeft een aantal proeftuinen in het leven geroepen. De VVD hoopt dat die snel tot resultaat komen, maar vindt het echt van groot belang dat zo snel mogelijk de stap van prestatiebekostiging naar uitkomstbekostiging wordt gezet. Wij snappen dat dit een moeizame weg is, maar wij willen in ieder geval op korte termijn de eerste resultaten zien. Welke concrete resultaten mogen wij in 2014 verwachten en welke concrete stappen kan en wil de minister zetten om dit proces waar mogelijk te versnellen?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Evenals de VVD vind ook ik dat de uitkomstbekostiging echt een stap vooruit is. Mijn collega Smilde heeft daarover in 2012 een motie ingediend. Drie weken geleden is er een zeer uitgebreide brief van de minister verschenen waarin

die stappen worden aangekondigd. Wat is eigenlijk uw oordeel over die brief?

**De heer Rutte (VVD):**

Het is zeker waar dat er stappen worden gezet en mijn vraag is dan ook of het mogelijk is om dingen nog sneller te doen. Het is een traject dat al jaren loopt. Hoe meer snelheid we kunnen maken, hoe beter. Het is fijn dat de CDA-fractie op dat punt aan mijn kant staat.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Er ligt inderdaad een enorme kans om te versnellen. De minister stelt in haar brief voor om prestatie-eenheden op te nemen in de eerste lijn. Dat laat zij echter facultatief. Is het niet veel beter om dat voor een klein deel van die prestaties voor gezondheidswinst al te gaan doen? De heer Rutte zegt dat het een keer echt moet gebeuren omdat we anders nooit tot snelle resultaten komen. Wat vindt de heer Rutte daarvan?

**De heer Rutte (VVD):**

Ik heb daarover niet direct een oordeel. Ik ben in het algemeen voor elke stap die ertoe kan leiden dat we versneld tot resultaatbekostiging komen. Als dit een stap is die wij kunnen zetten, dan vindt mevrouw Bruins Slot mij aan haar kant.

Ik kom op procesinnovaties en e-health. Ons zorgverzekeringstelsel is een open systeem waarin nieuwe, innovatieve behandelingen redelijk makkelijk kunnen instromen. Dat is een groot goed, want daardoor blijft de zorg in ons land op het allerhoogste niveau. Aan de ene kant geven wij nieuwe behandelingen een plek in het systeem. Het is belangrijk om aan de andere kant een structurele plek te geven aan de innovatie waarmee bestaande werkwijzen worden vereenvoudigd en slimmer en goedkoper worden gemaakt. Denk bijvoorbeeld aan de ontwikkelingen in e-health. Hoewel her en der bemoedigende eerste stappen worden gezet, bijvoorbeeld met e-mental health, sterven e-health-ontwikkelingen nog te vaak na een tweejarige projectfase een vroegtijdige dood, ook al staat vast dat hiermee veel fysieke zorg vervangen zou kunnen worden. Dat is een gemis voor de patiënt die hierdoor verstoken blijft van laagdrempelige goede zorg op momenten dat die hem of haar het beste uitkomt. Ook is het een gemis voor de premiebetaler omdat de oude, dure werkwijze niet vervangen wordt door een kosteneffectieve nieuwe werkwijze. De VVD vindt het essentieel dat dit soort procesinnovaties structureel deel gaan uitmaken van de zorg. Kan de minister aangeven op welke manier zij eraan kan bijdragen dat noodzakelijke procesinnovaties vaste voet krijgen aan de Nederlandse zorggrond?

Mijn derde punt betreft de contractduur van zorgverzekeringen. Bij de introductie van de Zorgverzekeringswet is ervoor gekozen om contracten één jaar te laten duren zodat iedereen ieder jaar opnieuw kan overstappen. Op die manier ontstaat dynamiek in de markt en worden zorgverzekeraars scherp gehouden zodat zij goed letten op zowel kosten als kwaliteit. We zien de laatste jaren dat die dynamiek ook steeds weer ontstaat. Het aantal overstappers groeit en dat is goed. Tegelijkertijd hebben jaarcontracten nadelen. Met meerjarige contracten wordt het voor zorgverzekeraars

mogelijk om langjarige contracten met zorgaanbieders aan te gaan. Dat zou voor beide partijen voordeel kunnen opleveren. Van dat voordeel kan vervolgens ook de patiënt profiteren. Verder zouden meerjarige contracten het voor zorgverzekeraars lonender kunnen maken om meer te investeren in preventie.

**Mevrouw Leijten (SP):**

We weten dat er vorig jaar 451 miljoen euro is uitgegeven in het hele overstapcircus. Vindt de heer Rutte dat een zegening van de marktwerking en de zorgverzekeringsmarkt of vindt hij dat verspilling?

**De heer Rutte (VVD):**

Een flauw antwoord zou zijn dat ook die 451 miljoen euro een investering in onze economie is. Dat is een beetje in de lijn met de wijze waarop zij over de zorg denkt: al het geld dat erin gaat, is een investering in de economie. Dat zal ik hier echter niet zeggen. Van de hoogte van die uitgave kun je van alles vinden, maar uiteindelijk is het nodig dat mensen in dat systeem overstappen. Daarmee worden de verzekeraars scherp gehouden en wordt ervoor gezorgd dat zij scherp blijven letten op zowel kosten als kwaliteit. Het is een soort noodzakelijk kwaad om de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt te houden zodat de zorgverzekeraar zijn rol namens ons goed kan vervullen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik merk op dat de VVD zich neerlegt bij 451 miljoen aan kosten voor reclames, vriendjes en acquisitie. Voor het hele overstapcircus van verzekeraar a naar verzekeraar b wordt een bedrag betaald dat hoger is dan de bezuiniging van volgend jaar op de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en psychiatrische patiënten. De VVD noemt dat een onderdeel van het systeem: 451 miljoen. Dat mag volgens de VVD wel uitgegeven worden. Dan heb je je prioriteiten inderdaad heel helder.

**De heer Rutte (VVD):**

Het is ontzettend belangrijk dat mensen in dat systeem ieder jaar opnieuw kritisch kijken naar waar zij verzekerd willen zijn. Uiteindelijk gaan wij niet over de hoogte van die marketingkosten. De verzekeraars bepalen die zelf. De verzekeraar kan er ook voor kiezen om minder te steken in marketing en te kijken of hij daarmee iets kan doen in de premie. Die afweging maken verzekeraars gewoon zelf. Het is essentieel dat de dynamiek in de markt blijft.

De VVD vraagt de minister te onderzoeken wat de voor- en nadelen zijn van de introductie van meerjarige contracten in de Zorgverzekeringswet. Alleen als wij een goed inzicht hebben in de voor- en de nadelen kunnen wij tot een definitieve afweging komen over de wenselijkheid, of juist onwenselijkheid, van dergelijke contracten. Ik hoor hier graag een reactie van het kabinet op.

De aanleiding voor mijn vierde punt is een zaak waarin de rechter vorige week uitspraak deed, namelijk de zaak-Heringa. In 2008 verleende Albert Heringa zijn stiefmoeder Moek hulp bij zelfdoding. Moek representeert een groep mensen in Nederland die hun leven voltooid achten, maar niet binnen de eisen van de euthanasiewet vallen. Naar

aanleiding van deze zaak vraagt de VVD het kabinet een verkenning uit te voeren naar de maatschappelijke dilemma's en juridische mogelijkheden rondom hulp bij zelfdoding voor deze groep. De vraag daarbij is of er mogelijkheden zijn en, zo ja, welke dat zijn.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

De VVD vraagt het kabinet hoe het tegenover het voorstel staat om een commissie van wijzen te laten onderzoeken of eventueel verruiming of aanpassing van de regelgeving nodig is. Volgens mij is het antwoord al klip-en-klaar. Vandaag was in de media te lezen dat de minister van Volksgezondheid heeft gezegd een commissie van wijzen in te willen stellen, waarbij zij min of meer op voorhand de uitkomst van de discussie definieert door te zeggen: "De maatschappij wil meer dan de regels toestaan". Ik vraag de vertegenwoordiger van de VVD hoe hij deze uitspraak van de minister kwalificeert en of hij het met mij eens is dat hiermee een voorschot wordt genomen op een discussie die nog helemaal moet worden gevoerd.

**De heer Rutte (VVD):**

De VVD wil absoluut op geen enkele discussie een voorschot nemen. Daarom vragen wij om een onderzoek. Wij nemen ook absoluut geen voorschot op de inhoud van de uitkomst van dat onderzoek. Wij willen juist dat het goed gebeurt en dat er goed naar wordt gekeken. Vervolgens bezien wij aan de hand van die uitkomst wat wij daarvan vinden, als fractie. Ik neem dus nergens een voorschot op.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik ben blij met dit heldere antwoord van de VVD. Laat duidelijk zijn dat een commissie van wijzen niet onze voorkeur heeft. Ik begrijp nu dat de VVD niet vooruit wil lopen op de uitkomsten van het onderzoek van die commissie en daarmee de uitspraken van de minister van Volksgezondheid wat te voorbarig vindt.

**De heer Rutte (VVD):**

Ik ga niet over de uitspraken van de minister. Dat moet mevrouw Dik straks even aan de minister zelf vragen. Ons standpunt is helder, namelijk dat wij graag willen dat dit wordt onderzocht. Daarna gaan wij de uitkomst van dat onderzoek op haar merites beoordelen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

De minister heeft natuurlijk een goed signaal afgegeven, want er is heel veel discussie naar aanleiding van de zaak-Heringa en andere zaken. Het is dan heel erg logisch om een onderzoek te doen. Als je vindt dat er geen discussie nodig is en dat het allemaal goed is, hoef je ook geen onderzoek te doen. De VVD-fractie bepleit hier een onderzoek. Ik vat dat op als dat zij van mening is dat de maatschappelijke ontwikkeling daar aanleiding toe geeft. Ik zou graag iets meer van de VVD willen horen over de vragen die volgens haar onderzocht zouden moeten worden.

**De heer Rutte (VVD):**

Volgens mij heb ik het redelijk duidelijk neergelegd. Wij willen een verkenning naar de maatschappelijke dilemma's

en de juridische mogelijkheden rondom hulp bij zelfdoding voor de groep mensen die zeggen dat hun leven voltooid is. De uitkomsten daarvan zullen wij te zijner tijd apart moeten wegen, zoals ik al heb gezegd. Er zit altijd spanning tussen het zelfbeschikkingsrecht enerzijds en de bescherming van kwetsbaar leven anderzijds. Wij maken dan altijd een heel consciëntieuze afweging. Daar neem ik op dit moment geen enkel voorschot op.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Zo'n onderzoek doe je niet als je vindt dat het allemaal al prima is. Ik kan mij voorstellen dat de gedoogpartners van de christelijke zijde van mening zijn dat dit onderzoek er helemaal niet hoeft te komen omdat er niets moet veranderen aan de euthanasiewet, althans niet in de richting zoals GroenLinks en wellicht andere partijen dat zouden zien. Als de heer Rutte zegt dat de maatschappelijke dilemma's in kaart moeten worden gebracht, moet hij ook een heldere opdracht meegeven aan de minister. Dan moet hij zeggen om welke vragen, om welke kwesties, het zijn fractie gaat. Ik vind toch dat de VVD niet kan zeggen dat er even een onderzoek moet worden gedaan. Zij moet dan ook een aantal heldere onderzoeksvragen meegeven aan de minister.

**De heer Rutte (VVD):**

Mevrouw Voortman en ik worden het niet eens. Volgens mij heb ik heel duidelijk gezegd wat de VVD wil laten onderzoeken. Wij wachten de uitkomsten van dat onderzoek af.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Ik zag de minister net al even nee schudden toen een interpretatie van haar woorden werd gegeven, dus ik stel voor dat we die discussie met de minister zelf voeren. Het lijkt mij echter wel goed als de VVD-fractie nog een nadere toelichting geeft op de plannen. Want in de media lijkt het erop dat het hierbij alleen maar kan gaan om verruiming en om oprekking van de wettelijke normen. Kan deze discussie ook leiden tot de conclusie dat we juist heel erg moeten oppassen en dat we de huidige regels juist heel strak moeten handhaven?

**De heer Rutte (VVD):**

Ik heb het niet gehad over het oprekken van bestaande wettelijke normen. Ik heb juist gezegd dat er wettelijke normen zijn. Die staan vast en daar moeten we op dit moment niet aankomen. We willen wel laten onderzoeken wat de positie is van deze mensen, die klaar zijn met het leven. Dit valt niet binnen de bestaande wetgeving. Daarom moeten we dit apart onderzoeken. De uitkomsten van dat onderzoek zullen we te zijner tijd op hun merites beoordelen. We moeten dan beoordelen of — ik zei het zojuist al — onze twee thema's wel of niet in balans kunnen worden gebracht.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Zegt de VVD daarmee dat zo'n onderzoek, als het plaatsvindt, er niet toe mag leiden dat er een vrijbrief komt voor praktijken die nu eventueel zouden plaatsvinden in strijd

met de wettelijke regels? Vindt de VVD dat we de nu geldende regels gewoon moeten handhaven?

**De heer Rutte (VVD):**

Die regels zijn er gewoon. Dit thema speelt maatschappelijk. Daarom willen we dit apart laten onderzoeken. Als dat onderzoek klaar is, willen we bekijken wat we met de uitkomsten gaan doen.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Er is al een paar keer gevraagd wat dat onderzoek precies zou moeten behelzen. De heer Rutte heeft daar een antwoord op gegeven. We hebben in de Kamer het Burgerinitiatief voltooid leven behandeld. Daaronder stonden toch zo'n 140.000 handtekeningen. Is de heer Rutte ook van plan om aan dit idee een termijn te koppelen? Een onderzoek van wijze mannen kan immers wel jaren gaan duren, terwijl dit onderwerp enorm speelt in de samenleving. Ik ben bovendien bezig met die wetgeving rond voltooid leven. Ik zou het heel jammer vinden als we nu alles voor een aantal jaren on hold zetten.

**De heer Rutte (VVD):**

Mevrouw Dijkstra heeft gelijk als zij zegt dat dit thema op dit moment in de samenleving speelt. Ik vraag niet om dit onderzoek met de bedoeling om dit nog jaren te traineren. Ik wil juist een helder inzicht krijgen, om op basis daarvan ons standpunt definitief te kunnen bepalen.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Aan welke termijn denkt de heer Rutte daarbij?

**De heer Rutte (VVD):**

Ik ga hier niet over termijnen spreken. Ik wacht het antwoord van de minister in dezen af.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Via de procedurevergadering is het verzoek van de VVD-fractie al tot ons gekomen. Het is eigenlijk heel duidelijk wat die fractie wil. Men wil een onderzoek naar de vraag of er juridische mogelijkheden zijn en, zo ja, welke, om aan de stervenswens van iemand die zijn leven voltooid acht en die niet binnen de euthanasiewet valt, tegemoet te komen. Ik vind dit een nogal digitale benadering van dit op zich belangrijke maatschappelijke onderwerp. Kan de VVD-fractie zich ook voorstellen dat er iets anders uit dat onderzoek komt dan alleen dat de euthanasiewet moet worden aangepast? Een uitkomst zou bijvoorbeeld de vraag kunnen zijn, hoe we deze mensen kunnen ondersteunen.

**De heer Rutte (VVD):**

Ik neem op de uitkomst van dat onderzoek geen enkel voorschot. Ik weet niet wat er uitkomt, dus ik kan nu ook heel moeilijk zeggen of er andere mogelijkheden zijn. De discussie daarover moeten we gaan voeren als de resultaten van het onderzoek beschikbaar zijn.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):

Ik las zojuist de tekst voor die een collega van de heer Rutte al heeft rondgestuurd. Ik vind dat een vrij digitale benadering van dit onderwerp. Is het mogelijk dat dit onderzoek veel breder is dan wat ik zojuist voorlas? Kan dat de uitkomst zijn als we hierover spreken tijdens de procedurevergadering? Kan dat onderzoek ook gewoon gaan over de vraag hoe je mensen kunt steunen die tegen deze situatie aanlopen?

De heer **Rutte** (VVD):

Volgens mij is de vraag die de VVD stelt helder. Dat zei mevrouw Keijzer zelf ook al. Dat is het thema dat we willen laten onderzoeken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het laten doen van zo'n onderzoek vindt mijn fractie een zeer goed idee van de VVD. Dit thema speelt enorm. Dit is een maatschappelijk gevoelig onderwerp waar volgens mij de politiek geen besluiten over moet nemen. Daarom is zo'n commissie hartstikke goed. Wat zijn de ideeën van de heer Rutte over de samenstelling van die commissie? Mevrouw Dijkstra van D66 had het over wijze mannen. Naar ik aanneem, bedoelt zij dat het daarbij gaat om mannen en vrouwen. Wij vinden voldoende draagvlak en een brede commissie belangrijk. Kan de heer Rutte daarop ingaan?

De heer **Rutte** (VVD):

Daar kan ik mij bij aansluiten, maar ik vind niet dat ik hier als Kamerlid moet zeggen hoe de samenstelling van die commissie precies moet zijn. Het moet echter een afgewogen commissie zijn, met een samenstelling die breed genoeg is om adequaat te kunnen antwoorden op deze vraagstelling.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dijkstra hebben we in dit rondje al gehad, dus u kunt continueren. Tenzij zij iets over de orde wil zeggen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik mag niet nog een keer, begrijp ik?

De **voorzitter**:

Nee.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik dacht dat er geen afspraken waren gemaakt.

De **voorzitter**:

De afspraak is altijd dat we binnen een rondje mensen niet twee keer aan het woord laten. U continueert, mijnheer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Het laatste punt waarvoor ik aandacht wil vragen, zijn vaccins die niet worden opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. Nederland kent dankzij dat Rijksvaccina-

tieprogramma een prachtige vaccinatie traditie met een hoge vaccinatiegraad. Dat programma heeft samen met de eerdere invoering van het rioleringsstelsel de grootste preventieve gezondheidswinst ooit gebracht. Het is goed om het Rijksvaccinatieprogramma te koesteren en te onderhouden. Soms worden nieuwe vaccins toegevoegd omdat ze aan de doelstellingen van dat programma voldoen, maar tegelijkertijd zijn er ook goede en veilige vaccins die het programma niet halen. Ik kan hier drie voorbeelden van noemen: vaccins tegen gordelroos, longontsteking en waterpokken. Dat zijn prima vaccins die door het niet halen van het Rijksvaccinatieprogramma de Nederlander momenteel niet bereiken. De VVD vindt dat jammer, omdat we hiermee gezondheidswinst laten liggen.

De Gezondheidsraad gaf in zijn advies van 3 oktober jongstleden eveneens aan dat Nederland door de gebrekkige toegang van de cliënt tot vaccins gezondheidswinst laat liggen. De Gezondheidsraad pleit daarom voor één beoordelende instantie voor het gehele spectrum van de vaccinatiezorg. Ook vindt de Gezondheidsraad dat het RIVM het publiek over alle toegelaten vaccins zou moeten voorlichten. De VVD wil graag van de minister weten op welke manier het mogelijk is om goedgekeurde vaccins die niet tot het Rijksvaccinatieprogramma worden toegelaten, tegen eigen betaling beschikbaar te krijgen voor Nederlanders die op deze manier zelf in hun gezondheid willen investeren.

Mevrouw **Klever** (PVV):

De heer Rutte pleit ervoor, een aantal vaccins toe te laten tot de markt vanwege de gezondheidswinst. Wil hij die vaccins voor iedereen beschikbaar maken of wil hij die alleen voor de mensen met een dikke portemonnee beschikbaar maken?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik wil deze vaccins beschikbaar maken voor die mensen die zo'n vaccin voor zichzelf willen aanschaffen. We hebben het Rijksvaccinatieprogramma. Daarin wordt steeds een afweging gemaakt welk vaccin voor iedereen beschikbaar en essentieel is. Daar is een heel toetsingskader voor. Daar doe ik niets aan af, want dat is ontzettend belangrijk. Er zijn echter goede vaccins die die toets niet halen, maar die wel veilig zijn en die effectief zijn, maar waarvan bijvoorbeeld de gezondheidswinst voor een te kleine groep is, waardoor ze niet in het Rijksvaccinatieprogramma terechtkomen. Op dit moment vallen die vaccins eigenlijk tussen wal en schip. Nederlanders hebben er geen weet van, maar zouden die in principe via hun huisarts kunnen aanschaffen. Maar omdat ze dat niet weten, doen ze dat niet. Ik heb het over die groep.

Mevrouw **Klever** (PVV):

Als de heer Rutte ervan overtuigd is dat die vaccins gezondheidswinst opleveren, dan ga ik ervan uit dat hij pleit om ze op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma, zodat die voor iedereen beschikbaar zijn. Hij wil ze nu alleen tegen betaling beschikbaar stellen, zodat een hele grote groep Nederlanders weer buiten de boot valt. Hij had het er net over dat wij geen tweedeling hebben in de zorg, maar dit is nu juist een voorbeeld waarbij hij tweedeling gaat creëren. Alleen mensen die het kunnen betalen, mogen



zo'n vaccin aanschaffen. Als je het niet kunt betalen, is het jammer, maar dan is er geen gezondheidswinst voor jou.

De heer **Rutte** (VVD):

Mevrouw Klever doet nu net alsof wij hier een soort gezondheidsverlies zouden inboeken als we deze vaccins tegen betaling beschikbaar stellen. Dat is geenszins het geval. We hebben al een Rijksvaccinatieprogramma. Daar komen nog steeds net zo veel vaccins in. Daar gaat het niet om. Het gaat om die vaccins die de toets van het Rijksvaccinatieprogramma niet halen. Dat kunnen goede en veilige vaccins zijn en die willen wij beschikbaar stellen voor die mensen die daarmee voor eigen rekening zouden willen investeren in hun eigen gezondheid.

Voorzitter. Ik ben klaar met mijn betoog en ik verzoek u het woord te geven aan mijn collega Van 't Wout.

De **voorzitter**:

U hebt nog wat tijd over, maar des te beter. Mevrouw Voortman heeft echter nog een vraag.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik dacht dat misschien in een van de vijf punten die de heer Rutte aan de orde stelt, het belang van transparantie aan de orde zou komen. De minister heeft deze week laten weten dat patiënten voortaan een gespecificeerde nota krijgen, waarop precies wordt aangegeven wat de zorg die ze hebben gekregen, heeft gekost. Ik zou het echter interessant vinden als er ook meer aandacht zou komen voor transparantie vooraf, dus meer aandacht voor open data in de zorg. Hoeveel behandelingen worden er per zorgaanbieder aangeboden? Wat vragen zorgaanbieders voor een bepaalde behandeling? Wat zou de VVD daarvan vinden?

De heer **Rutte** (VVD):

De VVD heeft altijd gepleit voor transparantie in de zorg. Dat geldt dus ook voor deze vormen van transparantie. Daar hebben wij dus niets op tegen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Dank u wel.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik hoor de heer Rutte spreken over procesinnovaties ten aanzien van de resultaatskosten en over langere contracten. Ik heb de VVD-fractie volledig gemist bij twee debatten die wij gevoerd hebben over de gevolgen van het eigen risico voor mensen die zorg mijden. Omdat ik toen geen vragen kon stellen aan de VVD omdat zij die debatten blijkbaar niet belangrijk vond, doe ik dat nu. Van de huisartsen voert 94% dagelijks een gesprek met mensen over de vraag of zij de zorg die nodig is, wel kunnen betalen. De VVD vond het niet belangrijk om daarover een debat te voeren. Mag ik daaruit concluderen dat de VVD het eigenlijk geen probleem vindt als mensen zorg mijden omdat die hen te veel kost?

De heer **Rutte** (VVD):

De VVD vindt het belangrijk dat mensen inzicht hebben in de kosten van zorg en keer op keer een afweging maken of zij het echt nodig vinden om naar de dokter te gaan of niet. Dat willen wij.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ja, maar dat is toch nog een beetje vaag, hè? De VVD vindt het goed als je de afweging maakt dat je het echt heel nodig vindt om een total bodyscan te krijgen en daarna bijvoorbeeld een beroep doet op het basispakket. Als mensen zich echter niet laten doorverwijzen door de huisarts om financiële redenen, vindt de VVD dat eigenlijk ook goed. Dat is een raar antwoord. Vindt de VVD echt dat het prima is als mensen afzien van zorg omdat zij die niet kunnen betalen? Ja of nee? Of kan ik met de VVD afspreken dat wij de verkeerde weg opgaan als mensen afzien van zorg omdat zij die niet kunnen betalen? Dat is immers nooit de bedoeling geweest van welk verzekeringsstelsel in Nederland dan ook.

De heer **Rutte** (VVD):

De aanname dat mensen afzien van zorg omdat zij die niet kunnen betalen, deel ik niet. De beste zorg in Nederland is voor iedereen beschikbaar. Vorig jaar is weliswaar het eigen risico verhoogd, maar die verhoging is direct teruggegeven in de vorm van de zorgtoeslag, die met hetzelfde bedrag is verhoogd. Wat dat betreft is er helemaal niets veranderd. Als mensen moeite hebben om rond te komen — dat gebeurt; er zijn mensen die moeite hebben om boodschappen te doen — dan pleit ik op zo'n moment ook niet direct voor een hervorming van het supermarktstelsel. Dat is een beetje in de lijn van de manier waarop de SP denkt.

□

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Voorzitter. Het stelsel van de langdurige zorg in Nederland is failliet. Mensen hebben geen flauw benul van de kosten van de zorg. Het grootste gevaar voor de hervorming van de langdurige zorg is dat Den Haag weer allerlei regeltjes, schotten en voorschriften gaat opleggen. De hervorming van de langdurige zorg biedt enorme kansen om af te komen van bureaucratie, productieprikkel en om echt te werken aan ontzorgen. Wij hebben mantelzorg of vrijwilligers liever voor hulp in de huishouding dan bij het wassen. Wie zegt dat mensen op straat komen te staan, maakt mensen onnodig bang. Dit zijn citaten uit allerlei gesprekken die ik de laatste tijd met veel mensen in de zorg voerde. Het zijn citaten waar ik mij goed in kan vinden.

Ik zie dat het draagvlak voor de noodzakelijke hervorming van de zorg groeit. Of het nu gaat om cliënten, professionals, bestuurders, wethouders of mensen die nog helemaal geen beroep doen op zorg maar wel de premie moeten betalen, het besef dat wij iets moeten veranderen, neemt hand over hand toe. Stilstand betekent in de langdurige zorg niet alleen achteruitgang, maar ook een verdere groei van de kosten. Dat kunnen wij ons niet permitteren.

Tijdens dit debat behandelen wij de begroting voor 2014. Dat is een relatief rustige begroting. Dat is logisch, omdat de echt grote hervormingen in de zorg in 2015 zullen ingaan en vooral ook omdat het kabinet in 2013 al ontzettend veel

werk heeft verzet met name ten aanzien van het vergroten van het draagvlak voor de noodzakelijke hervormingen.

Na het verschijnen van het regeerakkoord ging het kabinet hard aan de slag om in breed overleg met werkgevers, werknemers, patiëntenorganisaties, gemeenten en andere betrokkenen het regeerakkoord verder uit te werken. Dat resulteerde allereerst in het zorgakkoord. Alle werkgevers en op een na alle vakbonden vonden elkaar en het kabinet in de noodzaak tot hervormen. Een aantal maatregelen uit het regeerakkoord werd aangepast, zoals de korting op de huishoudelijke hulp. Omdat de sector bereid was om deze grotendeels zelf te financieren, bleef ook het streven naar houdbare financiën voor de zorg in stand. Dat was weer een belangrijke stap in het verder vergroten van het draagvlak voor de hervormingen.

Vervolgens presenteerde de staatssecretaris zijn hoofdlijnenbrief, waarover wij in de Kamer uitgebreid en goed gedebatteerd hebben. Overigens is deze hoofdlijnenbrief voorafgegaan door een uitgebreide hoorzitting in de Tweede Kamer, waarin eigenlijk iedereen, met allerlei eigen wensen en op details eigen meningen, aangaf dat er vanwege kwaliteit en kosten iets moet veranderen in de langdurige zorg. In de hoofdlijnenbrief en het debat daarover is een aantal belangrijke stappen gezet, niet in de laatste plaats de stap van de VVD en D66 om een motie in te dienen om de middelen in het sociale domein straks ongeoormerkt en zonder schotten over te hevelen naar gemeenten. Ook bij dit debat gaven veel partijen binnen en buiten de Kamer aan dat zij de noodzaak tot hervormen en moderniseren zien.

Voorts werd het Herfstakkoord gesloten. Bij dat akkoord stak een aantal oppositiepartijen hun nek uit om Nederland financieel gezond te houden en te zorgen dat het prille economische herstel van ons land niet verstoord wordt door politieke onrust of nieuwe verkiezingen. Daarvoor verdienen zij lof. Dit akkoord heeft daarmee ook voor de zorg een grote betekenis. Willen wij nu en in de toekomst goede zorg kunnen bieden aan iedere Nederlander die dat nodig heeft, dan zullen wij het geld daarvoor eerst moeten verdienen. In dat akkoord staan ook extra bezuinigingen op de langdurige zorg. De VVD vindt die verdedigbaar. Nog altijd geeft ons land in totaal 20 miljard euro per jaar meer uit dan er binnenkomt. Overigens moeten bezuinigingen in het zorgdossier altijd wel van de nodige aanhalingstekens worden voorzien. Immers, over vier jaar geven wij nog steeds ruim 27 miljard euro uit aan langdurige zorg. Daarmee zijn wij wereldkampioen kosten.

Na het Herfstakkoord werd in deze Kamer met brede steun de nieuwe Jeugdwet aangenomen. Deze wet moet nog naar de Eerste Kamer, maar ik beschouw het toch als een belangrijk signaal dat er een brede meerderheid in deze Kamer was. Met deze wet lijkt een van de eerste grote drie decentralisaties, jeugd, zorg en werk, een feit te zijn.

Ondanks de relatieve rust in de begroting is er in 2013 juist het nodige gebeurd. Sterker nog, die relatieve rust is te danken aan de inzet in 2013. Hopelijk — 2013 is immers nog niet voorbij — kunnen we snel starten met de behandeling van de twee grote wetten die de hervormingen in de langdurige zorg concreet moeten maken: de nieuwe Wmo en de nieuwe AWBZ.

De nieuwe wetten en de hervormingen bieden enorme kansen. Ze bieden kansen om verkeerde prikkels uit het huidige systeem te halen, om de kosten omlaag en de kwaliteit omhoog te brengen, om mensen waar mogelijk minder afhankelijk te maken van de overheid, om innovatie, ondernemerschap, echte solidariteit tussen mensen en vakmanschap voluit de ruimte te geven, om mensen langer thuis te laten wonen en om zorg en wonen niet automatisch meer onlosmakelijk met elkaar te verbinden. Die kwaliteitsimpuls hebben we nodig en die ontwikkeling sluit aan bij wat mensen willen.

Mijn collega Rutte gaf al aan dat ons stelsel van curatieve zorg internationaal wordt bewonderd en hoog scoort op de goede lijstjes. De ambitie van de VVD is dat over vijf jaar andere landen bij ons komen kijken hoe wij het in Nederland voor elkaar hebben gekregen om de langdurige zorg beter en houdbaar te maken in een stelsel waarin de mens centraal staat en niet het systeem, de instelling of de manier van bekostiging en dat de kosten onder controle weet te houden, zodat we ook over tien en twintig jaar goede zorg kunnen leveren. Van het verkeerde lijstje van "wereldkampioen kosten" moeten wij naar het goede lijstje van "wereldkampioen kwaliteit en betaalbaarheid".

Naast de grote wetten die op ons afkomen, zijn voor de VVD een aantal zaken cruciaal waaraan ook in 2014 vorm zou kunnen en moeten worden gegeven. Het eerste punt is het geven van inzicht aan de cliënten in de kosten van de langdurige zorg. Veel mensen in Nederland hebben geen idee wat de zorg kost of wat zij daar zelf voor betalen. Ook wie gebruikmaakt van langdurige zorg, heeft vaak geen zicht op de kosten die voor hem of haar gemaakt worden. De VVD vindt dit vreemd en onwenselijk. De zorg is de grootste begrotingspost van ons land. Dat alleen al vraagt om meer bewustzijn van mensen om de discussie over de hervormingen in het juiste perspectief te plaatsen. Ik vind het ook vreemd dat we, als we zeggen dat de cliënt centraal moet staan, de cliënt deze informatie niet geven. Die informatie kan volgens de VVD bovendien een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de positie van de cliënt, of het nu gaat om de eisen die men stelt aan de kwaliteit van de zorg die men ontvangt, of om het tegengaan van fraude en verspilling. De VVD vraagt de staatssecretaris om zo snel mogelijk met een plan naar de Kamer te komen om ook mensen in de langdurige zorg een overzicht van de kosten te laten geven. Ik begreep uit Nieuwsuur van afgelopen zaterdag overigens dat ook D66 plannen in die richting heeft.

**Mevrouw Leijten (SP):**

We hebben hier vaak discussies gehad over bureaucratie in de zorg. Ik heb de voorganger van deze staatssecretaris weleens gevraagd of hij het nodig vond dat in het verzorgingshuis, het verpleeghuis of de instelling voor gehandicaptenzorg alles, tot het schoonmaken van het oor, wordt geregistreerd om verantwoording te kunnen afleggen over wat er was gedaan bij iemand die zorg nodig heeft. Is het de bedoeling van de VVD dat we teruggaan naar die wijze van registratie, waarbij ook het gedurende anderhalve minuut knippen van teennagels moet worden geregistreerd? Als je moet weten wat je kost, weet je immers waar je recht op hebt, maar dan moet je dat ook vaststellen. Dat wordt dan "stopwatchzorg 2.0". Ik hoor dus graag van de VVD wat zij met dit voorstel wil.

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Nee, het is niet de bedoeling dat wij een heel nieuw administratief circus optuigen, maar op basis van bijvoorbeeld zzp-tarieven weten wij wel wat een plek ergens kost. Ik vind dat mensen dat ook zelf moeten weten en te zien moeten krijgen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wat een zorgzwaartepakket precies kost, is openbare informatie. Het feitelijke probleem is echter natuurlijk dat dat geld niet wordt uitgegeven aan bewoners. Het wordt bijvoorbeeld in eigen vermogens van zorginstellingen gestopt. Heeft het zin om de rekening — "dit kost jij" — aan de bewoners van een zorginstelling te sturen om hen kostenbewust te maken, terwijl zij op geen enkele manier kunnen beïnvloeden — lees het rapport van de klokkenluiders — of dat geld daadwerkelijk aan de zorg wordt besteed?

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Ik heb zelf een gesprek gehad met de klokkenluiders en zij vinden dit juist een uitstekend idee. Daar houd ik mij dan maar aan vast.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik stel vast dat dit geen antwoord is op mijn vraag. De cliënten kunnen geen enkele invloed uitoefenen en worden gewoon geconfronteerd met "dit kost u". Dat is dus "eigen schuld, dikke bult"-politiek.

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Dit werp ik echt verre van mij. Ik vind het betuttelend om mensen dit soort informatie te onthouden. Ik vind dat mensen in de zorg hier gewoon recht op hebben.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Laat ik vooropstellen dat de ChristenUnie dit in beginsel een positief voorstel vindt. Het kan echt bijdragen aan transparantie in de zorg en het tegengaan van verspilling, maar ik ben ook gevoelig voor wat mevrouw Leijten naar voren bracht. We moeten mensen die part noch deel hebben aan de kosten die samenhangen met het feit dat zij zorgbehoevend zijn, niet verantwoordelijk maken voor de uitgaven in de zorg. Bent u met mij van mening dat we goed moeten monitoren of mensen schuldgevoelens krijgen of zorg gaan mijden doordat die rekening wordt toegestuurd? De rekening is bedoeld voor transparantie en niet om bij de mensen zelf neer te leggen.

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Als je in een instelling zit, kan er geen sprake zijn van zorg mijden. Als je de bedragen en de eigen bijdragen ziet die worden betaald in het kader van Wmo-gelden, denk ik dat dit in de toekomst zeker tot gedragsverandering kan leiden. Dat vind ik niet per se slecht. Nogmaals, dit is niet bedoeld om mensen een schuldgevoel aan te praten. U vraagt of we dit moeten monitoren. Volgens mij wordt er dan wel een heel ingewikkeld systeem opgetuigd om dat te onderzoeken. Ik krijg juist van cliënten in de zorg heel positieve

reacties, dus ik zie dat schuldgevoel niet. Het zij gezegd dat het daarvoor niet is bedoeld.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik begrijp dat het daarvoor niet is bedoeld. De VVD zal natuurlijk niet pleiten voor transparantie in nota's om mensen een schuldgevoel te geven, maar zo kan het wel werken en dat wil ik voorkomen. Daarom mijn verzoek om na een of twee jaar te bekijken of het heeft gewerkt. Moeten we dan niet terugblikken of we met die transparantie bereiken wat we beogen en of er negatieve effecten zijn? Ik hoop dat de VVD daar wel positief tegenover staat.

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Dit lijkt mij op zichzelf een heel goede suggestie om mee te geven aan de staatssecretaris bij de uitwerking van die plannen. Hoe kun je dit optimaal vormgeven? Straks hebben wij een grote transitie in de langdurige zorg, waarbij ook het nodige verandert. Het lijkt mij prima om na twee of drie jaar te bekijken of het werkt, of mensen snappen wat zij te zien krijgen, want dat is ook een grote uitdaging bij zoiets. Het basisidee is volgens mij goed.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

D66 steunt het idee inderdaad, maar voor ons zit er ook nog een andere kant aan. Aan de ene kant heb je inzage in de kosten. Wij vinden het belangrijk dat mensen dat weten. Er zit ook nog de kant aan dat je inzage krijgt in de zorg die je krijgt. Ik noem als voorbeeld dat iemand bij de tandarts is geweest en ziet dat er twee wortelkanaalbehandelingen op staan, terwijl hij er maar één heeft gehad. Het kan leiden tot een soort controle door de cliënten zelf, omdat zij er inzage in hebben of de zorg is geleverd. De tweede component is dat de zorgvraag verandert en dat de cliënt op de hoogte wordt gehouden van de herindicatie.

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Dat laatste is voor mij sowieso een van de motivaties om dit te doen. We hebben een aantal malen gezien dat mensen een hogere indicatie kregen, zonder dat zij er zelf wat van wisten. Daar kan dit volgens mij echt bij helpen. Aan het eerste punt kunnen wij het zorgplan dat wij binnenkort krijgen, koppelen. Ik denk dat het aan de staatssecretaris is om een balans te vinden, waarbij wordt gelet op het gevaar dat mevrouw Leijten schetst, dat we alles op gaan schrijven. We moeten cliënten in hun kracht zetten, zodat zij weten of zij waar voor hun geld krijgen. Ik vind echt dat we die richting op moeten.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Als ik het goed begrijp, zegt de heer Van 't Wout dat de cliënt naast inzage in de kosten ook inzage moet krijgen in de zorg die geleverd is. Ik denk dat we dan een win-winsituatie hebben.

De heer **Van 't Wout** (VVD):

Voor zover dat praktisch mogelijk is, met alle mitsen en maren, lijkt mij dat een uitstekend idee. Het gaat erom mensen inzicht te geven in kosten en kwaliteit. Krijg je waar voor je geld? Wij weten ook allemaal dat er enorme verschil-

len tussen instellingen zijn. Ik wil dat er ook een beweging bij cliënten komt, om dat meer en gegronde te kunnen gaan eisen.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Het is op zich een interessante gedachte om inzage te geven in de kosten van langdurige zorg, maar veel interessanter is de vraag welke invloed je erop hebt. We hebben net het rapport gekregen van klokkenluiders onder ouders van kinderen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Zij pleiten voor checks and balances. Kun je weerwerk bieden als je overgeleverd bent? Ik heb net een lofzang gehoord op de nieuwe Wmo en op de nieuwe Wet LIS, maar daarbij is dit ook het probleem.

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Ik zei alleen dat wij die wetten gaan behandelen. Ik vind dat wij met de schets bezig zijn, omdat wij nu met conceptwetten werken. Dat zij zo, maar het lijkt mij goed om dit bij die debatten te betrekken. Als ik zeg dat het belangrijk is dat wij die wetten gaan behandelen, zeg ik niet dat de VVD bij het kruisje van de conceptwet gaat tekenen. Wij zullen onze eigen inbreng daarin hebben. De positie van de cliënt zal daarbij voor ons een belangrijk aandachtspunt zijn. En als ik u zo hoor, volgens mij voor u ook.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik heb een amendement op de Jeugdwet ingediend dat ervoor moet zorgen dat ouders die voor hun kind een verwijzing hebben naar de jeugdpsychiater, daarop kunnen rekenen. Ik ga er dus van uit dat ik de VVD aan mijn kant zal vinden als ik reparatievoorstellen indien die ervoor zorgen dat straks, in die andere wetgeving, de rechtszekerheid voor deze kwetsbare mensen beter is dan in hetgeen voorligt. Dank u wel daarvoor.

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Mevrouw Keijzer rekent zich nu wel erg rijk. Men begrijpt dat ik hier nu niet toezeg dat ik amendementen zal steunen die ik nog niet heb gezien, op een conceptwet die nog niet definitief is. Zoals altijd zal ik de voorstellen van mevrouw Keijzer met warme belangstelling bekijken en ze daarna beoordelen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

De heer Van 't Wout wil graag meer inzage in de kosten die zijn gemoeid met de langdurige zorg. Nu is er berekend dat de zorg die mensen als vrijwilliger of mantelzorger verlenen, leidt tot besparingen van 4 tot 7 miljard aan zorgkosten. Deelt de VVD-fractie het standpunt van GroenLinks dat je dat ook in kaart zou moeten brengen?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

U moet even iets duidelijker zijn over wat u in kaart zou willen brengen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

De zorg die nu niet wordt betaald. Het kabinet is voornemens om veel meer zorg over te hevelen naar mantelzor-

gers en vrijwilligers. Eigenlijk is dat een verschuiving van betaalde naar onbetaalde zorg. Dit heeft wel weer effect op de belasting van de mantelzorgers. Zouden deze verschuiving en deze kosten ook inzichtelijk moeten worden gemaakt?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Ik probeer even te begrijpen wat mevrouw Voortman voorstelt. Zij zegt eigenlijk dat mensen ook op hun rekening zouden moeten kunnen zien wat zij aan mantelzorg krijgen, en de waarde die deze heeft?

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Nee, ik heb het alleen over het inzichtelijk maken van de kosten. Dit komt uit een onderzoek van Mezzo. Mezzo heeft een tijd geleden onderzocht wat de zorg waard is die wordt verleend door vrijwilligers en mantelzorgers, en welke kosten daarmee worden voorkomen. Als mensen een beroep doen op een mantelzorger in plaats van op professionele zorg, worden kosten voorkomen. Welke bedragen zijn daarmee gemoeid? Deelt de VVD-fractie het standpunt dat je ook dat in beeld zou moeten brengen?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Bedoelt u dat we dit voor de cliënt in beeld brengen of pleit u voor een soort breed onderzoek? Ik begrijp het gewoon niet.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Nee, voor ons allemaal. We lijken nu bijvoorbeeld te denken dat de zorg voor mensen die niet meer in aanmerking komen voor huishoudelijke zorg, wel door andere mensen kan worden gegeven. Zoiets heeft natuurlijk effecten: die mensen moeten een beroep doen op andere mensen, die daardoor weer meer worden belast, wat weer gevolgen heeft voor het werk dat zij ernaast doen. Dat zijn toch allemaal effecten die we ook in kaart zouden moeten brengen?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Ik ben nooit tegen het in kaart brengen van effecten, maar ik krijg toch niet helemaal grip op het voorstel van GroenLinks in dezen. Misschien moet mevrouw Voortman dit straks in haar eigen termijn nog eens uitleggen. Maar als mevrouw Voortman wil zeggen dat het erom gaat dat we scherp in beeld moeten krijgen hoe belangrijk en waardevol mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn, en dat wij grote waardering moeten hebben voor al die mensen die voor elkaar zorgen maar dat niet "mantelzorg" willen noemen omdat zij het gewoon en normaal vinden om dat voor elkaar te doen, en als zij voorstellen heeft om een en ander beter zichtbaar te maken, wil ik daar zeker naar kijken.

**De voorzitter:**

Dat is een mooi antwoord. U continueert.

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Dank u, voorzitter.

Ik vraag graag wederom aandacht voor het volgende punt: ruimte voor nieuwe, innovatieve aanbieders van zorg. Dat zijn aanbieders die betere kwaliteit leveren tegen scherpere kosten en meer gericht op de vraag van de cliënt. De VVD heeft daar al vaak aandacht voor gevraagd en zal dat blijven doen. Ik hoop dat de staatssecretaris hieraan veel aandacht besteedt, ook in zijn gesprekken met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Juist bij het decentraliseren, het overdragen van een deel van de zorg naar gemeenten, is er een enorme kans om al die innovatiekracht bij nieuwe aanbieders los te maken.

De hervorming van de zorg moet immers niet gericht zijn op het per se in stand houden van bestaande instellingen en aanbieders, maar op de beste zorg voor de laagste prijs. Wij weten allemaal dat vooral kleinere aanbieders het vaak erg moeilijk hebben om hun plek in de zorg te veroveren. Daar is in deze Kamer vaak aandacht voor gevraagd. Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) heeft momenteel een voorstel om via het zogenaamde project consortiumidee — ik geef toe, het is niet de meest wervende titel die ooit bedacht is, maar het gaat om de inhoud — kleine en innovatieve aanbieders op verschillende vlakken van zorg aan elkaar te verbinden, om hun zo een stevigere positie te geven in het veld van aanbieders. Zo'n consortiumidee roept allerlei juridische, financiële en kwaliteitsvragen op. BTN wil heel graag, nog in 2014, een aantal proeftuinen hiervoor opzetten, in het kader van het programma In voor zorg!, om te bekijken hoe een dergelijke constructie de innovatie in de zorg kan versterken. De VVD ziet graag dat de staatssecretaris dit idee omarmt en ervoor zorgt dat deze proeftuinen er volgend jaar ook komen.

Een derde punt waarvoor ik aandacht wil vragen, is de culturomslag in de langdurige zorg. De laatste tijd ben ik heel veel op bezoek geweest bij zorgaanbieders die werken zoals wij dat graag zien. Dat zou de maat moeten zijn voor de toekomst. Een van de belangrijkste ingrediënten van de hervorming van de langdurige zorg is dat we mensen niet langer alleen maar zien als een afhankelijk persoon of een zorgcliënt, maar als volwaardige individuen die zelf de kracht hebben om dingen te regelen of een omgeving hebben die dat kan doen.

Bij iedere instantie die volgens deze manier werkt in de zorg kom ik hetzelfde punt tegen. Dat wordt zowel door het personeel als door de bestuurders aangedragen, namelijk dat het personeel vaak helemaal niet volgens de filosofie van de Kanteling is opgeleid. Een medewerker van een sociaal team — een heel interessante pilot in Ede waar ze werken volgens het model dat wij voor ons zien na de hervormingen — zei laatst tegen mij: "Ik heb echt een knop om moeten zetten om niet automatisch alles van iemand over te willen nemen. Ik zie nu ook dat dit helemaal niet goed is en dat we echt moeten kijken naar wat mensen nog zelf kunnen regelen. Maar dat zat niet in mijn systeem. Zo ben je niet opgeleid en zo heb ik jaren niet gewerkt." Aangezien we de professional meer ruimte willen geven en we meer willen vertrouwen op het oordeel van die professional, is het van extreem groot belang dat iedereen die werkzaam is in het sociale domein — het is een breed domein — opgeleid is volgens deze manier van werken. Graag hoor ik van de staatssecretaris of hij hierover met het veld in gesprek wil gaan.

Ik kom langzaam tot een afronding. 2014 zal, wat de VVD betreft, een historisch jaar worden. Historisch, omdat eindelijk sprake is van de durf en de moed om in Nederland de langdurige zorg aan te passen aan de eisen van deze tijd. Historisch, omdat eindelijk echte stappen worden gezet om de kosten onder controle te krijgen en de kwaliteit omhoog te brengen. Historisch, omdat we de belangrijke stap zetten om mensen minder, in plaats van meer afhankelijk van de overheid te maken. Zoals altijd zullen we dat in ons land zo vormgeven dat juist de mensen die echt afhankelijk zijn van de zorg op ons kunnen rekenen. Zoals altijd zullen we dat doen met een oog voor individuele gevallen. We zetten geen mensen op straat en bieden fatsoenlijke zorg voor wie deze nodig heeft. Dat kan ook. We zijn nu wereldkampioen uitgaven aan langdurige zorg. 2014 is bij uitstek het jaar om de zaken te veranderen en uiteindelijk wereldkampioen kwaliteit te worden.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik denk dat deze VVD-fractie en deze VVD-woordvoerder de boeken in zullen gaan als kampioen AWBZ slopen. Ze kijken alleen maar in de koplampen van de kosten van de zorg en ze weigeren mee te rekenen dat het ons ontzettend veel oplevert en het ontzettend rendabel is om te investeren in onze ouderenzorg, wat ook economen van de Erasmus Universiteit, de Universiteit Groningen en onze vorige minister van VWS, de heer Klink, allemaal zeggen.

Ik heb de volgende vraag aan de heer Van 't Wout. Wat zegt hij tegen de 36.000 tot 90.000 mensen die ontslagen zullen worden als gevolg van dit zorgbeleid?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Over dat eerste het volgende. Mevrouw Leijten doet dit altijd: zij trekt een conclusie en gaat dan een vraag stellen over iets heel anders. Wij zijn geen slopers van de AWBZ, wij zijn hervormers van de AWBZ, wij gaan die beter en betaalbaarder maken. Over vier jaar geven we er overigens nog steeds 27,5 miljard euro aan uit. Nou, als dat slopen is, weet ik het ook niet meer.

Dan het tweede punt. We hebben overigens net voor dit debat afgesproken dat wij nog uitgebreid ingaan op de gevolgen van de arbeidsmarkt in de zorg. Mevrouw Leijten selecteert er nu de getallen uit die vooral haar politieke agenda goed uitkomen. Dat is haar goed recht maar ik baseer mij gewoon op de feiten van het ministerie. Inderdaad, er zullen banen verloren gaan. Dat zullen er waarschijnlijk minder zijn dan het aantal dat mevrouw Leijten hier poneert, maar als je wat wilt doen aan de explosie van kosten in de zorg dan heeft dat onvermijdelijk arbeidseffecten. Maar laten we wel wezen: na 2017 zal de werkgelegenheid gewoon weer hoger liggen dan in 2011.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dit is een beetje het witwassen van de regering die bepaalde rapporten niet gebruikt en andere wel. De 36.000 is overigens een cijfer van de regering en die 90.000 is het cijfer van een andere arbeidsmarktstudie die aangeeft dat dit het aantal banen is dat in 2017 verloren zal gaan. Ik zou nog een andere vraag aan de heer Van 't Wout willen stellen. Hij gaat mensen in hun kracht zetten. Hij gaat mensen ontslaan. Hij gaat mensen minder afhankelijk maken van de

overheid, maar daarmee zijn ze niet minder zorgafhankelijk of hebben ze niet minder behoefte aan zorg. Erkent de VVD dat zij door de hele operatie om minder met elkaar te betalen, de rekening niet verlaagt maar doorschuift? We kunnen namelijk niet met het toverstafje mensen beter maken. Dus de kosten zullen blijven. Alleen, die zijn niet meer voor onze gezamenlijke rekening maar die betalen de mensen in de toekomst maar zelf. Dan is de besparing op de zorgkosten uiteindelijk nul.

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Dat was een heel betoog van mevrouw Leijten. Het is echt volstreekte onzin dat wij mensen hun zorg zouden afpakken voor zover ze die nodig hebben. Wat wij gaan doen, is een onderscheid maken. De langdurige zorg brengen we onder in een nieuwe AWBZ. Bij alles wat gericht is op participatie en meedoen in de samenleving gaan we veel meer kijken naar wat mensen zelf kunnen. Dat kan ook. Onlangs hebben we het BMC-rapport gezien over de kanteling. Er is een besparing van 100 miljoen euro mogelijk. Er is sprake van 10% minder zorgkosten bij gemeenten omdat ze volgens de nieuwe filosofie werken, waarbij de klanttevredenheid omhoog was gegaan. Het kan en het moet.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Alsof de heer Van 't Wout wist waarover ik het wilde hebben. Over zijn laatste woorden gaat namelijk mijn interruptie. Ik hoor de heer Van 't Wout vertellen over de kanteling, dat op een andere manier het gesprek aangegaan wordt, in de zin dat nagegaan wordt wat mensen zelf kunnen. Dat gebeurt binnen de kaders van de huidige Wmo. Ook had hij het over 100 miljoen minder uitgaven aan zorg als die gesprekken op zo'n manier plaatsvinden binnen de kaders van de huidige wet. In de rijksbegroting staat dat gemeenten minder huishoudelijke zorg indiceren binnen de kaders van de huidige wet. Waarom dan die huidige Wet maatschappelijke ondersteuning zo aanpassen dat het leidt tot de kwalificatie rechtsongelijkheid en onvoldoende rechtsbescherming, zoals ook gebruikt door de Raad voor de rechtspraak?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Er ligt alleen nog maar een concept-Wmo. Dus die behandeling krijgen we nog. Ook als straks meer zaken gericht zijn op participatie in de maatschappij — in het BMC-rapport staat ook dat er nog veel meer te winnen is — is het mogelijk om te ontzorgen en is het mogelijk dat mensen meer zelf gaan oplossen. Dat is een prachtige beweging. Dit is het bewijs dat de richting van het kabinet de goede is. En de definitieve wetsvoorstellen gaan wij hier allemaal nog zeer uitgebreid behandelen.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik ben zelf jaren wethouder geweest, dus ik weet precies hoe dat werkt. Alle ontwikkelingen waarover de heer Van 't Wout — wat mij betreft terecht — te spreken is, kunnen binnen het kader van de huidige wet. Waarom de wet dan zo aanpassen dat het leidt tot rechtsongelijkheid en onvoldoende rechtsbescherming? We hebben het over kwetsbare mensen. Juist de VVD is toch altijd de partij van rechtsbescherming voor mensen?

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Ik werp verre van mij dat het tot rechtsongelijkheid leidt en dat er wat af zou gaan van de rechtsbescherming. Dat kunt u overigens nog helemaal niet weten, mevrouw Keijzer, want er ligt een conceptwet, zeg ik nogmaals. Wanneer wij individueel maatregelen gaan leveren aan mensen, iets waarvan uw partij volgens mij ook altijd voorstander is geweest, betekent dat per definitie dat niet iedereen hetzelfde pakketje zorg heeft. Ja, natuurlijk, maar dat is ook goed. Het gaat om kwetsbare mensen, maar die mensen zijn niet alleen maar kwetsbaar. De experimenten die we nu zien, tonen aan dat er heel vaak veel meer uit mensen zelf en uit hun omgeving te halen is en dat mensen daar ook gewoon gelukkiger van worden. Als we dat al op kleine schaal kunnen realiseren in de huidige Wmo, kunnen we die filosofie toch heel goed uitbreiden naar een breder sociaal domein?

**De voorzitter:**

Dank u wel, mijnheer Van 't Wout. Voor zover de bijdrage van de VVD-fractie in de eerste termijn. We gaan nu luisteren naar mevrouw Agema van de fractie van de Partij voor de Vrijheid.

□

**Mevrouw Agema (PVV):**

Voorzitter. Je zult toch maar moeten spreken na die twee stoere mannen van de VVD! Stoere mannen die het over kosten hebben, die zeggen dat de AWBZ toch helemaal uit de klauwen loopt en dat het beleid hartstikke goed is. Wat een stoere mannen, zeg! Maar waren ze maar zo stoer bij de VVD als het gaat om het geld dat we uitgeven aan de Europese Unie of de miljarden die we uitgeven aan ontwikkelingshulp of de kosten die we maken voor Griekenland, Cyprus of de miljarden waarvoor we aan de lat staan. Maar nee, voorzitter, het zijn de oudjes en de zieken. De VVD is hardvochtig als het gaat om de mensen die het breekbaarst zijn.

Natuurlijk wil niemand in dit huis de zorgkosten laten oplopen, maar het gaat wel om de manier waarop. We zijn vooral in verkiezingstijd, maar ook het afgelopen jaar, kapot gegooid met mantra's. Bijvoorbeeld die ene: in 2040 zijn we de helft van ons inkomen kwijt aan zorgkosten. Beide bewindspersonen hebben dat vaak gezegd. Maar hoe zat het nu met dat scenario? In dat scenario werd ervan uitgegaan dat het gat tussen de stijging van de zorgkosten en de groei van de economie tot 2040 3,5% per jaar zou zijn. Dat is natuurlijk niet reëel, want inmiddels is de stijging van de zorgkosten al enorm gedaald aan de hand van de maatregelen van Schippers, Klink, Bussemaker en Veldhuizen. We mogen er, hoop ik, ook van uitgaan dat de economie weer zal aantrekken. Als de economie aantrekt, kunnen we ook de zorg veel beter betalen. Als dat echter niet gebeurt, wil ook mijn fractie de kosten binnen de perken houden, maar niet zo hardvochtig als door het schrappen van al die zorg.

We hebben een beleid dat is gebaseerd op mantra's. Neem die ene over de AWBZ. De kosten daarvan zouden sinds de oprichting in '68 zijn gestegen van 275 miljoen naar 27,5 miljard. Weggelaten wordt dat er toen drie aanspraken waren en nu zeventien en dat waarschijnlijk de appels en de peren vergeleken met 1968 nu ook tien keer zo veel

kosten. Of wat te denken van het mantra van de staatssecretaris dat de AWBZ ons €3.000 per persoon per jaar kost? Het is €2.200. Dat is ook veel geld, maar mijn punt is dat er iedere keer mantra's worden gebruikt waarin bedragen gigantisch worden overdreven. Dat is om de harde bezuinigingen goed te praten. Of neem de vergelijking met Frankrijk en Duitsland. Daar zijn de langdurige kosten drie keer lager. Wat is echter de realiteit? Als je cure en care optelt en kijkt wat de totale zorgkosten zijn, zijn ze in Duitsland en Frankrijk net zo hoog. Ik noem ook wethouder Florijn, die de staatssecretaris onlangs nog citeerde. De gang naar het verpleeghuis zou €50.000 per persoon per jaar kosten. Het is echter €20.000. Dat is ook heel veel geld, maar het wordt wel tweeënhalve keer overdreven.

Ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dat is nog zo'n mantra. Natuurlijk willen zij dat. Als je een oude demente mijnheer of mevrouw vraagt waar zij het liefste zijn, dan begrijp ik dat zij zeggen dat zij het liefste thuis zijn. Maar als zij na het boodschappen doen de weg naar huis niet meer kunnen vinden of als zij niet meer weten waar een sleutel voor dient, kunnen zij dan nog thuis blijven wonen? Het mantra dat herhaald wordt van de ouderen die langer thuis willen blijven wonen en dat zelf willen, wordt ontkracht door het feit dat op dit moment 27.000 mensen op een wachtlijst staan voor een plek in een instelling, omdat zij thuis niet meer kunnen wonen. Het gaat niet meer. Nu gaan er nog eens 100.000 plekken weg. Hoe kun je dan blijven volhouden dat mensen dit zelf willen?

Dit kabinet stevent af op de afgrond. Neem de thuiszorg: van schrappen van 90% in het regeerakkoord via 50% in het zorgakkoord naar nog steeds 50% in het Herfstakkoord. 170.000 mensen, ouderen en mensen die hulp nodig hebben, raken deze hulp kwijt. De langdurige zorg wordt afgebroken. Al kijk ik niet al te vaak televisie, ik vind het programma van Geer en Goor heel erg tekenend voor hoe de zorg in Nederland nu is, namelijk heel fragiel, heel kwetsbaar en heel afhankelijk van de vraag hoe wij hier de beslissingen nemen. Eigenlijk zie je ook hoe lang mensen nog thuis blijven wonen. De staatssecretaris wil daar 100.000 mensen aan toevoegen. Mensen in rolstoelen, slechtziend, blind, soms met vijf ziektes, licht dementerend en soms al wat gevorderd; wij weten eigenlijk allemaal dat dit niet kan.

Wat moet er dan wel gebeuren? In verkiezingstijd gaan wij met zijn allen met onze plannen onder de arm naar het Centraal Planbureau. Wij willen allemaal een goedgekeurde rekening. Maar het probleem is wel dat je alleen een stem-peltje kunt krijgen op maatregelen waarmee zorg wordt geschrapt. Als de VVD de huishoudelijke hulp wil schrappen, krijgt zij zomaar 1,1 miljard euro. Als je naar hetzelfde CPB toegaat en zegt dat je een overheadnorm wilt hebben — de PVV heeft dat natuurlijk al eerder voorgesteld; de heer Van Dijk was vast vergeten dat hij al tweemaal tegen ons voorstel heeft gestemd, maar dat terzijde — dan zeggen ze bij het CPB: dat kunnen wij niet berekenen. Dan krijg je de situatie dat in al die verkiezingsprogramma's de plannen waarmee zorg wordt geschrapt, worden uitgekozen. Daarna komen die in het regeerakkoord. De realiteit is dat het uiteindelijk wordt uitgevoerd. Maar er gebeurt niets met de fraude, met de verspilling, met zo'n leuk nieuwspuntje als een overheadnorm en met de regels.

Daar liggen miljarden. Die miljarden liggen er in 2017, als de ouderenzorg is afgebroken, nog steeds. Dat zou toch

heel erg triest zijn. Dat zou toch armoede zijn. Daarover gaat ook mijn oproep aan de staatssecretaris: kijk naar de organisaties. Buurtzorg, Thomashuizen, Fokuswonen, Buren voor Buren; ze werken allemaal 20 tot 30% goedkoper, binnen de huidige AWBZ. Je hoeft daarvoor de AWBZ niet af te breken. Je kunt binnen de financiële kaders blijven waarmee al die hardvochtige maatregelen worden gemotiveerd. Je hoeft daarvoor niet mensen bot hun zorg af te pakken. Ik roep de staatssecretaris dan ook op om de organisaties aan te pakken en de macht niet neer te leggen bij het CPB of bij de polder, maar bij de werkvloer. Geef hun de sleutel in handen. Laat hen het plan maken, maar zonder dat ouderen, gehandicapten en de zieken van ons land de rekening betalen. Laat 2014 niet het tussenjaar zijn, maar een jaar van inkeer. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald. Ga van regeerakkoord na zorgakkoord en na Herfstakkoord dan eindelijk eens een keertje naar werk-vloerakkoord.



Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. We worden voor de gek gehouden. Er wordt de komende jaren voor miljarden bezuinigd op de zorg, niet omdat de zorg te duur is, maar om Brussel tevreden te houden. Ik blijf herhalen dat deze bezuinigingen niet nodig zijn. Onze zorg is niet te duur, het zorgstelsel maakt de zorg duur. De fraude maakt de zorg duur, de bonussen, de onmaatschappelijke winsten en de buffers maken de zorg duur. In plaats van die problemen aan te pakken, pakt dit kabinet ons de zorg af, zogenaamd om de zorg ook in de toekomst te kunnen garanderen. Het enige wat dit kabinet echter garandeert, is dat de zakkenvullers de komende jaren kunnen doorgaan.

Neem de fraude. Er wordt een heel platform opgetuigd en een plan van aanpak geschreven, maar zonder targets of boetes te benoemen. Frauderende artsen en ziekenhuizen komen overal mee weg, want fraude bewijzen blijkt wel heel erg lastig te zijn. Neem het Radboud UMC. Dat verdacht een arts van fraude en heeft hem ontslagen. Onterecht, volgens de rechter. Nu moet het ziekenhuis tonnen betalen aan de arts. Neem het Catharina Ziekenhuis. Dat ontdekte foutieve declaraties van een arts, maar kan deze niet ontslaan, want er zou geen sprake zijn van opzet. Kortom, het opsporen van gesjoemel met declaraties is niet eens zo'n groot probleem. De aanpak loopt vast in het vervolgtraject. Worden er daarom geen targets genoemd? Is daarom nergens in de begroting de opbrengst van de fraudeaanpak ingeboekt? Als hier geen oplossing voor komt, is de hele fraudeaanpak een wassen neus en worden we voor de gek gehouden.

De zorgpremie gaat volgend jaar een fractie omlaag, maar we worden alweer gewaarschuwd dat de premie in 2015 wederom zal stijgen, ondanks het feit dat berekeningen aantonen dat de premie nog veel verder omlaag kan. De minister zegt dat ze niet over de hoogte van de premie gaat. Dat is een zaak van de zorgverzekeraars. Toen de minister echter nog Kamerlid was in 2008 diende zij een motie in, samen met mijn collega Agema, waarin zij de regering verzocht om de fraude te bestrijden met als doel een lagere zorgpremie voor de burger. Deze motie werd met brede steun aangenomen door de Kamer. Nu weigert de minister zelfs maar te kijken naar het rapport van de Consumentenbond, waarin netjes wordt berekend hoeveel de premie zou kunnen dalen als de fraude aangepakt werd. Ik denk dat ik

dezelfde motie ga indienen. Als de minister die gaat ontraden, dan wordt de Kamer hier toch echt voor de gek gehouden.

Zorgverzekeraars moeten fraude aanpakken. Daar liggen miljardenbesparingen, maar tot nu toe weten ze nog geen tiende procent op te sporen. In de race voor het binnenhalen van verzekerd en geven ze echter makkelijk bijna 500 miljoen uit. Zorgverzekeraars weigeren verder hun buffers te verlagen, maar ze verlagen wel de prijzen voor zorgaanbieders, met name voor zorgaanbieders die vanuit de aanvullende verzekering betaald worden zoals fysiotherapeuten. Je zou verwachten dat de aanvullende premie dan ook omlaag gaat, maar nee, die gaat juist omhoog. Zorgverzekeraars houden ons ook al voor de gek.

Intussen piekt het aantal wanbetalers en het aantal zorgmijders. De wachtlijsten nemen toe, het aantal maagbloedingen stijgt en de werkloosheid in de zorg stijgt ook. Tegelijkertijd constateert de NZA, de toezichthouder op onze gezondheidszorg, dat ons zorgstelsel sinds 2006 eindelijk goed begint te werken. Wat gaat er dan goed? Dat de zorgverzekeraars miljarden winst maken? Dat ze met deze winst luxe zorgpaleizen optuigen, waar je voor duizenden euro's per maand terecht kunt? Hoelang laten we ons nog voor de gek houden?

Het is duidelijk dat het helemaal niet goed gaat met de gezondheidszorg in Nederland, maar gelukkig hebben we een minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die ook nog eens de machtigste vrouw van Nederland is. Misschien is nu de tijd gekomen dat ze haar macht gaat aanwenden om de keldering van onze gezondheidszorg te keren. We moeten namelijk niet bezuinigen maar hervormen, de verkeerde prikkels uit het stelsel halen. Ik heb daarvoor twee suggesties.

De eerste suggestie betreft de kwaliteitsindicatoren. Het zijn er per ziekenhuis meer dan 2.000; een boekwerk van 60 pagina's waarvoor het UMC Utrecht vijf extra medewerkers heeft moeten aanstellen. Wat levert dat op? Vraag dat de Algemene Rekenkamer maar. Die ziet er niets in. Het ziekenhuis doet er niets mee, de zorgverzekeraars maken hun eigen afwegingen en de patiënt wordt er al helemaal niet wijzer van. Uit een rapport uit 2011 van de Boston Consulting Group blijkt heel duidelijk dat wij hier in Nederland op de verkeerde weg zijn. In dat rapport worden de indicatoren voor een heupprothese in Nederland vergeleken met die in Zweden. In Nederland moeten vijftien indicatoren worden ingevuld. Slechts één daarvan is een uitkomstindicator, voor diepe wondinfecties. De andere indicatoren betreffen het proces en de structuur van de ingreep. Welke patiënt begrijpt de indicator "transfusie van homologo bloed"? Wat hebben patiënten daaraan? De Zweden hanteren uitkomstindicatoren, zoals "heroperatie binnen twee jaar", "overleving van het implantaat" en "loopafstand naar operatie". Dat is heel zinvol als je als patiënt een keuze moet maken tussen ziekenhuizen voor een heupoperatie. Dat is het soort transparantie waar we naartoe moeten. We hoeven het wiel niet uit te vinden: het is er al. Hoe zorgt de minister ervoor dat we zo snel mogelijk een basisset uitkomstindicatoren hebben zodat we per ziekenhuis inzage hebben in het aantal heroperaties, complicaties en levensduur van een prothese? Met al die onzinindicatoren worden we immers alleen maar voor de gek gehouden.

Mijn tweede suggestie gaat over een garantiesysteem. Ik ben ervan overtuigd dat een garantieregeling de kwaliteit van de zorg zal verbeteren. Als de uitlaat van je auto vervangen is maar er na een maand onderuit valt, dan ga je terug naar de garage. Dan laat je de auto repareren of je vraagt je geld terug. Wij vinden dat allemaal heel normaal: bij gebrek of schade heb je recht op kosteloos herstel, vervanging of vergoeding. In de zorg kom je maar weinig garanties tegen. Een enkele tandarts garandeert dat een kroon die er binnen een jaar uitvalt kosteloos vervangen wordt. Waarom kan dat niet bij een operatie? Dat is toch vooral een kwestie van geloven in je eigen vakmanschap en goede nazorg leveren? Het zal ziekenhuizen stimuleren tot concurrentie op kwaliteit en uitkomst. Garanties moet je immers waarmaken, want anders draai je zelf op voor de kosten. Je zet dus een tandje bij, doet een extra check en zorgt ervoor dat de patiënt alle instructies voor de nazorg goed heeft begrepen, eigenlijk gewoon zoals goede zorg behoort te zijn. Ik weet dat de minister jaren geleden, in 2007, al voorstander was van een garantiesysteem in de zorg. Waarom is dat er dan nog niet? Wat is ervoor nodig om een garantiestelsel in te voeren? We gaan dit niet aan het veld overlaten want dat wordt het nooit eens. Ik wil evenmin horen dat dit een taak van de zorgverzekeraars is want die kijken vooral naar geld, niet naar kwaliteit. Ik wil weten hoe wij dit in wetgeving kunnen gieten en of de minister dit wil onderzoeken. Het moet mogelijk zijn om aan standaardbehandelingen een garantietermijn te hangen. Wij moeten ons niet voor de gek laten houden met de bewering dat dit in de zorg niet mogelijk is. In Amerika gebeurt het namelijk gewoon wel. Laten wij stoppen met het vergoeden van slechte zorg. De PVV-fractie komt dit jaar heel concreet met twee voorstellen om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en de kosten in bedwang te houden. Ik verwacht dan ook concrete antwoorden van de minister.

Ik kom tot slot te spreken over schimmige farmanetwerken en financiële arrangementen. De minister schrijft dat de bijdrage van het ministerie aan het Apollo netwerk is ingegeven om de schijn van belangenverstrengeling tegen te gaan. Het valt me mee dat belangenverstrengeling de aandacht had, maar had dan niet beter iedere deelnemer een gelijkwaardige bijdrage kunnen storten? De minister geeft verder aan dat binnen het netwerk gesproken is over het preferentiebeleid. Is het dan niet vreemd dat geen enkele vertegenwoordiger van generieke geneesmiddelen lid is van dat netwerk? Er is blijkbaar niet gesproken over financiële arrangementen. Ik begrijp dat het ministerie inmiddels een eigen organisatie aan het optuigen is voor prijsarrangementen bij geneesmiddelen. Dat is op zich een goede zaak. Ik begrijp ook dat ambtenaren en farmaceuten in gesprek moeten gaan. Ik mag echter hopen dat zij geen lid worden van een elitair farmanetwerkje. Hoe transparant wordt deze organisatie? Krijgt de Kamer inzicht in de financiële arrangementen die daarin worden gesloten? Ik hoor daarop graag een reactie. De voorliggende begroting is dichtgetimmerd met allerlei akkoorden met veldpartijen waarvan de uitkomst boterzacht is. Geen enkel akkoord heeft het afgelopen jaar de eindstreep gehaald of het is alweer aangepast, vervangen of verworpen. De minister heeft bovendien uitgesproken dat zij van artsen verwacht dat zij het gesprek aangaan met de patiënt over de kosten van een behandeling. In de spreekkamer krijgen wij dus gesprekken als: "Behandeling A is de beste, maar wel erg duur. Behandeling B is minder goed, maar goedkoper. Nog goedkoper is helemaal geen behandeling. Welke kiest u?". Ik vind het te triest voor woorden.



**Mevrouw Leijten (SP):**

Wij weten dat er vorig jaar flink wat eigen vermogen is opgepot. In de gehele zorgsector staat inmiddels meer dan 11 miljard op spaarrekeningen. Ik vroeg mij af of de PVV het een goed idee vindt om een norm te stellen aan die eigen vermogens. Laten wij zeggen 4% of 5%, maar misschien hebben de staatssecretaris en de minister wel een ander percentage in hun hoofd. Het lijkt mij goed om ervoor te zorgen dat dit geld niet op de bankrekeningen blijft staan, maar aan zorg wordt besteed. Wat vindt de PVV daarvan?

**Mevrouw Klever (PVV):**

Die norm al bestaat al. Het is een heel goede vraag van mevrouw Leijten, maar in Nederland houdt de Nederlandsche Bank toezicht op zorgverzekeraars en die hanteert een norm van 150% eigen vermogen. De PVV vindt, samen met de SP, dat alles wat zorgverzekeraars boven die buffers die door de Nederlandsche Bank worden aangemerkt als minimum — voor zorgverzekeraars is dat 2,7 miljard — terug moet naar de premiebetaler in de vorm van premieverlaging. Dan hebben wij het over €200 per premiebetaler. Ik neem aan dat voor ziekenhuizen dezelfde maatstaven worden gehanteerd door de Nederlandsche Bank.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Nee, want op ziekenhuizen, ouderenzorginstellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg wordt geen toezicht gehouden door de Nederlandsche Bank omdat het geen financiële instellingen zijn. Daarom stelde ik juist die vraag. In de vorige periode gedoogde de PVV namelijk een kabinet dat winstuitkeringen wilde gaan introduceren bij ziekenhuizen. Toen was de PVV daarvoor. Een van de voorwaarden voor die winstuitkeringen bij ziekenhuizen is dat er voldoende eigen vermogen is. Wat je nu ziet, is dat ontzettend veel ziekenhuizen heel veel gaan sparen om straks een lekker hapje te zijn voor beleggers. Ik wil graag weten wat de positie is van de PVV. Gaat zij de eigen vermogens aanpakken of gaat zij straks de winstuitkering mogelijk maken?

**Mevrouw Klever (PVV):**

Het wetsvoorstel over winstuitkeringen in de zorg moet nog behandeld worden in de Kamer. Wij hebben daar nog helemaal niet over gesproken, dus mevrouw Leijten kan onmogelijk zeggen dat wij dat steunen. Dat weet zij helemaal niet. Laat ik haar uit de droom helpen. Wij hebben grote bezwaren tegen winstuitkeringen in de zorg. Wij vinden dat geld dat is betaald voor zorg aan zorg moet worden besteed. Wij vinden dat dit niet moet verdwijnen in onmaatschappelijk hoge buffers of in speculaties van zorginstellingen en dat het ook niet uitgekeerd moet worden aan investeerders. Dat moet gewoon naar de zorg gaan.

**De voorzitter:**

Ik geef nu het woord aan mevrouw Bouwmeester van de PvdA-fractie. Zij heeft een spreektijd aangevraagd van dertien minuten.

□

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Voorzitter. Het gezond houden van mensen, de macht in de zorg eerlijk delen en de emancipatie van de patiënt staan centraal in mijn inbreng van vandaag.

Wij hebben het vandaag over de begroting die gaat over ons kostbaarste bezit, namelijk gezondheid. Het gaat over de begroting voor Volksgezondheid, maar wij spreken in deze context vaak over ziekte en zorg. Dat terwijl de meeste gezondheidswinst juist te behalen is bij het langer gezond houden van mensen. Die gezondheid is niet eerlijk verdeeld. Mensen met een hoge sociaaleconomische status leven langer in gezondheid dan mensen met een lage sociaaleconomische status. Het is een onverteerbaar gegeven dat hoe gezond je leeft afhankelijk is van waar je woont, wat je opleiding is en hoeveel inkomen je hebt. Gezondheid kan wel voor iedereen langer beschikbaar zijn als wordt geïnvesteerd in gezond gedrag, vroegsignalering, preventie en gezondheidsvaardigheden. Dat levert naast geluk ook nog eens welvaart en economische groei op. Ik vraag het kabinet daarom waarom de ambitie is wat zij is, namelijk het gelijk houden van de verschillen nu ten opzichte van 2030. Kan die ambitie niet omhoog? De gestelde doelen gaan dus over 2030. Wij nemen aan dat er tussendoelen worden gesteld. Kan de ambitie voor die tussendoelen omhoog worden gebracht op basis van de voortgang? Wij blijven dit namelijk een onverteerbaar gegeven vinden.

Het systeem werkt als mensen gezonder worden of gezond blijven, de zorg zo passend mogelijk wordt geboden, de zorgkosten dalen, en de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars worden geprikkeld om zo vroeg mogelijk passende zorg te leveren. We moeten dus sturen op de uitkomst gezondheid in plaats van op het vullen van bedden of het behandelen in het dure deel van de zorgketen.

Er zijn op verzoek van de Partij van de Arbeid in verschillende regio's proeftuinen gestart met populatiegebonden bekostiging, shared savings. Er wordt bekeken of populatiegebonden bekostiging de juiste prikkels bevat om mensen langer gezond te houden en zorgkosten te besparen. We hebben daarover een brief gehad, maar voor mijn fractie is er nog heel veel onduidelijk. We hebben daarom nog een aantal vervolgvragen. In 2017 stoppen de proeftuinen namelijk. Daarvoor moet dus wel een aantal dingen helder zijn. In hoeverre is er in de proeftuinen sprake van populatiegebonden bekostiging gebonden aan prestatieafspraken, oftewel van uitkomstgebonden bekostiging? Wordt de uitkomst, de behaalde gezondheidswinst, gerelateerd aan de bekostiging? Wat zijn eigenlijk de beoogde resultaten van die proeftuinen? Wanneer start de nulmeting? Het is immers al snel 2017. Welke elementen dienen de proeftuinen volgens de minister te bevatten om ervoor te zorgen dat het na afloop mogelijk is om verdere stappen te zetten naar landelijke implementatie? Wie voert regie met welk belang en met welke uitkomst voor ogen? Welke mogelijke beperkingen of belemmeringen zijn er bij het uitvoeren van de proeftuinen? Zijn er bijvoorbeeld nog perverse prikkels die de voortgang in de weg zitten? Of vormen schotten tussen verschillende zorgdomeinen nog een obstakel?

Mijn tweede punt gaat over macht en tegenmacht. Met de machtigste vrouw van Nederland aan het roer zijn goede stappen gezet in de zorg. Met het zorgakkoord zijn stappen gezet naar doelmatiger werken, en het tegengaan van ver-

spilling, van fraude en van onnodige behandeling. Maar ook de zorgpremie is gedaald. Het BKZ is onderschreden en bij het nieuwe toezicht van de IGZ heeft men nu ook oog voor de individuele patiënt. Dit zijn goede stappen, maar ze smaken natuurlijk naar meer. De kernvraag blijft immers, of dit systeem nu in de praktijk werkt zoals wij dat zouden willen. Het antwoord is: nee, we zijn er nog lang niet. De premiebetaler heeft er recht op te weten of geld voor de zorg goed wordt besteed. Zorgverzekeraars vervullen nog niet de taak die is beoogd. Kwaliteit is nog onvoldoende inzichtelijk en wij hebben nog geen volledig inzicht in de zorguitgaven. Bovendien richten de prikkels in de zorg zich nog steeds op de dure zorg. De macht en tegenmacht zijn hierdoor niet goed georganiseerd.

Ik begin met het laatste. Kennis is macht. Alleen een goed geïnformeerde patiënt kan vergelijken, opties bespreken met een arts en zelf beslissen. "Dit zorgstelsel is gestoeld op een broos evenwicht tussen de patiënt, de zorgverlener en de zorgverzekeraar. Het is van groot belang dat er vertrouwen is in de zorgverzekeraars. Daar is eigenlijk het hele stelsel op gebouwd." Aldus de bestuursvoorzitter van de NZa. Doen diezelfde zorgverzekeraars wat wij beogen? Kopen zorgverzekeraars in op kwaliteit? Kan de consument goed geïnformeerd kiezen? Nee. Het kan en moet dus beter. Wat is er nu nodig om dit systeem duurzaam in evenwicht te houden, en de macht en tegenmacht goed te organiseren?

In de eerste plaats is informatie over de kwaliteit van zorg nodig. De zorgverlener moet deze verstrekken, maar de zorgverzekeraar heeft de taak om hierop te sturen en te financieren. Pas als de kwaliteit van zorg inzichtelijk is, kan de zorginkoop plaatsvinden op basis van kwaliteit en prijs, zodat minder goede of te dure zorg niet kan worden ingekocht (artikel 13), praktijkvariatie wordt gedetecteerd, de kwaliteit kan worden verbeterd en verspilling van zorggeld kan worden voorkomen. Er zijn goede stappen gezet, maar meer is nodig. Gaat de minister bij de uitwerking van de afspraken van het zorgakkoord een concreet tijdspad afspreken met het veld? Daarin moet het meten van kwaliteit zichtbaar worden, zodat de Kamer kan volgen of er stappen worden gezet.

Mijn tweede punt gaat over de werkwijze van de zorgverzekeraars. Wij vinden dat de inkoop transparant moet zijn voor de zorgaanbieder, maar ook voor de klant. Op die manier kunnen klanten erop vertrouwen dat de beste zorg voor een scherpe prijs wordt ingekocht. Nu is dat voor mensen niet duidelijk, waardoor het moeilijk kiezen is. Door inzicht in de kwaliteit ontstaat voor zorgaanbieder een eerlijk speelveld in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

Ten derde vinden wij dat de zorgverzekeraars zich publiek zouden moeten verantwoorden over beoogde, maar ook behaalde gezondheidswinst, over de besteding van de financiële winst, over de inkoop, maar ook over de service aan klanten, zoals gespreide betaling van het eigen risico. Zo kan worden gecontroleerd in hoeverre de sturing op maatschappelijke doelen is bereikt en in hoeverre de zorgverzekeraar daadwerkelijk scherp inkoop met behoud van kwaliteit. Het gaat hier immers om heel veel premiegeld dat zij voor ons beheren en uitgeven. Is de minister het ermee eens dat dit de richting is waarin de zorgverzekeraars zich zouden moeten ontwikkelen? Hoe gaat zij dat dan bevorderen? Er zijn immers maar vier grote zorgverzeke-

raars. Het risico is dat er een verkeerde machtsvorming gaat ontstaan. Dat moeten we natuurlijk voorkomen.

Er staat nu iemand bij de interruptiemicrofoon.

**De voorzitter:**

Dat lijkt mevrouw Leijten wel.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Anderhalf jaar geleden heb ik menig debat gevoerd met mevrouw Bouwmeester. Toen was de positie van de private zorgverzekeraars in het zorgstelsel voor de Partij van de Arbeid nog iets om te veranderen. Anderhalf jaar later, een jaar na de start van het kabinet, zien we waar de Partij van de Arbeid nu staat: ze hebben de zorgverzekeraars weer omarmd. Het moet allemaal transparanter en het moet allemaal beter. Een ding waarvan we in ieder geval wel weten dat die transparant is, is dat er vorig jaar 451 miljoen is besteed aan het hele overstapcircus, reclames, marketing, acquisitie, noem allemaal maar op. Vindt de Partij van de Arbeid dat die 451 miljoen goed uitgegeven premiegeld is?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Dat geld zouden wij liever aan andere voorstellen uitgeven, zoals innovatie, preventie, de co-patiënt. Dat is een initiatief waarbij vrijwilligers een patiënt helpen om hem mondig te maken en te zorgen dat hij begrepen wordt, gerespecteerd wordt; dus om de positie van de patiënt te versterken. Ik kan nog honderd dingen benoemen, waar wij graag willen dat zorggeld aan besteed wordt.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dan is het antwoord dus nee. Dan is de volgende vraag: wat gaat de Partij van de Arbeid dan doen om de zorgverzekeraars ertoe te dwingen dat ze niet 451 miljoen euro uitgeven aan het hele marketingspulletje, waarbij ze eigenlijk alleen maar tegen elkaar opbieden: wie is de grootste en wie heeft de meeste reclames in lucht? Dat is overigens iets waar we allemaal een beetje horendol van worden. Wat gaat mevrouw Bouwmeester doen om te zorgen dat er volgend jaar niet weer 451 miljoen in het putje wordt gegooid, maar dat het wordt besteed aan preventie? Welk verzoek gaat zij doen aan de minister? Of is het hier: we zouden het anders willen, maar we gaan het niet anders regelen?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Als wordt geïnvesteerd in de voorbeelden die ik net noemde — innovatie, preventie, kwaliteit van zorg, investeren in de kwaliteit van medewerkers, de co-patiënt — zegt de zorgverzekeraar niet dat hij de beste is, maar dan laat hij zien dat hij de beste is, dat hij de beste zorg kan leveren voor een eerlijke prijs. Op die manier wil je klanten winnen. Dat is ons uitgangspunt. Maar we zien dat het nog niet voldoende is. Mevrouw Leijten heeft mij ook horen zeggen dat het stelsel nog niet zo werkt als wij zouden willen. De patiënten kunnen namelijk niet kiezen, omdat er geen inzicht is in kwaliteit. Als je geen inzicht hebt in de kwaliteit, kun je de zorg ook niet met elkaar vergelijken, kan die niet beter worden en kan er ook niet scherp genoeg worden ingekocht. Dat zijn allemaal dingen die ik de minister net heb gevraagd en er komt nog een aantal vervolgvragen. Hoe gaan we dit

nu verbeteren? De vraag is namelijk hoe we van goed naar beter gaan. Het is beter dan het was, maar we zijn er nog niet. Dat wil ik graag van de minister horen. De vraag van mevrouw Leijten is dus een terechte en het is ook mijn vraag.

**De voorzitter:**  
U continueert.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Voorzitter. Ik ga even verder in op de vraag van mevrouw Leijten. Wat gaat de minister doen op het punt van fraude, verspilling, praktijkvariatie, het tegengaan van dingen die we niet willen, maar die juist wel de kwaliteit in de zorg en het inzicht daarin vergroten? Wat gaat de minister doen als zorgverzekeraars zich niet als fatsoenlijk onderhandelingspartner opstellen? Dat zijn de geluiden die we horen van de fysiotherapeuten en de logopedisten. Ik wil van de minister weten hoe ze gaat monitoren dat de zorgverzekeraars doen wat ze moeten doen en hoe ze gaat ingrijpen. Kortom, hoe kan goed gedrag van de zorgverzekeraar de norm worden en hoe kan worden afgerekend met zorgverzekeraars die dat niet doen? Welke mogelijkheid heeft de minister om in te grijpen en dit aan te pakken? Pas als de driehoek van de patiënt, de zorgverlener en de zorgverzekeraar in evenwicht is, is de macht en de tegenmacht eerlijk verdeeld. Dan pas gaat het systeem zo werken als wij willen. Dit vergroot het vertrouwen in de zorgverzekeraar. Precies daarop wijst de NZa, omdat dit volgens haar nog moet gebeuren.

**De voorzitter:**  
Er is een vraag van mevrouw Bruins Slot, wellicht op dit punt.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Die gaat inderdaad over dit punt. Het is inderdaad belangrijk dat er sprake is van macht en tegenmacht, een level playing field tussen de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en de patiënt. Mevrouw Bouwmeester zei heel nadrukkelijk dat de minister moet ingrijpen als dat misgaat en als het machtsvenwicht niet goed is. Hoe ziet zij dat ingrijpen zelf? Wat heeft zij voor ogen?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Mevrouw Bruins Slot stelt een heel terechte vraag. Wij willen dat de zorgverzekeraars verspilling, fraude en praktijkvariatie tegengaan en wij willen dat zij kwaliteit inzichtelijk maken, investeren in preventie en de patiënt sterk maken. Wij roepen allemaal dat wij dit willen. Ook de minister en het veld willen dit. Hoe gaan wij echter controleren dat het ook gebeurt? Dat is de eerste vraag die ik aan de minister heb gesteld. Je moet dus eerst een doel stellen.

De tweede vraag is wat de minister gaat doen, als zij het niet doet. De vraag die mevrouw Bruins Slot mij stelt, is dus heel terecht. Ik stel hem net aan de minister, want ik wil het antwoord daarop ook weten. Los van het feit dat zij zich naar onze mening publiek moeten verantwoorden — dat is een heel goed middel — moet de minister er uiteindelijk ook voor zorgen dat er tegenmacht is.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Mevrouw Bouwmeester zegt terecht dat de minister datgene wat de zorgverzekeraar doet, moet controleren. Dat moeten wij eerst weten. Wij hebben daar echter toch een heel orgaan voor, de Nederlandse Zorgautoriteit? Wat doet de Nederlandse Zorgautoriteit niet goed op dit moment, en de minister dus ook niet, waardoor mevrouw Bouwmeester toch deze zorgwekkende signalen krijgt?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Ik ben mijn betoog ermee begonnen dat er met deze machtige minister, de machtigste vrouw van Nederland, aan het roer een aantal dingen heel goed zijn gegaan. Er zijn kosten bespaard en er zijn stappen vooruit gezet. Dat is het compliment. Er komt dan echter een komma met een "maar": we zijn er nog niet. Er is een aantal zaken dat nog verbeterd moet worden. Wij hebben een stelsel dat nog niet werkt zoals wij willen. Wij hebben een zorgautoriteit die vindt dat dit en dat nog moet. Ook dat vinden wij allemaal. Wat gebeurt er echter als er volgend jaar geen stappen zijn gezet? Je moet dus doelen stellen en een tijdpad daarvoor. Uiteindelijk moet je een sanctie hebben die je kunt inzetten op het moment dat het niet gebeurt. Die vraag stel ik aan de minister. Volgens mij zijn mevrouw Bruins Slot en ik het hartstikke met elkaar eens. Wij moeten in volle vaart vooruit. Eigenlijk wil het hele veld dat ook, maar laten wij er dan ook voor zorgen dat wij elkaar daarbij scherp houden.

Voorzitter. De minister en de Kamer hebben meer macht om te besparen als de uitgaven in de zorg inzichtelijk worden. Het is ons al jaren een doorn in het oog dat de ramingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) niet op de actuele cijfers zijn gebaseerd terwijl de hoogte van de premie hier wel mee samenhangt. Het BKZ werd jarenlang overschreden, maar wordt nu weer onderschreden. Minder uitgaven zijn goed nieuws, maar hoe weten we waardoor dit komt? In de begroting wordt met een aantal ontwikkelingen geen rekening gehouden. De vraag naar ziekenhuiszorg daalt, minstens net zo hard als in 2012, maar hoe komt dat? Is dat omdat huisartsen meer doen of omdat mensen vanwege het eigen risico naar lichtere vormen van zorg gaan of zelfs niet meer naar de zorg gaan? De oorzaken zijn niet bekend. Wat wordt er gedaan om dat inzicht wel te krijgen? Dat willen we stimuleren. Dit is in het belang van het vaststellen van de begroting, dus ook van de premie. Er kan wellicht nog veel meer worden bespaard en scherper worden geraamd en afgerekend, maar dat weten we niet omdat de informatie ontbreekt. Wat doet de minister om de informatie tijdig en volledig te krijgen?

In het zorgakkoord is afgesproken om doelmatig te gaan werken. Dat is hartstikke goed — nog een compliment — en een goede basis, maar hoe gaan we bewerkstelligen dat het wordt bereikt? Hoe gaat de minister, los van budgettering, sturen op de omslag naar het investeren in het gezond houden van mensen in plaats van het vullen van bedden? Zijn er in het zorgakkoord afspraken gemaakt over kwaliteit, prijs en volume tegelijkertijd? Dit is een belangrijke voorwaarde om te voorkomen dat aanbieders doorgaan zoals ze al deden, met het risico dat het geld in oktober op is, dat de kwaliteit niet is verbeterd en dat er wel wordt verspild. Daarvan is de patiënt de dupe.

Ik kom op mijn laatste punt: de patiënt. De zorg draait om patiënten en de mensen om hen heen, maar zij zijn helaas nog te vaak de zwakste schakel. Goede zorg maak je samen. Macht en tegenmacht kunnen alleen eerlijk worden verdeeld indien de patiënt ook echt een sterke positie, keuzevrijheid en regie krijgt. De positie kan worden versterkt als er beschikking is over informatie en over mogelijkheden voor de patiënt. Ik heb vijf punten in dit kader.

Het eerste punt betreft een centraal informatiepunt waar alle informatie over de zorg te vinden is. Informatie moet volledig, accuraat, tijdig en begrijpelijk zijn, zodat mensen kunnen kiezen, beschermd worden tegen verkeerde informatie en gewaarschuwd worden tegen kwakzalvers en prutsers. Hoe en per wanneer zorgt de minister ervoor dat deze informatie beschikbaar komt?

Het tweede punt is de zorgatlas. Er is een zorgatlas in de maak die op het niveau van de aandoening per aanbieder de kwaliteit kan meten. Deze atlas is een belangrijke informatiebron voor de patiënt en onderdeel van het informatiepunt. IQ healthcare maakt deze atlas in opdracht van de NPCF. Hiervoor zijn gegevens nodig, onder andere uit de Vektis-database van de zorgverzekeraars. Die gegevens zijn een schat van informatie, maar worden nog niet ter beschikking gesteld, terwijl dat juist zo belangrijk is voor de patiënt om hem in zijn kracht te zetten en hem macht te geven. Hoe regelt de minister dat deze informatie ter beschikking wordt gesteld aan de onderzoekers, zodat zij op een goede manier een zorgatlas voor ons allemaal kunnen maken, wat bovendien de zorgverzekeraars kan helpen bij de inkoop?

Het derde punt is kijk- en luistergedrag. De PvdA wil toe naar shared decision making. Daarbij wordt enerzijds de patiënt zo goed mogelijk geïnformeerd over de diagnose en behandelopties en wordt anderzijds geluisterd naar de wensen. Hoe kan de prikkel zo worden ingebouwd dat luisteren en overleg centraal staan in plaats van dure zorg? Ik wijs in dit kader op de chieflistening officer uit Nijmegen en de copatiënt.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Ik heb een vraag over het tweede punt dat mevrouw Bouwmeester aandroeg, namelijk over open data. Dat is informatie uit Vektis die openbaar zou moeten worden gemaakt. Het is heel mooi dat de PvdA daarover begint, want ook D66 vindt het heel belangrijk dat de zorgdata openbaar en toegankelijk zijn. Daarom heeft D66 in mei samen met GroenLinks een motie daarover ingediend. De Kamer heeft die aangenomen. De minister heeft in haar brief daarop gereageerd. Ik vraag mij af wat mevrouw Bouwmeester meer of anders wil dan in de motie staat.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

De zorgverzekeraars hebben een schat aan informatie, onder andere in die Vektis-database. Onderzoekers van IQ healthcare en de NPCF zeggen: zorg dat wij die informatie krijgen, dan kunnen wij die goed verwerken, want niemand heeft wat aan het zomaar opengooien van een database. Zij kunnen deze goed verwerken, zodat er een zorgatlas komt, waarin op basis van aandoening per aanbieder te zien is wat de kwaliteit is van de zorg, dus een knieoperatie is in dit ziekenhuis beter dan in dat ziekenhuis. Dan kun je scherp

inkopen en dan kan de patiënt kiezen. Die informatie komt maar niet vrij. Ik denk dat u die motie tijdens mijn zwangerschapsverlof hebt ingediend, en dat is hartstikke goed. Het is prima om daarop voort te bouwen, maar we zijn nu een halfjaar verder en die informatie is er nog niet. Ik vraag nogmaals — met D66, denk ik — aan de minister om ervoor te zorgen dat die informatie ter beschikking wordt gesteld. Zo deel je de macht van de zorgverzekeraar en vergroot je de macht van de patiënt.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Ik ben blij om te horen dat we inderdaad voor hetzelfde gaan. Ook wij vinden die transparantie heel belangrijk. Ik kan me goed voorstellen dat we inderdaad samen optrekken, ook met GroenLinks erbij, als het gaat om de beschikbaarheid van die open data.

**De voorzitter:**

Dan gaan we door naar mevrouw Bruins Slot.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Mag ik hier nog kort op reageren? Die motie is ingediend tijdens mijn zwangerschapsverlof. Het is misschien een beetje flauw om dat te zeggen, maar als ik het had geweten, dan had ik uiteraard genoemd dat GroenLinks en D66 hier al eerder om gevraagd hadden.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Dat was het punt niet, maar ik zal de motie even aan u laten zien, dan weet u waar het over gaat.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Prima.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ik ben het helemaal met mevrouw Bouwmeester eens dat het belangrijk is om ervoor te zorgen dat in de zorg niet alleen wordt betaald per verrichting, maar dat een goed gesprek of goed luisteren ook een belangrijke bijdrage aan goede zorg kan vormen en ook vergoed moet kunnen worden. Ik heb dat vorig jaar bij de begrotingsbehandeling de dbc kijk- en luistergeld genoemd. Toen was de PvdA nog iets minder enthousiast. Hoor ik het goed dat de PvdA nu ook zegt dat we moeten bekijken of we dit zorgbreed kunnen invoeren?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Wij zijn en blijven enthousiast over een gesprek. Zorg maak je samen. Zorg is een relatie tussen een verpleegkundige of een arts en een patiënt. Als zij het samen eens worden, kun je goede zorg bieden. Vorig jaar was er discussie omdat de artsen zeiden dat zij daar helemaal voor waren. Zij wilden extra geld bovenop wat zij deden. Zij wilden hiervoor een dbc, want als zij gingen praten, konden zij niet handelen. Volgens ons is dat niet de bedoeling, maar moet je juist zorgen dat een gesprek er integraal deel van uitmaakt, omdat je dan de zorgrelatie hebt en de zorg kunt verbeteren en omdat je er geld mee bespaart. Vorig jaar ging de discussie over de vraag of wij extra geld zouden geven om

dat te doen. Wij zeiden toen dat de prikkel moest worden omgedraaid, zodat het voeren van een gesprek, bijvoorbeeld om te voorkomen dat er te veel of onnodig wordt geopenbaard, centraal staat.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dan heeft mevrouw Bouwmeester de discussie vorig jaar verkeerd begrepen, want die ging over de prikkel of de uitkomstbepaling. De minister heeft in juni in het debat toegezegd aan de VVD en het CDA om de NZa alvast te laten kijken naar een dbc kijk- en luistergeld, als het gaat om zorg in de laatste fase. Ik vond dat een goede stap van de minister, maar ik zou willen dat dit breder in de zorg gebeurt. Deelt mevrouw Bouwmeester de mening dat we daar breder naar moeten gaan kijken?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Nu komen wij weer op het punt waar wij vorig jaar stonden. Wij zijn het erover eens dat het niet alleen gaat over de laatste levensfase, hoewel het daar wel cruciaal is, maar dat het zorgbreed is. Wij hebben dat vorig jaar gevraagd en de minister heeft het voorgelegd aan het veld, omdat zij dat een goed idee vindt. Het veld zei het ook goed te vinden, maar het is nu een jaar later en het is nog niet geregeld, dus we moeten de druk opvoeren. De vraag is hoe het kan — want ik geloof oprecht dat iedereen dat wil; artsen, verpleegkundigen, patiënten, u en ik — dat het nog niet is gebeurd. Dat is ook mijn vraag aan de minister.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Ik ga nog even in op het debatje tussen mevrouw Dijkstra en mevrouw Bouwmeester over de open data. Volgens mij zijn wij het erover eens dat die transparantie, van begin tot eind, er zo snel mogelijk moet zijn. Wij delen dus deze ambitie. Mijn vraag aan mevrouw Bouwmeester is daarom: op welke termijn zouden patiënten die inzichtelijkheid moeten krijgen?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Eigenlijk heb ik dit punt al gemaakt bij de begroting van vorig jaar. Gisteren zou dus beter zijn geweest dan vandaag.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Wij willen dat dit sneller gebeurt. U zegt dat u dit punt al vorig jaar hebt gemaakt. Ik zou het dan logisch vinden als de Kamer een termijn stelde, bijvoorbeeld drie maanden of een halfjaar; in ieder geval een concreet moment. Wat wilt u, op welk moment moeten patiënten die inzichtelijkheid hebben?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Ik begrijp deze vraag heel goed en ik zou ook het liefst "volgende week" willen zeggen. Wat wij willen, is dat die database zo snel mogelijk wordt opengesteld. Vervolgens zullen wetenschappers van IQ healthcare zo snel mogelijk aan de slag gaan om daar een begrijpelijke zorgatlas van te maken; want nogmaals, gewoon een databank openzetten helpt patiënten niet. Het moet dus goed worden aangepast aan de gezondheidsvaardigheden van mensen en begrijpelijk naar buiten komen. Ik zou daarom zeggen: zo snel als

verantwoord mogelijk is. We kunnen dit aan de minister vragen. Morgen krijgen we het antwoord van de minister. We kunnen in de tussentijd ook contact opnemen met de NPCF en met IQ healthcare en vragen: stel je voor dat jullie vrijdag die database krijgen, hoelang hebben jullie dan nodig om die informatie op te stellen en wel op zo'n manier dat patiënten goed kunnen zien wat de kwaliteit van de zorg is? Dat is trouwens niet alleen handig voor patiënten, maar ook voor zorgverzekeraars, want zo kunnen zij scherper inkopen op kwaliteit.

In het kader van de emancipatie van de patiënt wilde ik aandacht vragen voor het centraal informatiepunt, de zorgatlas, het kijk- en luistergedrag; dus geen -geld, maar -gedrag. Ik kom nu op mijn vierde punt: e-health. E-health is dé manier om zorg en informatie op maat, dichtbij en met behoud van privacy te borgen. Iedereen in het veld lijkt daarvoor, maar toch blijft de ontwikkeling een beetje hangen in projecten die zijn goedgekeurd en bewezen effectief zijn, maar niet structureel worden ingezet. En dat terwijl het juist heel goed is om daarop in te zetten in plaats van op andere behandelingen. Ik noem hierbij "Hallo Dokter" als voorbeeld, of e-mental health voor mensen die niet naar de huisarts of naar een verslavingskliniek willen. Mensen kunnen dit via internet doen. Minister, op welke manier gaat u deze innovaties stimuleren, zodat deze nu echt eens uit de startblokken komen?

Er gaat een lampje branden. Ik heb daarom nog één laatste punt, en wel de tolken. Mensen die onze taal niet machtig zijn maar wel zorg nodig hebben, lopen nu het risico te worden uitgesloten. Wij hebben daar vorig jaar samen met GroenLinks een punt van gemaakt. Op welke manier gaat de minister ervoor zorgen dat ook voor deze mensen de zorg toegankelijk is?

Kortom, de zorg kan gezonder, rechtvaardiger en goedkoper voor mensen, met meer zeggenschap voor de patiënt. Laten we daar nu samen — want we hebben elkaar allemaal nodig — de schouders onder zetten! Voorzitter, ik ben nu klaar met mijn betoog, maar ik zie dat er een paar vragen aankomen.

**Mevrouw Klever (PVV):**

Mevrouw Bouwmeester pleit voor meer zeggenschap voor de patiënt. De patiënt moet kunnen kiezen voor kwaliteit. Waarom is de Partij van de Arbeid dan voorstander van het afschaffen van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet? Dat betekent toch juist minder keuze voor de patiënt en meer macht voor de zorgverzekeraar?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Ik ben blij dat de PVV deze vraag stelt. U zei namelijk zelf al, heel terecht, in uw betoog: laten we stoppen met het financieren van slechte zorg. Nou, dat is precies artikel 13. Op basis van artikel 13 kan zorg worden uitgesloten. We gaan echter niet zomaar zorg uitsluiten en alle macht aan de zorgverzekeraars geven. Wij willen dat de kwaliteit van zorg inzichtelijk wordt. Als zorgverzekeraars vooraf kunnen aantonen dat de kwaliteit van een instelling of behandelaar slecht is, vinden wij dat zij moeten kunnen zeggen dat zij die zorg niet meer gaan vergoeden. Daarmee voorkomen we verspilling. De voorwaarde daarvoor is dat de kwaliteit inzichtelijk is, maar er is ook de voorwaarde dat er wat te

kiezen overblijft. Laten we ervan uitgaan dat er onder 100 zorgaanbieders twee prutsers zitten. Die sluiten we uit, daarmee beschermen we de patiënt. Bovendien blijven er nog 98 over om uit te kiezen. Dat is ons doel.

**De voorzitter:**  
Dank u wel.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**  
Ik ben een beetje langdradig, hè?

**De voorzitter:**  
Het is dat u het zelf zegt, anders had ik dat niet durven vaststellen. Mevrouw Klever?

**Mevrouw Klever (PVV):**  
In theorie is dat allemaal natuurlijk hartstikke mooi. Ook wij zijn vóór meer inzicht in kwaliteit voor de patiënt, maar de afschaffing van artikel 13 geeft de zorgverzekeraar alle macht om zorgaanbieders niet te contracteren. Het idee is natuurlijk dat ze slechte aanbieders niet contracteren, maar ze kunnen daardoor bepaalde zorg naar eigen willekeur gewoon wel of niet vergoeden. Dat is totaal in tegenspraak met de doelstelling van mevrouw Bouwmeester om de patiënt meer macht te geven.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**  
Dit is niet helemaal eerlijk. Net zei mevrouw Klever van de PVV dat wij slechte zorg zullen uitsluiten. Dat kan alleen maar door artikel 13. Dan zijn wij het dus met elkaar eens. Vervolgens wordt er gedacht: potverdorie, dan heb ik een boze patiënt aan mijn broek hangen. Volgens mij zijn wij het er eigenlijk best over eens. Wij zeggen namelijk dat je slechte zorg moet kunnen uitsluiten, op twee voorwaarden. Allereerst moet inzichtelijk zijn wat de kwaliteit is. Het moet dus aantoonbaar zijn dat het echt om slechte zorg gaat. Daar beschermen wij de patiënt mee. Ten tweede moet er iets te kiezen blijven. Ik zou het heel fijn vinden als mensen alleen nog maar kunnen kiezen voor goede zorg, voor een eerlijke prijs. Daar worden wij allemaal blij van. Het doel is het beschermen van de patiënt. Daar hebben zorgverzekeraars een instrument voor nodig. Dat moet transparant, want anders krijgen ze te veel macht. Uit mijn betoog blijkt juist dat ik bezig ben met macht en tegenmacht. Het wordt geen willekeur, maar het wordt wel beter en ook goedkoper.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**  
Ik leid uit het feit dat mevrouw Bouwmeester ook een punt maakt van tolken in de zorg, af dat zij ook vindt dat de brief van de minister hierover van vorige week niet voldoende is. Wat moet de minister volgens de PvdA-fractie nog meer doen dan zij vorige week in de brief heeft beschreven?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**  
Ik ben heel blij met deze vraag, want ik was iets vergeten bij het puntje "tolken". Het veld heeft namelijk zelf een norm vastgesteld om aan te geven wie wel een tolk nodig heeft en wie niet, en hoe je dat organiseert. Grote ziekenhuizen kunnen dit gemakkelijker regelen dan een kleine zorgaan-

bieder. Dit lijkt ons een heel goede tussenweg. De aanvullende vraag via mevrouw Voortman, via de voorzitter, aan deze minister is dus of deze norm een uitweg biedt zodat de zorg toegankelijk blijft, ook voor mensen met een taalachterstand.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**  
Volgens mij moet die norm nog vastgesteld worden. Die wordt volgens mij op 31 oktober vastgesteld, maar dat terzijde. Vreest mevrouw Bouwmeester niet dat mensen alsnog tussen wal en schip zullen vallen?

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**  
Het doel van die norm is te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen. Die norm is er al, maar moet inderdaad nog officieel worden vastgesteld. Mijn vraag aan de minister is of de norm hierbij kan helpen. Wij zijn het dus ook al eens.

**Mevrouw Leijten (SP):**  
Toen mevrouw Bouwmeester begon met haar betoog, sprak zij over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Zij zei dat er nog steeds een verschil is tussen mensen met een laag inkomen en mensen met een hoog inkomen, in hun levensverwachting en de zorgkosten die ze maken. Wij hebben veel feitelijke vragen gesteld. Dat doen wij altijd ter voorbereiding op een begrotingsbehandeling. Uit de antwoorden komt naar voren dat mensen met een modaal inkomen 24% aan zorg betalen. Dan hebben wij het over gezonde mensen. Mensen die drie keer zo veel verdienen, betalen nog maar 16%. Vindt de Partij van de Arbeid dit een eerlijke verdeling? Hoe hoger je inkomen is, hoe lager het percentage is dat je aan zorg besteedt.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**  
Ik betoogde iets anders, namelijk dat als je investeert in het gezond houden van mensen, zij een gelukkiger leven hebben. Dit levert meer welvaart op en je voorkomt zorgkosten. Ik begrijp heel goed dat de discussie weer over ziekte en zorg gaat. Wij doen daar ook aan mee. Ik wil echter graag dat de discussie gaat over de vraag hoe je die mensen gezond houdt. Hoe voorkom je dat mensen minder lang leven als ze in een achterstandswijk geboren worden? Wat moet je doen, bijvoorbeeld via selectieve preventie, om die mensen te bereiken? Suikerziekte, hartfalen en bepaalde vormen van kanker kunnen allemaal voorkomen worden als je bepaalde groepen mensen specifiek helpt. Dat is onze oproep aan het kabinet, aan de minister en de staatssecretaris.

**Mevrouw Leijten (SP):**  
Het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen heeft ook te maken met de betaalbaarheid van de zorg voor mensen met een inkomen. Er wordt terecht veel gesproken over de vraag hoeveel mensen eraan betalen. Ik steun de oproep die de Partij van de Arbeid doet om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen, maar ik vind het eigenlijk heel gek dat zij steunt dat iemand met een modaal inkomen bijna 8% meer van zijn inkomen betaalt aan zorgkosten dan iemand met drie keer zo veel inkomen. Dat vind ik gek. Dan hebben wij het nog niet eens

over al die mensen die hun premie niet kunnen betalen en het eigen risico dat voor heel veel mensen een boete is op ziek zijn, omdat ze geen keuze hebben om af te zien van zorg. De Partij van de Arbeid accepteert dus dat het verschil zo groot is tussen één keer modaal en drie keer modaal. Ik had graag gezien dat de Partij van de Arbeid ook zou zitten op het inkomensverschil en de zorgkostenverdeling, naast het pleidooi voor het voorkomen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ik constateer eigenlijk al uit het eerste antwoord dat mevrouw Bouwmeester het daar liever niet over heeft.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Het is jammer dat mevrouw Leijten een negatieve conclusie trekt. Ik had gehoopt dat zij eens met mij mee zou willen denken over hoe het wel kan. Ik wil voorkomen dat mensen ziek worden. Ik wil investeren in hun gezondheid. Als ze niet ziek worden, hebben ze geen ellende, geen verdriet en geen kosten.

Daarnaast is er een verschil tussen wat iemand met een laag inkomen netto aan zorgkosten besteedt en wat iemand met een hoog inkomen netto aan zorgkosten besteedt. Mensen zoals ik, zijnde Kamerlid, betalen veel aan zorgkosten. Ik doe dat in ieder geval met alle liefde, want ik kan het missen. Mensen met een laag inkomen betalen netto minder. Dat is heel goed. Dat vinden wij eerlijk en dat vinden wij netjes verdeeld.

Met betrekking tot het eigen risico heeft mevrouw Leijten mij zelf een oproep horen doen. Dat eigen risico van €350 is voor sommige mensen heel veel geld. Zorg er dan voor dat een zorgverzekeraar zich netjes gedraagt tegenover zijn klant en dus een betalingsregeling mogelijk maakt en dat dan vooraf communiceert met die klant in plaats van meteen €350 van de rekening af te halen waardoor zo iemand in de problemen komt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot zover de bijdrage van mevrouw Bouwmeester. Dan gaan we nu luisteren naar de heer Otwin van Dijk van de Partij van de Arbeid. Na hem geen we dineren.

□

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Voorzitter. Het is zeker niet de eerste keer dat ik het woord voer in deze plenaire zaal maar het is wel voor het eerst vanaf deze plek. Dat geeft toch wel een beetje het gevoel alsof het mijn maidenspeech is. Dat is het natuurlijk niet, dus u mag mij gerust interrumpen, maar via deze weg wil ik toch ook de medewerkers van de Kamer bedanken voor alle aanpassingen die zij hebben verricht om dit mogelijk te maken.

**De voorzitter:**

Ja, want het spreekgestoelte is speciaal voor u wat verlaagd.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Inderdaad. En voor de mensen die het nog niet is opgevalen, ook de eerste stoel is weggehaald. Dus het is nu helemaal klaar.

**De voorzitter:**

Kom maar op, hoor ik iemand nu roepen.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Dat klinkt mooi. En dat nog net voor het diner!

Voorzitter. Er wordt momenteel veel gesproken over de langdurige zorg, en terecht. Het afgelopen jaar stond in het teken van voorbereidingen voor de hervormingen die ingaan in 2015. Veranderingen die de samenleving en de politiek raken, want iedereen kent namelijk wel iemand in zijn omgeving die te maken heeft met de langdurige zorg. Als daar dan dingen gaan veranderen, maakt dat mensen onzeker, en dat snap ik goed. Maar veranderingen zijn wel nodig. De langdurige zorg dreigt financieel en bureaucratistisch namelijk volledig te ontsporen. Wegkijken en niets doen is dan onverantwoord. Dat is pas afbraak van de zorg voor huidige generaties en voor toekomstige generaties. Mensen met de laagste inkomens en de meest kwetsbare mensen worden de dupe als we het zorgsysteem in de soep laten lopen. Als de zorg voor de kwetsbare mensen je echt wat waard is, moet je er ook voor durven zorgen die veilig te stellen en die tijdig bij te sturen. Dat betekent dat er keuzes gemaakt moeten worden, en dat is niet altijd gemakkelijk. Het gaat de PvdA bij de hervormingen vooral ook om een inhoudelijke verandering. We hebben het in ons land namelijk ook wel heel erg ingewikkeld en soms ook onpersoonlijk gemaakt. Daar kennen we volgens mij allemaal wel voorbeelden van. Ik noem de ingewikkelde indicaties, de productieprikkelers in de zorgfinanciering, upcoding en zorgfraude, de talrijke protocollen waar zorgmedewerkers mee te maken hebben en formulieren die ingevuld moeten worden voor de verantwoording. Vlak voor de vergadering begon, hebben we van de Stichting Klokkenuiders Verstandelijk Gehandicapt haar zwartboek gekregen.

De zorgveranderingen zijn een uitgelezen kans om de zorg anders in te richten, dichtbij, minder ingewikkeld en minder bureaucratistisch, met ruimte voor gezond verstand en zeggenschap. Nu al laten tal van voorbeelden in ons land zien dat de zorg beter kan en ook goedkoper kan. Mijn bijdrage aan deze begrotingsbehandeling krijgt dan ook de titel "het kan wel"; het bruist namelijk van de goede initiatieven. Een bekend voorbeeld dat hier vaker wordt genoemd, is buurtzorg. Uit frustratie met de bestaande beknelling is een aantal jaren geleden begonnen met kleinschalige wijkteams met nauwelijks overhead. Wijkverpleegkundigen zijn zelf verantwoordelijk. Steeds meer organisaties gaan zich ook inrichten op basis van kleinschalige zelfsturende wijkteams, beter en goedkoper. Ook de zorgcoöperaties die in rap tempo in ons land ontstaan, zijn prachtige initiatieven, zoals in Laarbeek in Noordoost-Brabant of in Mariënveld in de Achterhoek. Mensen die zorg nodig hebben, zorgverleners en dorpsbewoners zijn samen eigenaar van zo'n zorgcoöperatie, kleinschalig, betrokken en nauwelijks overhead. Uit een recent onderzoek onder gemeenten die werken met zogenaamde keukentafelgesprekken blijkt dat dit leidt tot goede zorg, tevreden mensen en veel minder kosten. Dat is eigenlijk nogal logisch, want persoonlijke gesprekken leiden tot meer maatwerk en een oplossing die bij je past. Het gaat niet langer om standaardprotocollen die ergens in een administratiekantoor zijn bedacht, maar om jouw eigen persoonlijke omstandigheden. Dit soort initiatieven passen in de huidige trend om meer zeggenschap te willen

hebben over je leven, je vak en je zorg in de buurt. Noem het samenkracht, burgerkracht of participatiesamenleving, mij maakt het eigenlijk niets uit, als het maar werkt. Dat gaat echter niet vanzelf. Je ziet momenteel nog te veel klassieke reflexen, zoals ik het maar noem: concentratie en nog meer beheersprotocollen. Vorige week hoorden we dat zorgorganisatie Careyn uit het project regelarme zorg stapte, omdat er daardoor eerder meer dan minder regels ontstonden. Als dit soort voorbeelden doorgaan, missen we de echte vernieuwingsslag die zo hard nodig is.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik hoor de PvdA-fractie zorgen uiten over de regelarme zorginstellingen en zeggen dat het daar nu misgaat. Wat zou de PvdA-fractie ervan vinden als de CDA-fractie een motie indiende waarin zij de regering oproept om te stoppen met de HACCP — alle regels over jampotjes op tafel — en met de CQ-onderzoeken naar cliënttevredenheid, waar een dubbeling is? De zorgkantoren mogen ze dan ook niet meer opleggen, want daar gaat het nu mis.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Mevrouw Keijzer en ik zijn bondgenoten in de strijd tegen overbodige regels. U hebt een motie van mij gesteund in het debat over de langdurige zorg. U noemt een typisch voorbeeld van wat er mis kan gaan. Ik ken ook allerlei voorbeelden van maaltijdthermometers die exact moeten aangeven welke maaltijd wordt gekookt in een zorgorganisatie. Dat doet u thuis niet; ik waarschijnlijk ook niet. Of beter gezegd: ik zeker niet, en u waarschijnlijk thuis ook niet! Ik ga dus met zeer veel sympathie naar uw motie kijken, maar als u het niet erg vindt, zou ik haar wel graag eerst even zien.

**De voorzitter:**

Graag via de voorzitter, zeker als het gaat over een maaltijdthermometer!

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Zeker.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Dat is goed nieuws, want we vinden elkaar op het mooie van de regelarme instellingen. De vorige staatssecretaris heeft dat geëntameerd en de huidige staatssecretaris heeft het met verve overgenomen. Het is dus heel goed dat wij met elkaar kijken naar een motie die dit soort idioterie — laten we het gewoon noemen zoals het is — van tafel krijgt, maar dan wel op zo'n manier dat ook zorgkantoren ze niet meer kunnen opleggen, want daar gaat het nu mis.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Zeker. Volgens mij hoorde dat ook bij de eerdere motie die mevrouw Keijzer en ik hierover hebben ingediend. Gelet op de lichaamstaal van mevrouw Agema begrijp ik dat zij ook wil meedoen met de motie, dus dat is mooi nieuws. Dit is eigenlijk uitlokking, voorzitter; neemt u mij niet kwalijk.

Voorzitter. De meeste mensen willen het liefste zo lang mogelijk blijven wonen in hun eigen vertrouwde woning,

in de omgeving die ze kennen. Gelukkig wordt er ook geïnvesteerd in zorg in de buurt, in extra wijkverpleegkundigen en in sociale wijkteams. Het buurtzorgachtige model moet wat ons betreft dan ook de norm worden voor de nieuwe wijkzorg. Ik had het daar al eerder over. Ik zei al dat steeds meer zorgorganisaties zich zo gaan inrichten. Het inkoopbeleid moet daar ook op gericht zijn. Wij vragen de staatssecretaris hoe hij hierop gaat sturen. Hoe voorkomen we namelijk dat we straks dezelfde inkooptoestanden krijgen die nu vaak te zien zijn bij de zorgkantoren? Hoe maken we van het project regelarme zorg — hiermee borduur ik een beetje voort op de vraag van mevrouw Keijzer zonet — echt een succes, ook gelet op de recente ervaringen?

Gemeenten moeten aan de slag met sociale wijkteams. Generalistische wijkwerkers of buurtcoaches moeten een einde maken aan de versnippering en aan de verkokerde hulpverlening bij mensen thuis. Goede voorbeelden zijn te vinden in Eindhoven, Doetinchem, Enschede en Leeuwarden. Het recente onderzoek bij gemeenten die werken met de zogenaamde keukentafelgesprekken, waarover ik het al eerder had, laat bovendien een mooi resultaat zien: persoonlijkere zorg, tevreden mensen en minder kosten. Het kan dus wel. Hoe gaat de staatssecretaris, samen met de VNG, deze voorbeelden delen met alle gemeenten? Hoe zorgt hij ervoor dat best practices in dezen de norm worden?

**Mevrouw Leijten (SP):**

Daar zijn de wijkteams van de Partij van de Arbeid weer; de grote wens voor alle gemeentes. Maar wij gaan gemeentes geen regels opleggen. Dat hebben wij al gezien bij de behandeling van de Jeugdwet. Wij geven ze een zak geld en als zij het ergens anders aan uitgeven, is dat geen enkel probleem. Dat is het nieuwe zorgbeleid van de Partij van de Arbeid als de zorg naar de gemeenten gaat. Er zijn verschillende rapporten. In een daarvan is sprake van een verlies van bijna 100.000 banen. Het witwasrapport van de regering spreekt over het verlies van 36.000 banen, dus laten wij het daar dan over hebben. Wat vindt de heer Van Dijk van het verlies van 36.000 banen in de zorg? Vindt hij niet dat die bezuiniging wel heel erg eenzijdig neerkomt bij de mensen die nu met hart en ziel in de zorg werken?

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Ik kom in mijn bijdrage nog terug op de arbeidsmarkt in de zorg, maar ik wil hierover nu alvast wel wat zeggen. Door hervormingen in de zorg komen er banen bij en gaan er banen af. Banen veranderen ook van inhoud. Ik wil er helemaal niet voor weglopen dat dit iemand raakt die in de zorg werkt, zeker als betrokkene dreigt zijn of haar baan kwijt te raken. Ik vind het dan ook verstandig dat deze staatssecretaris samen met de sociale partners, werkgevers en werknemers, oplossingen zoekt en overlegt over de vraag hoe je de effecten zo veel mogelijk kunt beperken. Dat kan door mensen om, her en bij te scholen, door flexarbeid aan de onderkant aan te pakken. Daar waar mensen dreigen hun baan te verliezen, moeten wij mensen niet loslaten, maar ze van werk naar werk helpen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

In het witwasrapport van deze regering wordt daarmee op de meest rooskleurige manier rekening gehouden. Toch staan er 36.000 mensen op straat. Het gaat om een bezuini-



ging van 36.000 mensen, die op dit moment mensen verzorgen. Deze mensen zullen ook zonder zorg komen te zitten. Mantelzorgers en vrijwilligers zullen voor hen moeten gaan zorgen en misschien moeten er wel werklozen worden ingezet. Vanochtend heeft uw coalitiepartij, de VVD, gezegd: nou ja, "so be it", de zorg is geen werkgelegenheidsproject. Waar gehakt wordt, vallen spaanders en wij vinden het niet erg. Geldt dat ook voor de Partij van de Arbeid? Of gaan wij er in de komende tijd alles aan doen om dat aantal van 36.000 ontslagen niet hoger, maar lager te laten zijn? Dat is eigenlijk wel de bottomline. Gaan wij geld inzetten voor zorg of voor andere zaken? Ik heb in mijn termijn veel besparingsopties gegeven. Ik zal u daarover straks ook nog een vraag stellen. Gaat de Partij van de Arbeid strijden tegen de werkloosheid die dit beleid oplevert, of sluit zij zich aan bij de VVD, die zegt: ach, de zorg is geen werkgelegenheidsproject?

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

De zorg is per definitie een werkgelegenheidsproject, omdat er mensen in de zorg werken; mensen die elke dag mensen helpen met de dingen die zij niet zelf kunnen, of die mensen helpen om te leren weer zelf dingen te doen waarvan zij dachten dat zij ze niet konden of die zij tot op dat moment nog niet konden. Ik zou het wel prettig vinden dat mevrouw Leijten, als zij rapporten citeert, ook aan dat aspect aandacht besteedt. Zij trekt meteen de conclusie dat mensen volop zonder zorg komen te zitten. Als je kijkt naar het onderzoek naar de keukentafelgesprekken of als je kijkt naar de succesvolle werkwijze van een aantal thuiszorgorganisaties, dan zie je dat sommige mensen samen of zelf dingen leren die ze tot dan toe niet konden of waarvan ze dachten dat zij ze niet konden. Door het revaliderende karakter in de zorg terug te brengen, help je mensen om eruit te halen wat erin zit. Ik zou het fijn vinden als dat deel van de zorg hervormingen er ook bij betrokken werd.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik denk dat niemand er iets op tegen heeft dat organisaties als Buren voor Buren eerst de buurman vragen, bijvoorbeeld voor het buitenzetten van de vuilnisbak. Daardoor kunnen de zorgkosten naar beneden. Dat is fantastisch en je krijgt ook nog betere relaties met je buurman of buurvrouw. Thuiszorgmedewerkers worden voor betere zaken ingezet. Wat steekt, is dat de Partij van de Arbeid onder dwang van de VVD de helft van de thuiszorg schrapt en daaromheen vervolgens een mooi verhaal verzint. Weest u daar toch eerlijk in!

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Ik ben eigenlijk wel blij dat ik het voorbeeld dat mevrouw Agema zojuist noemde, kan betrekken bij volgende debatten. Ik zie dat zij, net als ik, zoekt naar voorbeelden die maken dat wij meer betrokkenheid bij elkaar organiseren. Wij moeten betere zorg krijgen en de professionals inzetten waar dat echt hard nodig is, zoals bij lijfsgebonden zorg. Tegelijkertijd moeten wij erop letten dat wij de kosten in de hand houden. Ik ben eerlijk gezegd aangenaam verrast door de bijdrage van mevrouw Agema in deze interruptie.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Wat een onzinnig antwoord.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**  
Oh!

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik heb nooit gezegd dat de zorgkosten maar uit de hand moeten lopen en ik sta hier al heel wat jaren langer dan de heer Van Dijk. Ik heb Buren voor Buren al zo vaak aangehaald en gezegd: ga op die manier kijken, kijk of de omgeving ook wat kan doen. Maar dat is iets heel anders dan wat de PvdA nu doet onder dwang van de VVD, die de hele thuiszorg maar poetshulp vond en van mening was dat 90% ervan maar moest verdwijnen. Onder dwang van de polder is die 90% van de thuiszorg schrappen 50% geworden. En dan nu zeggen: ja, maar mevrouw Agema ... Dat is echt onzin! De Partij van de Arbeid heeft ervoor getekend dat 170.000 mensen hun zorg kwijttraken en dat 50.000 mensen hun baan kwijttraken. De Partij van de Arbeid kan hier niet volhouden dat het allemaal gaat om overbodige zorg.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Hier scheert mevrouw Agema weer alles over één kam. Het is niet zo dat de thuiszorg massaal en massief voor 50% wordt gekort. Er wordt ook geïnvesteerd in de thuiszorg. Er komen extra wijkverpleegkundigen bij. Er komen sociale wijkteams om de zorg dichtbij en samen met mensen te organiseren. En ja, wat de huishoudelijke zorg en de huishoudelijke hulp betreft, vragen wij aan mensen die het zelf kunnen betalen om dat zelf te betalen. Dat debat hebben wij gevoerd, maar laten we hier nu alstublieft niet het beeld opwekken alsof de thuiszorg massaal gesaneerd zou worden. Dat is niet waar. Er wordt ook in grote delen van de thuiszorg geïnvesteerd.

Zorgverzekeraars en gemeenten moeten veel meer gaan samenwerken om welzijn en zorg in de wijk en eerstelijnszorg te verbinden. Dat levert een stevige basis op om langer thuis te blijven wonen en de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Je ziet in gemeenten als Venlo, Doetinchem en Nijmegen hoe dat kan, goede samenwerkingsverbanden tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Investeren in sport, in de buurt, in welzijn en in preventie. We hebben in het hoofdlijnen debat een motie ingediend over de langdurige zorg, over de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en we horen graag welke vorderingen de staatssecretaris heeft gemaakt op dit punt.

Mijn collega Bouwmeester had het in haar eerste termijn over macht en tegenmacht in de curatieve zorg. De patiënt moet een sterke positie hebben en voldoende eigen regie. Dit moet ook gelden voor cliënten in de langdurige zorg. De PvdA wil ver weg blijven bij nog meer regels, extra protocollen of benchmarks die weinig zeggen over de kwaliteit van zorg en over hoe die zorg wordt ervaren door cliënten. Wij willen dan ook een onafhankelijke kwaliteitsmonitor, die wordt uitgevoerd door de cliënten- en patiëntenbeweging zelf, in samenwerking met VWS. We geven zo gehoor aan de belangrijkste speler in het veld, de cliënt. Ik hoor graag van de staatssecretaris hoe hij hier tegenaan kijkt.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik hoor graag hoe de PvdA-fractie hier tegenaan kijkt. Ik heb in het begin vele voorbeelden gehoord van dingen die nu in de praktijk goed gaan. Keukentafelgesprekken, wat heb je echt nodig, minder zorgkosten. Ik heb eigenlijk dezelfde vraag aan de PvdA-fractie als ik net al stelde aan de VVD-fractie: waarom dan de Wet maatschappelijke ondersteuning aanpassen? Al die mooie zaken die wij met elkaar delen, kunnen nu immers ook al. Dan hoeft je niet een wet aan te passen, terwijl de Raad voor de rechtspraak waarschuwt voor rechtsonzekerheid en rechtsongelijkheid.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

De Wet maatschappelijke ondersteuning moet sowieso worden aangepast. Er gaat een aantal taken uit de AWBZ over naar de Wet maatschappelijke ondersteuning. Dat betekent dat de wet daarvoor klaargemaakt moet worden. Een aantal wethouders, met name een wethouder van de partij van mevrouw Keijzer, pleit er ook voor dat we wel rekening moeten houden met ongewenste effecten zoals die zich nu op een aantal punten voordoen. Ik wil graag inhoudelijk een debat met haar voeren op het moment dat het er toe doet en dat het daarover gaat. Dat is de Wmo. Die ligt op dit moment nog ter consultatie voor bij het veld en zal ongetwijfeld op een aantal punten worden aangepast. Misschien is het verstandiger dat we het debat daarover voeren op dat moment. Ik ga ervan uit dat de staatssecretaris ook een aantal opmerkingen die na de veldconsultatie naar boven komen, zal verwerken in de nieuwe Wmo-tekst. Misschien is dat wel het beste moment.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik hoor de fractie van de PvdA zeggen dat de uitvoering van de huidige Wmo nu ongewenste effecten heeft. Dan is het toch goed om te weten welke effecten dat zijn? In een eerder debat heb ik gevraagd om mij te laten zien waar het misgaat. Ik heb die ongewenste effecten niet gezien. Ik vraag de heer Van Dijk dus nogmaals of hij de Wmo nu echt op zo'n manier wil aanpassen, want daar gaat het natuurlijk om, dat mensen overgeleverd zijn en in een situatie van rechtsonzekerheid terecht komen. Ik kan mij niet voorstellen dat de PvdA-fractie dat steunt.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Natuurlijk wil niemand dat mensen worden overgeleverd aan rechtsongelijkheid of rechtsonzekerheid. Daar gaat het naar mijn mening ook niet over. Overigens adviseer ik mevrouw Keijzer om, als zij wil weten welke knelpunten worden ervaren door gemeenten, patiëntenorganisaties en mensen zelf, contact op te nemen met een aantal oud-collega's van haar en mij die daarmee werken, samen met lokale afdelingen. Het gaat mij evenwel veel meer om het volgende. Als wij af willen van een stelsel dat gebukt gaat onder dikke protocollen en boeken vol met standaardindicaties en als wij willen overgaan op een stelsel met persoonlijke gesprekken en maatwerkoplossingen die beter aansluiten bij de positie van elk individueel, uniek mens, dan moeten we daarvoor de ruimte scheppen. Over de wijze waarop we dat het beste kunnen doen, met houvast en zekerheid voor mensen, ook in dat proces, ga ik graag het gesprek aan op het moment dat de Wmo voorligt. Overigens gaan we allemaal op dit moment al het gesprek aan met mensen die zich daarmee bezighouden en die daarover

ideeën hebben. Dat nemen we mee in de debatten die nog komen.

Ook op het gebied van de intramurale zorg is een flinke vernieuwingsslag nodig. Er wordt dagelijks liefdevol zorg verleend, maar het aanbod is toch nog te vaak standaard. Zorgelijk is bovendien de recente concentratie van intramurale zorg in grotere complexen. Die staat haaks op de kleinschaligheid en de buurtbetrokkenheid die wij voorstaan. Voorbeelden als Arduin in Middelbrug, de Meander-Groep in Kerkrade en de pgb-wooninitiatieven laten zien dat kleinschalige zorg prima kan. Hoe gaat de staatssecretaris daarop sturen? Hoe voorkomen wij dat zorgkantoren soms strenger zijn met zorgcontractering dan gelet op de beschikbare middelen nodig is? Ik hoor daarop graag een reactie van de staatssecretaris.

Zorggeld moet zo veel mogelijk naar zorg gaan. Toch zijn er momenteel enorme verschillen in de overheadpercentages van zorginstellingen. Van enkele procenten tot soms tientallen procenten. Zorggeld moet niet gaan naar onnodige formulieren, stenen, managers, leaseauto's of enorme reserves op de bank. Ook hier laten voorbeelden zien dat het anders kan: minder overhead, meer zorg. We roepen de staatssecretaris op om met de sector afspraken te maken over maximale overheadpercentages en reserves; een overheadnorm in de zorg dus. Het gaat immers om publiek geld. Met inkoopvoorwaarden van gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren moet daarop gestuurd worden.

**Mevrouw Leijten (SP):**

In verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg — dus eigenlijk in de hele sector zonder de gehandicaptenzorg — is het gemiddeld eigen vermogen 22,4%. Als ik het goed hoor, dan vindt de PvdA-fractie dat dat geld op de bank ingezet moet worden voor zorg. Dat zijn miljarden. Wat gaat de Partij van de Arbeid precies doen om dit te regelen?

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Ik kan mij met mevrouw Leijten talloze zaken voorstellen waaraan dat geld beter besteed kan worden; gewoon zorg bij mensen die dat nodig hebben. Mevrouw Leijten vraagt wat wij eraan gaan doen. Ik roep de staatssecretaris op om dit niet te laten lopen. Iedereen roept in tweets: zorggeld moet naar zorg, hoe gaan we dat organiseren? Ik roep de staatssecretaris op om daarvan werk te maken, afspraken te maken met de sector en ervoor te zorgen dat wij kunnen controleren hoe de sectorcode eruit komt te zien. Dat kan leidend zijn bij de inkoop van zorg.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Weet u, ik vind een sectorcode een beetje slappe hap. Iedereen die daaraan niet wil meedoen, hoeft er niet aan mee te doen. Laat ik echter eens meegaan in die sectorcode van de PvdA. Dan doen wij tenminste iets. Vrijdag hebben we een brief gekregen van de staatssecretaris van dezelfde partij waarin staat: ik doe niets. Ik heb een halfjaar geleden het verzoek gedaan om de vermogenspositie in kaart te brengen en om aan te geven of daarmee iets gedaan kon worden; de voor- en nadelen van het afromen. De staatssecretaris zegt echter: ik doe niets, ik vind het een voordeel dat zij geld oppotten, dat is verantwoordelijk in het kader van de marktwerking want daarmee kunnen zij mogelijke

klappen gevangen. Ze vangen echter geen klappen op; ze ontslaan mensen en ze verhuizen mensen. Ik heb het voorbeeld genoemd van mevrouw Gouw. Ik zou graag eens zien dat de PvdA doorbijt. Laten wij met zijn tweeën het initiatief nemen voor zo'n sectorcode. Laten wij er dan wel voor zorgen dat de staatssecretaris die echt moet opstellen. Ik vraag de PvdA of wij in tweede termijn een motie gaan indienen voor een sectorcode — dan stap ik dus over heel veel bezwaren heen, zoals de heer Van Dijk weet — om in elk geval iets te doen. De staatssecretaris heb ik het al gevraagd en die heeft vrijdag een briefje gestuurd waarin staat: ik doe niets.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Ik ben zeker voornemens om hierover in tweede termijn een motie in te dienen. Laat ik ook mijn zegeningen eens tellen, met een blije mevrouw Leijten die zegt dat wij in elk geval iets doen. Daar was het mij zeker ook om te doen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Bij de topbeloningen is het ook geprobeerd met codes en dat heeft er niet toe geleid dat de beloningen meer in de hand werden gehouden. Daar moest uiteindelijk wetgeving aan te pas komen. Ik vind het wel een goed idee om in elk geval te proberen hier met zo'n code — laten wij dat als eerste stap doen, dan kunnen wij indien nodig altijd nog een wet vaststellen — iets aan te doen. Dan zou het wel goed zijn als de heer Van Dijk de staatssecretaris een aantal concrete handvatten geeft. Mevrouw Leijten heeft net al gezegd dat het eigen vermogen gemiddeld 22,4% bedraagt. Wat zou volgens de PvdA een goed percentage zijn om vast te stellen voor het eigen vermogen?

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Die vraag vind ik nu lastig te beantwoorden. Laat ik daar eerlijk over zijn. Wij zien immers ook verschillen tussen zorgorganisaties. Zoals ik al zei, heeft de ene organisatie maar enkele procenten overhead en de andere tientallen procenten, soms tot meer dan 30%, overhead. Het lijkt mij verstandig om op zoek te gaan naar voorbeelden — ik ken ze en mevrouw Voortman waarschijnlijk ook — waarin ontzettend goede zorg wordt geleverd tegen nauwelijks overhead. Het lijkt mij verstandig om dit debat niet te beladen opmerkingen als "ik vind dat dit moet" of "ik vind dat dat moet". Er kunnen ook verschillen zijn, bijvoorbeeld waar het gaat om de positie van nieuwbouw die een zorgorganisatie al dan niet heeft. Wij moeten met elkaar dit debat aangaan om ervoor te zorgen dat wat wij uiteindelijk allemaal willen, gaat lukken.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Ook de PvdA wil dat zorggeld naar de de zorg gaat en zegt: laten wij eerst eens kijken naar de goede voorbeelden. Ik neem aan dat de PvdA-fractie in elk geval vindt dat het percentage van 22,4 substantieel omlaag moet.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Wij willen die goede voorbeelden niet alleen analyseren omdat wij alleen naar die voorbeelden willen kijken. Wij willen weten wat de norm moet zijn die uiteindelijk moet landen in die sectorcode. Het is geen vrijblijvend zoektochtje

naar leuke voorbeelden. Er moet echt een norm uitkomen die wij met elkaar verantwoord vinden.

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Ik vind dit op zichzelf een sympathieke denkrichting van de PvdA. Uiteindelijk moeten wij natuurlijk gewoon sturen op kwaliteit, op uitkomsten, in de langdurige zorg. In die zin stuur je hier op organisatie- of procesindicatoren. Dat kan interessant zijn, maar het kan niet meer dan een tussenstap zijn naar echte uitkomstbekostiging. Ik wil even markeren dat ik echt blij ben dat de heer Van Dijk gelijk zegt dat een sectorcode goed kan zijn om richting te geven, maar dat wij goed oog moeten houden voor allerlei verplichtingen die instellingen kunnen hebben. Het kan bijvoorbeeld buitengewoon verstandig zijn om een hoog eigen vermogen hebben als je allemaal panden uit de jaren zestig hebt die over een jaar of vijf vervangen zouden moeten worden. Is hij dat laatste met mij eens?

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Er kan altijd een situatie zijn van "please explain", leg eens uit waarom het in een bepaald geval legitiem kan zijn om een hoog eigen vermogen te hebben. Het kan zijn dat je aan de vooravond staat van een investering of dat je innoveert in nieuwe vormen van zorg, waardoor je tijdelijk wat meer geld uitgeeft dan wij op basis van die sectorcode met elkaar acceptabel vinden. Dat soort uitzonderingen moeten er zijn. Laten wij echter wel met elkaar afspreken dat het belangrijk is dat als wij vinden dat het zorggeld naar zorg moet, wij moeten willen leren van de organisaties die dat goed kunnen. Zo kunnen wij organisaties die dat niet goed kunnen een flinke schop in de goede richting geven.

**De heer Van 't Wout (VVD):**

Ik ben het er zeer mee eens dat wij moeten kijken naar de organisaties die dat heel goed doen. Volgens mij is de heer Van Dijk het ook met mij eens dat wij niet hier vanuit Den Haag tot in detail de bedrijfsvoering van instellingen moeten gaan doen, maar dat wij moeten kijken hoe men het kan gaan doen zoals bijvoorbeeld Buurtzorg, Arduin of alle andere mooie instellingen die wij kennen.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Zeker.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik sluit mij aan bij de laatste woorden van de heer Van 't Wout. Het kan toch niet zo zijn dat wij vanuit Den Haag gaan bepalen hoe de bedrijfsvoering van instellingen is? Ik hoor de heer Van Dijk spreken over minder regels, meer loslaten en meer verantwoordelijkheid naar de gemeenten. Het kan toch niet zo zijn dat wij hier vanuit Den Haag nu gaan bepalen hoe die overhead en die bedrijfsvoering eruit moeten komen te zien? Los van het feit ... Ik word niet snel afgeleid, maar nu even wel. Ik kan me voorstellen dat we de gemeenteraad de verantwoordelijkheid geven voor bijvoorbeeld het gaan stellen van kwaliteitscriteria, maar ik vind het echt te ver gaan om daarbij vanuit Den Haag een rol te spelen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):

Dat is weer een ander geluid. Ik vind dit belangrijk. Het gaat hierbij om publiek geld dat bedoeld is voor zorg. Nee, we gaan hier niet zeggen hoe organisatie X in stad Y met de overhead moet omgaan. Maar we vinden hier wel met elkaar dat het geld voor de zorg goed moet worden besteed en dat er iets voor moet gebeuren om dat te bewerkstelligen. Ik heb er niet voor gepleit om hiervoor gelijk een landelijke wet te maken, maar ik pleit er wel voor om de sector zelf zijn verantwoordelijkheid te laten nemen. Men moet laten zien dat men dat aankan.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Het gaat hierbij wel om bedrijven. Zij hebben het hartstikke lastig met alle veranderende regelgeving. Die regelgeving, die vanuit Den Haag naar ze toe komt, maakt het voor deze bedrijven überhaupt moeilijk om tot een gezonde bedrijfsvoering te komen. Er zijn ontzettend veel veranderingen op komst. Ik zou daarom zeggen: laat deze business straks over aan de gemeenteraad. Die kan allerlei eisen formuleren. Dat lijkt me beter dan dat we in Den Haag toch weer een soort code opstellen. We weten allemaal dat het in de praktijk heel lastig is om zo'n code te handhaven. Dat geldt ook voor een te bepalen norm voor de overhead. Wat doe je met de administratie die een verpleegkundige er even bij doet? Hooft dat bij de overhead? We komen zo in allerlei rare discussies terecht. Ik wil mijnheer Van Dijk daarom echt adviseren om vertrouwen te hebben in de instellingen en in de gemeenten. Zij zullen daarover uiteindelijk gaan.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):

Het gaat hierbij niet alleen om gemeenten, maar ook om zorgverzekeraars en om zorgkantoren. Ik ben eigenlijk wel enigszins verbaasd over de oproep van mevrouw Bergkamp. Heel kort samengevat roept zij ertoe op om de boel maar de boel te laten, omdat het dan vanzelf wel goed zou komen. We hebben de afgelopen tijd juist gezien dat dat niet geldt. We hebben enorme verschillen naar voren zien komen. Mijn oproep aan de sector is: leer van de goede voorbeelden en straf de slechte voorbeelden af. Inkoopers moeten medeverantwoordelijk worden voor het letten op de kwaliteit. Ik ben het zeer eens met de sprekers die dit zeggen. Maar een onderdeel van kwaliteit is volgens mij, dat er niet te veel geld gaat naar zaken die helemaal niets met zorg te maken hebben. Ik vind dat echt een opdracht die valt onder onze publieke verantwoordelijkheid.

Er gaat veel veranderen in de langdurige zorg. We snappen dat veranderingen mensen onzeker maken. Daarmee begon ik mijn bijdrage. We zullen echter ook eerlijk moeten zijn. Mensen zullen meer samen moeten regelen en ze zullen meer zelf moeten betalen als ze dat kunnen. We zorgen echter altijd voor een vangnet voor mensen die dat niet kunnen. Meer eigen kracht of "samenkracht" staat niet voor: u zoekt het zelf maar uit. Het vraagt om een overheid en zorgorganisaties die stevig zijn verankerd in wijken en buurten, die zich niet verschuilen in hoofdkantoren en achter ingewikkelde indicatieprocedures, en die in persoonlijk contact proberen om mensen te helpen om eruit te halen wat erin zit. Uit het onderzoek naar keukentafelgesprekken, maar ook uit de manier waarop sommige zorgorganisaties werken, blijkt dat dit mogelijk is.

Veranderingen hebben ook consequenties voor de werkgelegenheid.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Als er iets van cruciaal belang is, zeker in tijden van transitie, dan is het wel de onafhankelijke cliëntenondersteuning. Ik verbaas me er sowieso over dat dit eigenlijk nog niet aan de orde is geweest tijdens dit debat. In het Herfstakkoord is afgesproken om op deze cliëntenondersteuning 25 miljoen te bezuinigen vanaf volgend jaar, dus nog niet in de begroting waarover we nu spreken. Volgens mij is dat een vergissing. Zou het niet een goed idee zijn om te bekijken of we die bezuiniging ongedaan kunnen maken?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):

De Kamer is unaniem voor onafhankelijke en goede cliëntenondersteuning. Dat is in de afgelopen jaren in verschillende moties vastgelegd, ook nog eens bij het hoofdlijnen-debat. Het is inderdaad zo dat in het Herfstakkoord staat dat vanaf 2015 een extra korting wordt doorgevoerd voor de organisatie MEE. Dit is overigens ook een jaar waarin MEE over zou gaan naar de Wmo en in het budget voor het ontschotter sociale domein zou vallen. De specifieke korting valt dus wellicht ook weg in dat perspectief. Belangrijker vind ik de vraag hoe wij de positie van de cliëntondersteuning straks in de Wmo voor ons zien. Die vraag wil ik, via mevrouw Voortman, ook aan de staatssecretaris stellen. Ja, MEE gaat over naar de Wmo. Daarmee vervalt de automatische winkelnering. We hebben met elkaar afgesproken dat er ook andere vormen van cliëntenondersteuning mogelijk zijn. Het lijkt mij verstandig om goed te letten op een borging van de onafhankelijke cliëntenondersteuning. Die moet landen in een breed sociaal domein. Dit moet niet alleen een plek krijgen in de Wmo en in de AWBZ, maar uiteindelijk ook in de jeugdzorg. We hebben daarvoor nog even de tijd, want het gaat hierbij niet om een korting in het jaar 2014.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het gaat inderdaad om de begroting voor 2015, maar mensen maken zich er nu al zorgen over. Dan zou het toch goed zijn om daar nu al duidelijkheid over te geven. De PvdA-fractie heeft het over het borgen van cliëntondersteuning, maar daar zijn we allemaal voor. Maar dan moeten we ook eerlijk zijn: dat kost ook wat. Als je een organisatie een korting van 25 miljoen oplegt, is dat heel veel geld. Daarom nogmaals mijn vraag: betekent dit dan dat de PvdA ook bereid is om te kijken of we deze bezuiniging kunnen schrappen? Het gaat om een relatief klein bedrag. Dan zou het toch mogelijk moeten zijn om op heel korte termijn te zoeken naar een alternatief en daarmee niet te wachten tot volgend jaar bij de begroting. Is de PvdA daartoe bereid?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):

Voordat we ons specifiek focussen op een bepaald bedrag voor een bepaalde stichting, lijkt het mij belangrijker dat we met elkaar delen wat we met cliëntondersteuning willen. Dat wordt straks namelijk ook onderdeel van de Wmo. Het is geen mooie bezuiniging, laat ik dat maar eerlijk toegeven. Maar het lijkt mij verstandig om, voordat wij in aparte onderwerpen gaan duiken, eerst aan de staatssecretaris te vragen om met een goed verhaal te komen over die nieuwe

positie van de cliëntondersteuning, na al die veranderingen. En ook in het proces van al die veranderingen.

Voorzitter. Veranderingen hebben ook consequenties voor werkgelegenheid van mensen die in de zorg werken. We hebben het daar al even over gehad. Banen veranderen van inhoud, er verdwijnen banen en er komen andere banen bij. We vinden het goed dat de staatssecretaris in overleg is met sociale partners om deze veranderingen zo fatsoenlijk mogelijk te laten verlopen en om de gevolgen zo veel mogelijk te beperken. Een gezonde arbeidsmarkt betekent tegelijkertijd ook dat de doorgeslagen flexcontracten moeten worden aangepakt. De PvdA is blij dat het kabinet daar werk van maakt.

Het kan echt anders met de langdurige zorg. We moeten los komen van de doorgeslagen ingewikkeldheid van het huidige systeem, van het steeds verder aanscherpen van hetzelfde bureaucratische systeem, omdat het te duur is geworden. We willen een alternatief waarin ruimte is voor sociale netwerken, voor mensen en voor professionals, voor een thuiszorg waarin wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams zorg dichtbij leveren, waar mensen die niet langer thuis kunnen blijven wonen persoonlijk en kleinschalige zorg krijgen vanuit de AWBZ of straks de LIZ. En dat in een samenleving waarin we voor elkaar klaar staan. Er zijn voorbeelden genoeg in het land die laten zien dat het kan. Het kan wel. Het gaat echter niet vanzelf. We zullen daar met zijn allen voor aan het werk moeten.

**De voorzitter:**

Tot zover de bijdrage van de Partij van de Arbeid in de eerste termijn. Ik schors de vergadering nu voor het diner.

De vergadering wordt van 18.32 uur tot 19.30 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik heropen de vergadering. Wij gaan verder met de begrotingsbehandeling van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij hebben voor de dinerpauze geluisterd naar de Partij van de Arbeid. Het woord is nu aan het CDA. De eerste spreker van die fractie is mevrouw Bruins Slot. Zij heeft een spreektijd van tien minuten.



**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Voorzitter. Hebt u al eens bedacht hoe u in 2060 zorg zou willen krijgen? Ik wel. Ik ben dan 83 jaar en de minister is 96 jaar. 's Ochtends word ik wakker in mijn eigen huis. Daar zijn zorg, familie en vrienden dichtbij. Ik ben slecht ter been. Inmiddels heb ik last van mijn beide heupen. Mijn bed zorgt ervoor dat ik in staande positie word gebracht. De huisrobot helpt mij mijn kousen aan te trekken. Ik had de keus tussen een huisrobot en een verzorgende, maar 's ochtends houd ik het liever lekker rustig. Ik heb een hoge bloeddruk en ik heb last van diabetes. Met de wijkverpleegkundige heb ik afgesproken dat ik zelf de metingen doe. Als ik naar het toilet ga — ja sorry, voorzitter — dan worden er ook een aantal metingen gedaan. Dat vind ik prettig, want dat geeft mij een vertrouwd gevoel. Het is nu al de vijfde dag op een rij dat het niet op orde is. De informatie wordt doorgestuurd naar de wijkverpleegkundige en zij belt direct. Zij zegt: mevrouw Bruins Slot, vandaag kom ik bij u langs om te

bekijken wat u nodig hebt, maar dan wel nadat ik bij mevrouw Schippers ben langs geweest voor mantelzorg. Ze is er om vijf uur.

Het CDA vindt het belangrijk dat patiënten meer eigen regie over hun behandeling krijgen en ruimte krijgen om het management van hun eigen gezondheid actiever op zich te nemen. Iedereen heeft de laatste tijd de mond vol over zelfmanagement, maar het ontbreekt echt aan een goed plan om dit waar te maken. Het CDA wil meer power to the patient. Het verzoek aan de minister is of zij samen met het veld, de industrie en de patiëntenorganisaties om tafel gaat zitten om te bekijken hoe zelfmanagement in de zorg er concreet uit kan zien en welke stappen er moeten worden gezet om zelfmanagement te bevorderen. Een eerste stap daarvoor is bijvoorbeeld de komst van een "app-otheek". Het veld is al met dit goede idee bezig. Er is een wildgroei aan medische apps, waarvan de betrouwbaarheid totaal niet vaststaat. Het is belangrijk dat er een overzicht komt van betrouwbare en werkende apps en dat duidelijk wordt voor welke doelgroep patiënten die bedoeld zijn. Dat kan bijvoorbeeld prachtig op de site [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

Om langer gezond te blijven, is er echter meer nodig dan alleen zelfmanagement. Vorig jaar hebben het CDA en D66 tijdens de begrotingsbehandeling voor VWS om een nationaal programma voor preventie gevraagd. Ik complimenteer de beide bewindspersonen ermee dat er inmiddels zo'n nationaal programma ligt en dat het op 1 januari 2014 tot uitvoering overgaat.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Ik had nog even een vraag over de apps. Het is een hartstikke goed idee dat patiënten, als je hun regie geeft, ook betrouwbare apps moeten hebben. Ik heb begrepen dat de IGZ dit al gaat controleren. Mijn eerste vraag is dus wat mevrouw Bruins Slot boven op het werk van de IGZ gaat doen. Waar ligt de grens? Als wij alle apps moeten controleren, kunnen we wel 100 man aannemen. Graag krijg ik daarop dus een toelichting.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dat is een goede vraag. Het is niet de bedoeling dat ik iets ga doen. Het is vooral de bedoeling dat de patiëntenorganisaties samen met bijvoorbeeld het Kwaliteitsinstituut en de KNMG daarmee aan het werk gaan. Waarom? De IGZ, de inspectie, controleert de medische apps. De inspectie kijkt echter niet naar de apps die niet-medisch zijn, terwijl die vaak wel als medisch worden gezien. Er is dus nog een heel schergebied waarbij je je kunt afvragen of die patiënten helpen of niet. Om de patiëntenorganisaties en de patiënten in de lead te zetten, kun je ervoor zorgen dat zij de kersen eruit pakken en die in de "app-otheek" zetten. Dan hoeven ze dus niet alles te controleren of alles te bemerken. Ik ben het namelijk met mevrouw Bouwmeester eens dat het echt een kerstboom wordt, als dat het idee is.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Het is hartstikke goed om het veld dit te laten doen. Dat geldt ook voor reviews van patiënten. Ik heb daarover toevallig een heel item gezien bij Radar. Toen dacht ik: mevrouw Bruins Slot heeft daarmee gewoon een goed punt te pakken. Eigenlijk vraagt zij de minister dus om ervoor te zorgen dat het veld dit kan doen. Dan is alleen nog de vraag

op welke manier we een goed overzicht krijgen. Als de medische app wel is gekeurd maar de andere niet, dan behoud je de onduidelijkheid een beetje. Hoe denkt mevrouw Bruins Slot daarover?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dat soort vragen kun je het best in het veld neerleggen. Er moet uiteindelijk een helder overzicht zijn. Dat kun je krijgen aan de hand van een aantal criteria. Een aantal partijen in de zorg is daarmee al actief bezig. Zij kunnen tot goede oplossingen komen. Ik kan daar voorzetten voor doen, maar het veld weet dat veel beter dan ik.

Voorzitter. Ik zei dat er een goede start is gemaakt met het Nationaal Programma Preventie; een compliment voor beide bewindspersonen. Het is echter jammer dat er in het plan zo weinig aandacht is voor ouderen, terwijl juist bij hen een enorme gezondheidswinst met leefstijlverandering te behalen is. Zij kunnen zo langer actief blijven met de kleinkinderen in de buurt of vrijwilligerswerk blijven doen. Het CDA is van mening dat er een levensloopbenadering moet komen in het programma. Niet alleen het CDA vindt dat. Inmiddels houden ook de ANBO en de andere ouderenorganisaties een pleidooi hiervoor.

Om langer gezond te blijven zijn niet alleen zelfmanagement en goede preventie nodig, maar is het ook nodig dat we weggaan van het idee dat gezondheidszorg alleen draait om ziekte en zorg. We moeten toe naar gezondheid en gedrag. We hebben nog steeds de perverse prikkel in het systeem dat de zorg wordt betaald op basis van het aantal verrichtingen. Hoe meer zorg je verricht, hoe meer geld je krijgt betaald. Deels daardoor stijgen de zorgkosten. Daarom heeft het CDA in 2012 een motie ingediend om over te gaan tot de uitkomstbekostiging, het bekostigen op basis van gezondheidswinst. De minister gaat hiermee voorzichtig aan de slag. Dat is een stap in de goede richting. De huisarts, de fysiotherapeut en de zorgverzekeraar kunnen we in de eerste lijn straks op basis van gezondheidsuitkomst betalen, maar de minister laat het wel helemaal vrij. Er is geen enkele manier waarop er straks een verplichting komt om in ieder geval voor een deel van de zorg in de eerste lijn al echt aan uitkomstbekostiging te doen. Ik houd daarvoor wel een pleidooi omdat we zorgbreed al voorzichtig een start maken in de eerste lijn. We kunnen dan daadwerkelijk bekijken of het werkt. Als het blijkt te werken, kunnen we het daarna sneller uitrollen. Daarin valt volgens mij prima een tussenweg te vinden.

Om langer gezond te blijven moet het ook leuk blijven om in de zorg te blijven werken. Artsen en verpleegkundigen gaan echt gebukt onder regels, meer regels en bureaucratie. Een verpleegkundige knuffelt tegenwoordig de computer in plaats van de patiënt, wat een enorme verspilling van tijd en geld is. De partijen die de agenda voor de zorg hebben opgesteld hebben heel duidelijk de noodklok geluid. Het CDA verzoekt de minister om de noodklok die zij hebben geluid, te ondersteunen. Zij vragen of Actal, de waakhond van de overheid tegen onnodige regels, samen met het veld een onderzoek kan doen om de administratieve lasten in de zorg echt te verminderen en echt tot concrete oplossingen te komen.

Om langer gezond te blijven moeten zorgverzekeraars goede zorg inkopen op kwaliteit en prijs. Het is belangrijk

om daarbij goede macht en tegenmacht te hebben tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, een level playing field. Het valt mij de afgelopen tijd echter op dat er enorm veel signalen uit het veld komen dat die balans er op dit moment niet is. Scherp inkopen mag, maar dan wel op kwaliteit. Het gaat zelfs zo ver dat sommige eerstelijnsaanbieders een brief hebben gekregen van de zorgverzekeraar waarin staat: dit is uw contract; sorry, u kunt niet bellen of mailen, want we hebben geen tijd voor u omdat we nog veel andere contracten moeten afsluiten. Dat is niet de bedoeling van een zorginkoopproces. De inkoop op kwaliteit moeten we meer centraal stellen. Ik doe de minister drie voorstellen in dat kader.

Het eerste punt is dat je nu ziet dat de zorgverzekeraars als een soort kip op de gouden eieren van de informatie zitten. Ik zou willen dat de zorginformatie breder verspreid wordt. Ik heb D66, GroenLinks en mevrouw Bouwmeester van de PvdA een soortgelijk pleidooi horen houden. Kortheidshalve houd ik het daarbij.

Het tweede punt is dat er steeds meer behoefte aan is dat zorgverzekeraars langjarig kunnen inkopen. De heer Rutte van de VVD heeft hetzelfde voorstel gedaan om dat wat beter te bekijken. Als je van zorgaanbieders vraagt om betere kwaliteit te leveren, moeten ze er ook meer zicht op hebben dat ze kunnen investeren in verbetering van kwaliteit omdat ze een langjarig contract krijgen. De meeste investeringen zijn namelijk niet in één jaar terug te verdienen. Het derde punt is dat de eerstelijnsaanbieders zich meer aan de inkoopkant mogen clusteren, zodat ze een beter evenwicht tegenover de zorgverzekeraar kunnen vormen. Het is nu vaak één fysiotherapeut of één logopedist tegenover vier gigantische zorgverzekeraars. Je merkt dat het op dat punt uit het lood is geslagen.

Ik kom tot een afronding. Om goede zorg voor de komende jaren en in 2060 voor elkaar te krijgen is het zaak om zelfmanagement voorop te zetten, om te komen tot preventie, en om de macht van de verzekeraar en de zorgaanbieder in balans te hebben. We moeten er zeker ook voor zorgen dat kwaliteit in het zorgsysteem uiteindelijk voorop staat. Daarbij hoort de patiënt centraal te staan, want daar draait het uiteindelijk om.

**De voorzitter:**

Was dit uw termijn?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ja.

**De voorzitter:**

Dan is er nog een vraag van mevrouw Bouwmeester.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Het laatste deel van uw betoog ging over de taak van de zorgverzekeraar, inzicht in kwaliteit en het centraal stellen van de patiënt. Dat zat ook in mijn verhaal, dus daarover zijn wij het helemaal eens. Wij zien ook het risico dat macht en tegenmacht niet eerlijk zijn georganiseerd, als je vier grote verzekeraars hebt en heel veel kleine aanbieders. Ik werd getriggerd door de vraag of het mogelijk is dat die

kleine aanbieders zich verenigen, zodat zij een vuist kunnen maken tegen een zorgverzekeraar. Wij willen niet dat er prijsafspraken worden gemaakt, want dat is niet goed voor de patiënt, maar wij willen wel dat zij een scherpe positie hebben. Een interessantere vraag aan de minister zou zijn welk perspectief zij te bieden heeft. Zij kunnen lid worden van een grote club, zoals de huisartsen, die zijn verenigd in de Huisartsenvereniging, maar we moeten tegelijkertijd machtsmisbruik voorkomen. Hoe ziet u dat?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Die balans zit er ook in, want het gaat aan beide kanten zo. Aan de ene kant wil je niet dat bijvoorbeeld fysiotherapeuten in de eerste lijn een groot kartel worden en dan tegenover vier zorgverzekeraars komen te staan. Aan de andere kant zie je ook dat men soms echt zwemt. Men wil wel in gesprek komen met de zorgverzekeraar, maar dat kan niet, omdat die zorgverzekeraar zegt dat hij nog met zoveel anderen een contract heeft af te sluiten.

In de ggz zie ik een voorbeeld waar ik kort op in zal gaan, namelijk dat men coöperaties vormt en soms een advocatenkantoor inhuurt om de onderhandelingen voor bijvoorbeeld twintig eerstelijnspsychologen te voeren. De vraag is of dat een juiste ontwikkeling is. Volgens mij moeten wij zoeken naar een uitweg uit het dilemma dat daarachter zit.

**Mevrouw Bouwmeester (PvdA):**

Volgens mij zijn we het eens over het probleem, maar ik heb nog een aanvulling. Er is een code voor goed zorgverzekeraarschap, die van alles zegt, behalve wat deze moet zeggen, namelijk: hoe zorg je ervoor dat zij goed voor de patiënt zijn en een eerlijke onderhandelingspartner, ook tegenover kleine zorgaanbieders. Zou deze een aanvullende optie kunnen zijn om mee te geven aan het kabinet?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dat is de code uit 2010. In de afgelopen jaren hebben wij daar weinig naar gekeken. Het is enerzijds goed dat de zorgverzekeraars scherp inkopen, maar je ziet op een aantal punten dat het doorslaat op prijs en niet ziet op kwaliteit. Het is misschien goed om die code weer eens uit de motenballen te halen, om te kijken of de zorgverzekeraars zich er op alle punten goed aan houden. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft hierin een belangrijke rol.

**De heer Rutte (VVD):**

Mevrouw Bruins Slot heeft het over onderhandelingen en dat het gaat om kracht en tegenkracht. Dat is precies zoals de VVD het wil. Is zij het ook eens met de VVD dat daarin ook thuishoort dat het her en der schuurt en dat het soms een beetje pijn doet bij de onderhandelingen? Het signaal dat de zorgaanbieders vinden dat er wel een heel scherpe prijs wordt gevraagd, is juist een goed teken, namelijk dat verzekeraars eindelijk scherp aan het inkopen zijn.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

In mijn inbreng heeft de heer Rutte ook kunnen horen dat ik het goed vind dat zorgverzekeraars scherp inkopen, maar dan wel op kwaliteit en prijs. Als het alleen maar rücksichtslos op prijs is, zonder dat men in discussie gaat over de

vraag of er kwaliteit wordt geleverd, zijn wij op de verkeerde weg. Ik heb brieven van zorgverzekeraars gezien dat men niet hoeft te bellen of te mailen, omdat zij geen tijd hebben om te overleggen. Zijn wij dan op de goede weg? Dat waag ik te betwijfelen. Het systeem staat, maar wij moeten wel voorkomen dat er uitwassen ontstaan.

**De heer Rutte (VVD):**

Ik denk dat we elkaar daarin kunnen vinden. Bent u het met mij eens dat we ervoor moeten oppassen dat wij hier als politiek, afgezien van het voorbeeld dat u gaf, aangeven dat zorgverzekeraars "rücksichtslos" zouden inkopen? Ik krijg ook veel signalen uit het veld dat de onderhandelingen pijn doen. Ik denk dan: dat geloof ik direct, want zo hoort het ook; dat is een onderdeel van de onderhandeling en het is aan de zorgaanbieders om het, waar mogelijk, terug te drukken.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Het past bij het karakter van onderhandelen, maar er is een grens en dat is altijd een pijngrens. U heeft mijn betoog van zonet gehoord. Ik doe drie concrete voorstellen: langjarig contracteren, inkoop van clustering en meer openheid over zorginformatie. Op die manieren kun je beter inkopen op kwaliteit. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Over het uitroken door zorgverzekeraars denken het CDA en de SP verschillend, maar over de toegang tot de zorg denken het CDA en de SP volgens mij wel globaal hetzelfde: eigenlijk zouden mensen niet om financiële redenen moeten afzien van noodzakelijke zorg. Dat was toch altijd het standpunt van het CDA? Is dat nog steeds het standpunt van het CDA?

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ja, de basis van het stelsel is dat de zorg solidair moet zijn: jong betaalt voor oud, rijk voor arm, gezond voor ziek. Dat is de basis en het betekent dat iedereen een goede toegang moet krijgen tot de zorgverzekering en de zorg.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Ik stelde deze vraag niet voor niets. Ik heb dit ook eerder gevraagd, bijvoorbeeld aan de VVD. Die zei toen dat het een keuze is: je geeft je geld uit aan zorg of niet, bijvoorbeeld aan boodschappen. Ik ben in ieder geval blij om te horen dat het CDA nog steeds zegt dat de toegang tot de gezondheidszorg een groot goed is. Die steun hebben wij dus in ieder geval jegens de minister, bij de verhoging van het eigen risico.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Dit wijst waarschijnlijk op de term "supermarkt" die is gebruikt. Ik vond die ook wat minder gelukkig. Als het om keuzevrijheid gaat mag het best op een supermarkt lijken, maar niet als het om zorg gaat. Het CDA ziet in de zorg geen pure marktwerking, dus we moeten ervoor zorgen dat er concurrentie op kwaliteit is.

**De voorzitter:**

Helder. We gaan nu luisteren naar deel twee van de inbreng van de fractie van het CDA. We gaan luisteren naar mevrouw Keijzer.



**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Voorzitter. Het goede nieuws van deze begroting is dat de kosten voor de langdurige zorg voor 2013 zijn gedaald en dat deze ontwikkeling zich voortzet in 2014. De begroting is eigenlijk een begroting van de stilte voor de storm. In de hoofdlijnenbrief langdurige zorg staan een aantal fundamentele beleidswijzigingen aangegeven die in de komende maanden tot diepgaande politieke discussies zullen leiden. Ze gaan echter over 2015. Het heeft weinig zin om daarop vooruit te lopen, maar dat zou ook zeker een herhaling opleveren van het debat dat we voor de zomervakantie hebben gevoerd. Daarom kiest het CDA ervoor om nu in te gaan op een viertal andere onderwerpen: ouder worden en zorg aan ouderen; het naderende levenseinde en de kwaliteit van zorg en leven; de regeldruk; het afschaffen van de inkomstegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten.

Het eerste onderwerp is de ouderenzorg. Ouderen leveren een onmisbare bijdrage aan deze samenleving. Hun kennis en ervaring, de rust die zij in familieverband kunnen uitstralen, de oppas voor de kleinkinderen, het vrijwilligerswerk bij verenigingen; noem het maar op, ouderen doen het. Toch zijn ook veel ouderen chronisch ziek: dan hebben ze een ziekte die niet meer overgaat, zoals diabetes. Ik zeg nadrukkelijk dat ze zo'n chronische ziekte "hebben" en niet dat ze daaraan lijden, want soms is er prima en volwaardig te leven met die ziekte. Maar onmiskenbaar komt het moment waarop het niet meer vanzelf gaat. Desalniettemin willen mensen, in tegenstelling tot 20 of 30 jaar geleden, zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Zo lang mogelijk in je eigen omgeving willen blijven, past ook bij modern ouder worden. Het begint met een paar uur huishoudelijke hulp per twee weken, of soms langer. Op enig moment gaat het douchen je niet meer goed af en komt ook iemand je daarbij helpen. Of bij echtparen wordt een van de twee vergeetachtig, en wordt er op enig moment alzheimer geconstateerd. We hebben in het Deltaplan Dementie kunnen lezen dat over een aantal jaren een op de vijf ouderen alzheimer heeft. Dat zijn veel mensen. Het CDA vraagt zich af of we daar als samenleving, als familie en als mens klaar voor zijn. Zijn er tegen die tijd voldoende intramurale plekken? Graag een antwoord daarop.

De voorganger van de minister, Ab Klink, heeft samen met Eelco Damen gesteld dat het aanpakken van eenzaamheid een van de vier recepten is om de zorg in Nederland goedkoper en beter te maken. Zij schetsen op basis van praktijkinzichten en wetenschappelijk onderzoek vier recepten ter verbetering, om kosten te besparen. Het eerste recept is het aanpakken van eenzaamheid. Eenzaamheid is minstens zo'n groot gezondheidsrisico als roken, drinken en zwaarlijvigheid en drijft mensen naar de zorg. De kans op dementie neemt bijvoorbeeld met meer dan 60% toe. Eenzaamheid werkt ook subtiele. Lichamelijke ongemakken die met ouderdom gepaard gaan, resulteren eerder in doktersbezoeken en behandelingen. Daarom is het nodig dat ouderen voorbereid worden op mogelijke eenzaamheid, door hen bijvoorbeeld te helpen als ze hun partner verliezen, door

gezamenlijke activiteiten te organiseren en door hen in contact te brengen met anderen.

Eenzaamheidsbestrijding leidt aantoonbaar tot minder vallen, minder gebruik van medicatie, minder ziekenhuis- en doktersbezoek en uiteindelijk tot meer kwaliteit van leven en lagere zorgkosten. Het CDA vindt dat er heel veel moet gebeuren aan eenzaamheidsbestrijding. Het mes snijdt namelijk aan twee kanten. We sparen zorg uit en we dragen bij aan het welbevinden van ouderen, aan een beetje gezelligheid. Daarom appelleert het CDA aan de gedeelde verantwoordelijkheid van onze ouderen en de samenleving. Soms heeft iemand een duwtje in de rug nodig, bijvoorbeeld na het overlijden van een partner, zoals ik net al zei. De CDA-fractie vraagt de staatssecretaris of hij bereid is om deze uitdaging aan te gaan, om er op nationaal niveau iets aan te doen. Ik heb daarbij een motie achter de hand.

Medicijnen horen ook bij ouderen. Er is bijna geen 70-plusser die geen medicijnen, of minder dan één medicijn gebruikt. Soms gebruiken ze er zo veel, dat ze er ziek van worden. Het CDA pleit dan ook voor een farmacie-therapeutisch overleg, waarbij de huisarts, de wijkverpleegkundige en de apotheker aanschuiven. Daar waar dit gebeurt, in gesprek met de oudere, leidt dit tot een grote vermindering van het medicijngebruik en een betere kwaliteit van leven. Mensen gaan zich beter voelen. We verzoeken de minister om dit breed uit te rollen.

Dan kom ik op het tweede onderwerp. Zeker bij ouderen, maar ook bij mensen die ernstig ziek worden, nadert op enig moment het levenseinde. Vanaf de dag dat je geboren wordt, staat één ding namelijk vast: uiteindelijk kom je te overlijden, uiteraard, als het even kan, zo oud en zo gezond mogelijk. De praktijk is soms helaas anders. Voorzitter, ik maak een beetje reclame op deze plek. Theo Boer, Maarten Verkerk en Dirk Jan Bakker hebben recent een boek doen verschijnen dat heet "Over behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen". Van Bert Keizer verschijnt op 2 november — Allerzielen, hoe toepasselijk — het boek "Tumult bij de uitgang". Het zijn aanraders.

**De voorzitter:**

Gaat u ook de ISBN-nummers nog even noemen?

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Nee, volgens mij zijn die prima te googelen, voorzitter.

Artsen vinden zelf vaak dat er te lang wordt doorbehandeld. Dat heeft allerlei redenen. Feit is dat dit gebeurt en dat dit niet zelden leidt tot vermindering van de kwaliteit van leven, juist op het moment dat dit van belang is, als je afscheid moet nemen van het leven of afscheid moet nemen van iemand van wie je houdt. Het CDA is zich er terdege van bewust dat het lastig is om te spreken over het naderende levenseinde en dat dit voor heel veel mensen een moeilijk vraagstuk is. Toch roep ik vandaag de twee bewindspersonen op om de maatschappelijke discussie hierover op volle kracht te voeren. Zij is al aangekondigd in de begroting, maar wat mij betreft kan het niet snel genoeg gebeuren. Het is van belang om deze discussie te voeren en meer bewustwording bij ouderen, familieleden en ook bij artsen te organiseren. Soms hebben doorbehandelen en overbehandelen te maken met handelingsverlegenheid van een arts. Soms weet een patiënt niet wat hij of zij precies wil



en soms gaat het mis omdat een arts vanuit zijn professe maar doorgaat, omdat hij opgeleid is tot genezer. Soms wil de familie ook dat er doorbehandeld wordt. Het CDA wil in verband met de maatschappelijke bewustwording een aantal punten aan de minister en de staatssecretaris voorleggen en krijgt hier graag een reactie op. Hoe zit het nu met de wilsverklaring over niet-doorbehandelen? Is het nu zo dat artsen wanneer iemand een niet-reanimerenverklaring heeft, zich hieraan te houden hebben en dat dit niet overruled mag worden door familie die zich in paniek op zo'n moment afvraagt wat er met vader of moeder gebeurt?

Collega Bruins Slot heeft eerder al gepleit voor kijk- en luistergeld. Het blijkt zo te zijn dat drie maanden voor het sterven 65% van de patiënten nog thuis is, maar toch overlijdt de helft in het ziekenhuis. Waarom naar dat ziekenhuis in die laatste dagen? Wil de minister of de staatssecretaris met de sector in overleg treden over hoe het gesprek hierover aan te gaan met de desbetreffende patiënten? Ik denk bijvoorbeeld aan de huisarts bij een zieker wordende patiënt.

Het sterftecijfer als kwaliteitscriterium voor het ziekenhuis is er ook zo eentje. Dat wordt nu gebruikt terwijl dat cijfer lang niet alles zegt. Transparantie hierover is uiteraard goed maar de werkelijkheid van kwaliteit in ziekenhuizen is diverser dan dat. Waar minder mensen overlijden, stoppen ze misschien langer slangen in een ziek lichaam of worden mensen wellicht eerder naar huis gestuurd. Waar meer mensen overlijden, komt dat misschien omdat in dat ziekenhuis zwaardere en gecompliceerdere ziektes worden behandeld. De KNMG geeft bijvoorbeeld aan dat je in de kwaliteitscijfers van ziekenhuizen zou kunnen meenemen hoeveel mensen er binnen een maand na het verlaten van het ziekenhuis overlijden. Wat vindt de minister hiervan?

Dan de palliatieve teams. Is dat nu niet bij uitstek een teken van kwaliteit van goede zorg? Waar er palliatieve teams zijn, wordt met zieke mensen gesproken over het naderend levenseinde. Je kunt mensen comfort bieden waardoor ze wellicht eerder kunnen en durven zeggen wat ze precies willen. Graag verneem ik hierop de reactie van de minister.

Dan de regeldruk. De vorige staatssecretaris, Veldhuijzen van Zanten, heeft de pilot regelarme instellingen ingevoerd. Net had ik daarover met de heer Van Dijk van de PvdA-fractie even een gesprek. Terecht zei mevrouw Agema tegen mij dat zij mede aan de wieg gestaan heeft van dit goede project. Dus ere wie ere toekomt. De eerste tussenevaluatie heeft aangegeven dat zorgverzekeraars zeer te spreken zijn over de proefprojecten. Alleen, mensen gaan nu niet door. Ik heb net al gevraagd aan de PvdA-fractie om een motie te steunen om HACCP en CQ daar waar er dubbelingen zijn af te schaffen. Ik hoor graag de reactie van de staatssecretaris hierop. Het meten van mensen elke maand, is ook zo'n regel waarvan je je kunt afvragen of dit nu wel moet. Waar mensen nog nooit van hun leven op de weegschaal gestaan hebben, moet dat nu ineens. Is het niet beter om iemand gewoon een zoute haring te geven of een toastje met gerookte zalm als je je zorgen maakt over het gewicht?

Dan de WTCG, de CER en andere inkomensregelingen. Vanmiddag is een motie van de CDA-fractie over dit onderwerp afgestemd. Dat is eigenlijk een heel slechte zaak. Het is niet duidelijk wat dit kabinet nu wil met het afschaffen van die inkomensregelingen en wat dit betekent voor

mensen die chronisch ziek zijn, weinig geld hebben en te maken hebben met hoge kosten. De behandeling van de VWS-begroting is dan ook een goed moment om daarover te beginnen. Bij de schriftelijke inbreng hebben we verschillende situaties genoemd en hebben we gevraagd wat afschaffing van genoemde regelingen nu betekent voor de inkomenspositie van betrokkenen. In het verlengde daarvan vragen wij van de regering om aan te geven wat de effecten van het nieuwe voorstel dat uit het Herfstakkoord is voortgekomen, zijn voor precies dezelfde groepen mensen. Het gaat ook over mensen met middeninkomens en hoge kosten. Is de staatssecretaris het dan ook met mij eens dat de WTCG en de regeling Compensatie eigen risico echt iets anders is dan de belastingteruggave die nu in het Herfstakkoord afgesproken is? Deze regelingen zijn namelijk juist bedoeld voor mensen die een handicap of een chronische ziekte hebben waardoor ze veel zorgkosten hebben. De fiscale regelingen gaan ervan uit dat je alleen daarop een beroep kunt doen als het niet op een andere manier, bijvoorbeeld door de gemeente, vergoed wordt. Dus dan krijg je een traplift van de gemeente, althans dat staat in de wet, maar dan krijg je die niet meer gecompenseerd, terwijl de gemeenten er straks in de toekomst mee bezig zullen zijn. De heer Van Dijk heeft het net al gezegd: als u het zelf kunt betalen, moet u het zelf betalen. Dan word je door dit kabinet als chronisch zieke twee keer gepakt.

Ik sluit af met een ander financieel onderwerp, een onderwerp dat uiteindelijk zal leiden tot het vertrekken van mensen met vermogen uit ons collectieve stelsel en tot een tweedeling in de zorg. Ik heb het over de vermogensinkomensbijtelling. Wij hebben het debat erover gevoerd. De reparatie hiervan is wat het CDA betreft volstrekt onvolgende. In onze tegenbegroting hebben wij wederom 80 miljoen gevonden om mensen die de heel hoge bijdragen van inmiddels €2.100 in de maand opgelegd krijgen, verder te compenseren. Wij rekenen op steun van de Kamer.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Mevrouw Keijzer zegt dat volgend jaar een stil jaar zal zijn. Er wordt wel eventjes meer dan 600 miljoen bezuinigd op ouderen, chronisch zieken, psychiatrische patiënten en de gehandicaptenzorg, 330 miljoen op de thuiszorg en 160 miljoen op de mensen die in een instelling wonen. Noem het maar niets! Steunt het CDA ons als wij zeggen dat het geld niet moet worden genomen uit de contracteerruimte, waarvan je weet dat het banen en mensen raakt, maar uit de eigen vermogens in de sector? Er ligt namelijk een veelvoud van op de plank.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Ik heb aangegeven dat deze begroting een beleidsarme begroting is, dat de grote discussies de komende tijd worden gevoerd en dat de grote veranderingen ingaan bij de begroting voor 2015. Dat zijn majeure onderwerpen en wijzigingen. Als ik goed heb geluisterd, hoorde ik mevrouw Leijten een aantal bedragen noemen die te maken hebben met eerdere besluiten waarvoor ook het CDA heeft getekend, maar dat is mij niet helemaal duidelijk. Ik denk dat het goed is als mevrouw Leijten dat nog even toelicht. Anders komen we er in de tweede termijn op terug.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Er ligt een bezuiniging voor van 1,5 miljard op deze zorgbe-  
groting. Er komt nog ongeveer 1 miljard bij vanuit de  
bezuiniging van 6 miljard, waaraan het CDA niet heeft  
meegedaan. Zo'n grote bezuiniging op de AWBZ noem ik  
niet beleidsarm. Mijn vraag was niet wie daarvoor uiteinde-  
lijk verantwoordelijk is geweest. Vindt mevrouw Keijzer ook  
dat je dit niet moet besparen op de contracteerruimte, het-  
geen nu al leidt tot ontslagen en straks tot minder zorg voor  
mensen thuis, maar dat het uit eigen vermogens moet  
worden gehaald? Zou het CDA dat steunen? Of zegt  
mevrouw Keijzer: haal de kaasschaaf maar gewoon weer  
over de AWBZ, dat hebben we jarenlang gesteund, dat  
vinden we ook prima en laat mensen maar zonder collega's  
en zonder zorg zitten?

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Dit zijn zeer terechte vragen van mevrouw Leijten, maar ik  
vind het lastig om er in een interruptiedebatje op te reage-  
ren. Ik ben dan wel benieuwd waar dat staat in de begroting,  
waar het vandaan komt en wat uiteindelijk de effecten zijn  
op de mensen over wie het gaat. Alleen met bedragen  
strooien is niet genoeg. Het zijn hoge bedragen, dat geef  
ik mevrouw Leijten zeker toe, maar ik heb wat meer infor-  
matie nodig dan dit. Mevrouw Leijten heeft er ook helemaal  
niets aan als ik nu zeg dat het hoge bedragen zijn en dat  
we dat dus niet moeten willen. We moeten echt weten waar  
we het precies over hebben.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Voor zover de bijdrage van de CDA-fractie. We  
gaan nu luisteren naar de D66-fractie. Ik heb begrepen dat  
mevrouw Bergkamp als eerste spreekt.



**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Voorzitter. Mijn collega Pia Dijkstra en ik hebben de onder-  
werpen verdeeld. Mevrouw Dijkstra zal spreken over de  
curatieve zorg en de medische ethiek. Ik begin met de  
langdurige zorg en spreek tot slot over softdrugs.

In de langdurige zorg staan we aan de vooravond van de  
grootste hervorming in 40 jaar. Een deel wordt gedecentra-  
liseerd naar de gemeenten en een deel gaat over naar de  
Zorgverzekeringswet. Mensen krijgen meer verantwoorde-  
lijkheid en hopelijk ook de daarbij behorende keuzevrijheid.  
Deze verandering in de zorg is nodig. Ik heb het al eerder  
gehoord in verschillende bijdragen: bijna geen land ter  
wereld geeft zo veel geld uit aan de langdurige zorg als  
Nederland. Daarbij groeien deze uitgaven ook nog eens  
heel snel. Als we niets doen, blijft er niets over voor andere  
onderwerpen die we belangrijk vinden, zoals onderwijs,  
cultuur en natuur. D66 vindt het belangrijk dat de zorg, ook  
voor toekomstige generaties, betaalbaar, toegankelijk en  
kwalitatief blijft. Dat is ook de reden waarom D66 in deze  
moeilijke tijden zijn verantwoordelijkheid heeft genomen  
en heeft ingestemd met de begrotingsafspraken voor 2014.

De noodzaak tot hervormen dwingt ons tot het maken van  
keuzes, maar biedt tegelijkertijd ook kansen: de kans om  
het stelsel logischer en eenvoudiger te maken, de kans om  
ervoor te zorgen dat het geld daar terecht komt waarvoor  
het bedoeld is en de kans om overbodige regels op te rui-

men. Het doel daarvan is, een betere zorg te realiseren.  
Daaraan zal D66 het succes toetsen. Pas als dat is gereali-  
seerd, kunnen wij zeggen dat de hervorming een succes is.

Ik ga eerst in op een logischer en eenvoudiger stelsel. Het  
huidige zorgstelsel is te ingewikkeld. Mensen raken de weg  
kwijt in het zorgsysteem. Ik heb dat afgelopen zaterdag  
gezien bij een item in Nieuwsuur. Vervolgens stroomt je  
mailbox vol met berichten van mensen die in herkenbare  
situaties zitten. Omdat er zo veel gaat veranderen, ligt er  
nu ook de kans om een logisch en eenvoudig systeem te  
realiseren. Voor D66 staat voorop dat mensen zo veel  
mogelijk hun eigen leven moeten kunnen inrichten. Zolang  
het kan moeten mensen ook in hun eigen omgeving kunnen  
blijven wonen. Ook is belangrijk dat zorg wordt gegeven  
door de mensen die je kent en die jou kennen. Ik ben  
benieuwd of de bewindspersonen kunnen aangeven hoe  
de hervorming in hun optiek gaat leiden tot een logischer  
en eenvoudiger systeem, waarin minder mensen verdwaald  
raken.

Dan ga ik nu in op de kwestie dat het zorggeld terecht moet  
komen waarvoor het is bedoeld. Het stelsel is enorm com-  
plex. Dat is mede de reden waarom zorggeld niet altijd  
terecht komt daar waar het voor bedoeld is. De middelen  
bestemd voor de zorg moeten aan de zorg worden besteed.  
De zorgbehoevende en diens zorgvraag moeten daarbij  
centraal staan, in plaats van het zorgaanbod. D66 vindt het  
daarom belangrijk dat mensen die zorg nodig hebben in  
hun directe omgeving meer worden betrokken bij het beleid  
van de instelling. Ik heb volgens mij ook al gehoord van  
het CDA in een andere context dat er een soort tegenmacht  
kan worden georganiseerd. Ik denk dat dit een heel goed  
systeem is om meer evenwicht aan te brengen. Wat extra-  
murale zorg betreft, denk ik dat het heel belangrijk is dat er  
meer naar cliënten wordt geluisterd. Ik ben benieuwd wat  
de staatssecretaris daarvan vindt.

D66 vindt het belangrijk dat mensen weten waar hun geld  
naartoe gaat, zodat men zelf, net als in de cure, kan contro-  
leren waarop je recht hebt. Zoals ik eerder heb gezegd, sluit  
ik mij aan bij de opmerkingen van mijn collega van de VVD.  
Is überhaupt bekend wat mensen kunnen weten? Ik merk  
bij zo'n debat als dit dat mensen flink twitteren, in de trant  
van: wij wonen in een Fokuswoning en weten eigenlijk al  
wat de kosten zijn. Voordat wij misschien een probleem  
gaan creëren, ben ik ervoor om even scherp in kaart te  
brengen waar mensen zicht op hebben of waar zij zicht op  
zouden krijgen.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Leijten. Ik teken daar wel bij  
aan dat mevrouw Leijten heel, heel, heel veel heeft geinter-  
rumpeerd. Ik zou haar daarom willen vragen, het een beetje  
rustiger aan te doen.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Dit is een begrotingsbehandeling. Het lijkt mij dat het heel  
logisch is dat je woordvoerders over hun visie op de zorg  
bevraagt. Ik stel mijn vraag dus aan mevrouw Bergkamp  
en ik ga vast ook nog een vraag stellen aan mevrouw  
Dijkstra.

**De voorzitter:**

Ik dank u voor uw medewerking.

**Mevrouw Leijten (SP):**

Toen de heer Van Dijk zei dat wij eigenlijk wel moeten kijken naar de eigen vermogens van de instellingen, zei mevrouw Bergkamp op hoge toon tegen hem dat je niet mag ingrijpen in de bedrijfsvoering van bedrijven, want dat zijn zorginstellingen. Waarom vindt mevrouw Bergkamp dan wel dat je moet ingrijpen om ze de rekening te laten sturen of om ze inzicht te laten geven in de manier waarop zij hun geld besteden? Als het gaat om eigen vermogen mag het niet, maar het mag wel als het gaat om het sturen van een rekening naar de patiënt. Leg dat eens even uit!

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Via de voorzitter ga ik dit aan mevrouw Leijten uitleggen. Ik ben blij dat de vraag wordt gesteld, zodat ik het wat nader kan toelichten. Ik denk dat het belangrijk is om de verantwoordelijkheid te laten bij de organisaties. Ik vind het veel belangrijker dat wij een oplossing zoeken om af te stappen van allerlei bureaucratische regels en dat kleine organisaties veel meer ruimte krijgen om op die markt te komen. Daar geloof ik veel meer in dan in het opleggen van een soort Haagse code, in de trant van: dit is de norm. Ik ben heel bang dat dit leidt tot perverse prikkels. Ik zie de oplossing eerder in minder regelgeving, minder bureaucratische systemen, een level playing field, ook voor kleine organisaties die op die markt willen komen, in plaats van dat wij vanuit Den Haag komen met een norm die wij gaan opleggen. Ik geloof ook helemaal niet dat dit werkt.

Wat het andere vraagstuk waar mevrouw Leijten het over heeft betreft: ik vind het heel belangrijk dat mensen zicht krijgen op de kosten van de zorg, maar dat zij er ook zicht op krijgen welke zorg zij krijgen. Ik merk dat heel veel mensen geen zicht hebben op het aantal uren dat ze krijgen. We hebben laatst een discussie gehad over herindicatie. Dan zie je dat een indicatie verandert, zonder dat de betrokkenen dat weten. Dat vind ik verkeerd. Ik vind dat de cliënt centraal moet staan en die informatie moet hebben, zodat hij of zij ook een goede afweging kan maken.

**Mevrouw Leijten (SP):**

We mogen dus niet weten welk geld ze oppotten en daar mogen we ook geen regels voor stellen, maar als ze de bewoners vooral moeten laten weten hoeveel ze kosten, dan moeten er wel rekeningen worden verstuurd? Ik vind dat meten met twee maten en ik waarschuw D66 dat de oplossing die mevrouw Bergkamp nu eigenlijk wil, uurtje factuurtje, in de langdurige zorg al een keer is geprobeerd. Dat was stopwatchzorg en toen hebben we hier Kamerbreed gezegd: we willen niet dat er zoveel geregistreerd wordt. Het is namelijk geen graadmeter voor goede zorg en iedereen wordt er knettergek van. We zullen zien waar de regels van D66 toe leiden. Volgens mij is dat pas echt Haagse werkelijkheid.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Er zitten een paar vragen besloten in de opmerkingen van mevrouw Leijten. Ik denk niet dat het meten is met twee maten. Ik acht het heel belangrijk dat de organisaties

transparant zijn over waaraan zij hun geld besteden. Dat is heel normaal, maar dat is iets anders dan vanuit Den Haag een norm op te leggen. Daar geloof ik gewoon niet in en ik denk dat het leidt tot perverse prikkels. Transparantie is prima. Dat is ook wat ik net gevraagd heb. Ik vind het heel belangrijk dat de cliënt betrokken wordt bij het beleid en dat hij dus ook gaat meepraten over de vraag welke besluiten er worden genomen.

Voorzitter. Ik ga verder met mijn betoog. We hebben vanmiddag het zwartboek voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten in ontvangst mogen nemen. Dat zwartboek laat ons zien dat er nog veel mis is in de gehandicaptenzorg. Soms is er sprake van een misverstand, maar soms zijn er ook echt vermoedens van fraude en oneigenlijk gebruik. Ik vind dat ontoelaatbaar. Toen ik vanmiddag sprak met de klokkenluiders was ik heel blij dat zij zeiden dat ze betrokken zouden worden bij een fraudeproject, op uitnodiging van VWS. Kijkend naar het zwartboek ben ik benieuwd wat de staatssecretaris ervan vindt. Het zwartboek is tijdelijk. Er komt nog een uitgebreidere versie. Graag hoor ik ook wat nu de rol van de inspectie is. Ik merk dat mensen die tegen dingen aanlopen, vaak niet terecht kunnen bij een inspectie, en dat dit soms een onduidelijk gebied is.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Ik wil nog even terug naar het vorige punt, over de overheadnorm. Mevrouw Bergkamp zegt vrij stellig dat de organisaties dat maar zelf moeten uitmaken. Wat vindt mevrouw Bergkamp zelf van de enorme verschillen? Soms gaat het om een paar procenten, maar soms ook om tientallen procenten overhead. Wat vindt D66 daarvan?

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik denk dat D66 en de PvdA hetzelfde doel hebben. We willen minder overhead, alleen denken we verschillend over de weg daar naartoe. Wij zijn niet voor het bepalen van een Haagse norm. Je krijgt allerlei rare prikkels. Ik heb dat zelf gezien met allerlei benchmarks voor wat administratie is en wat overhead. Ik geloof er zelf veel meer in, de verantwoordelijkheid te leggen bij de organisaties, de cliënten daarin een veel grotere rol te geven en minder regelgeving te hebben. Laten we wel wezen: heel veel organisaties zijn heel druk met onze regels. Ik denk dat er veel betere oplossingen geboden kunnen worden dan nogmaals een Haagse norm te bepalen.

**De heer Otwin van Dijk (PvdA):**

Ik hoor D66 toch niet zeggen wat de fractie nu vindt van die grote verschillen. Ik heb in mijn termijn niet gepleit voor een Haagse regel, maar juist ervoor om de organisaties, de sector zelf verantwoordelijk te maken voor wat gezond is en wat niet, zodat we dat publieke geld, dat zorggeld, zoveel mogelijk kunnen inzetten voor zorg. Ik zou daar toch graag een reactie op willen horen van D66.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik merk dat het betoog van de heer Van Dijk niet helemaal duidelijk is geweest. Volgens mij gaf hij toch echt aan, op zoek te zijn naar een norm. Ik ben echter heel blij dat hij daar iets meer afstand van neemt, of misschien ook niet.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):  
Voorzitter, voor de helderheid: een norm door de sector zelf, met de sector.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
In gesprek gaan is prima. Deze staatssecretaris is daar heel goed in en volgens mij hoeven wij dat helemaal niet op te leggen vanuit Den Haag. Het gaat er mij om dat wij weer gaan structureren. Er ontstaan ook weer wat vragen. Hoe groot is dan zo'n overhead? Ik ben het eens met de PvdA, niet met de oplossing van de heer Van Dijk, dat wil ik nog even aangeven, maar wel met het doel: natuurlijk is het heel raar dat er heel grote verschillen in overhead zijn. Dat je de overhead wilt aanpakken, is prima, maar onze oplossing zit veel meer in de vrijheid en eigen verantwoordelijkheid dan in het opleggen van een Haagse norm. Ik ga door met mijn volgende onderwerp. Mijn fractie zou graag een landelijk dekkend systeem zien voor de ombudsman zodat mensen met problemen en klachten over de overheid terecht kunnen bij een onafhankelijke instantie als zij er zelf niet meer uitkomen met die instelling. Ik heb daarover namelijk zorgen. Er gaan veel taken naar de gemeenten en dat vraagt om een grotere deskundigheid van de gemeentelijke ombudsmannen. Ik ben heel benieuwd wat de staatssecretaris daarvan vindt en wat hij vindt van de professionaliseringsslag die daarbij gemaakt moet worden. Ik hoor verder graag of op dit punt het gesprek kan worden aangegaan met de VNG. Lea Bouwmeester heeft er volgens mij ook aan gerefereerd dat het voor de Zorgverzekeringswet goed zou zijn als er een soort zorgloket zou komen. Ik ben heel benieuwd naar de reactie daarop en naar de stand van zaken op dat punt. Een aantal taken gaat immers naar de zorgverzekering. Ik ben benieuwd of een en ander zich daarvoor leent en wat de gevolgen zijn voor de capaciteit van de Nationale ombudsman. Er gaat ontzettend veel veranderen. Er zijn veel zorgen om de zorg. De Ombudsman moet straks toezicht gaan houden op de gemeenten en op de wetenschappelijke regelingen. Ook vanuit die hoedanigheid krijgt hij straks meer vragen.

Tot slot vraag ik de staatssecretaris, kijkend naar dit onderwerp, of burgers straks nog wel weten waarvoor zij ergens terecht kunnen. Moeten zij zich op het punt van de jeugdzorg richten tot de Kinderombudsman, de gemeentelijke ombudsman of de Nationale Ombudsman? Ik hoor hierop graag een reactie.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):  
Dat zijn een heleboel Haagse normen. Ik stel graag nog een vraag over dat zwartboek over de verstandelijk-gehandicaptensector. De aanbieder van dat zwartboek zei vanmiddag: eigenlijk moet er meer rechtszekerheid en rechtsbescherming zijn voor die mensen. Hoe kijkt de fractie van D66 naar de vormgeving van die nieuwe AWBZ? Zodra iemand binnen is, is hij voor het zorgaanbod afhankelijk van wat zorginstellingen en zorgverzekeraars vinden van de zorgvraag. Dat wordt dan toch totaal ondoorzichtig?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Toch nog even een toelichting op die eerste opmerking. Op het punt van de Nationale ombudsman gaat het niet om extra normen, maar om het ondersteunen van de rechten van de burger. De Nationale ombudsman is zelfs verankerd

in de Grondwet. Ik vind het belangrijk om op een zorgvuldige manier het debat daarover te voeren. Ik vraag mij af of die rechten in het nieuwe systeem gewaarborgd worden, that's all.

Op het punt van de kern-AWBZ snap ik niet helemaal de opmerking van mevrouw Keijzer. De kern-AWBZ is voor levenslang levensbreed. Daar vallen echt heel wat groepen onder. Die mogen geen last hebben van allerlei rare besluiten. Ik vraag mevrouw Keijzer nog even om een toelichting. Bedoelt zij niet de Wmo? Daarover heeft zij ook anderen bevroegd. Ik krijg graag nog een toelichting.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):  
Ik neem aan dat dit niet het tweede deel van mijn interruptie is.

De **voorzitter**:  
Als wij elkaar vragen gaan stellen, wordt het echt middernacht.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):  
De mensen waarover het gaat in het zwartboek, zitten in de intramurale zorg. Dit gaat over de AWBZ. Een en ander gaat geregeld worden op de wijze die ik net aangaf.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Ik denk niet dat het geregeld gaat worden zoals mevrouw Keijzer denkt. Laten wij elkaar daarover verder bevragen in het debat. Ik deel niet de veronderstelling dat mensen opeens te maken krijgen met heel veel rechtsongelijkheid en onduidelijkheid.

De **voorzitter**:  
Mevrouw Keijzer stelt haar tweede vraag.

Mevrouw **Keijzer** (CDA):  
Ja, waarvan akte dan. Als straks blijkt dat die wet zo in elkaar zit dat als iemand binnenkomt, hij weinig tot geen zeggenschap heeft over de zorg die hij ontvangt, dan zegt de D66-fractie: zo gaan wij het niet doen want dat leidt tot rechtsongelijkheid, rechtsonzekerheid en onvoldoende bescherming.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Ik zei dat ik me niet herken in het beeld dat mevrouw Keijzer schetst. Vervolgens gaf ik aan, zonder in besluitvorming te willen treden, dat wij daarover nog het debat gaan voeren. Ik vind het belangrijk dat mensen keuzevrijheid hebben en het persoonsgebonden budget goed verankerd is. Op dat punt vinden wij elkaar zeker.

De **voorzitter**:  
U hebt nog één minuut over voor de softdrugs.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Dan sla ik één onderwerp over en begin ik meteen aan de softdrugs omdat dat onderwerp nog niet is genoemd in dit debat. De fractie van D66 vindt het belangrijk dat het softdrugsbeleid uit het strafrecht wordt gehaald en naar de volksgezondheid wordt getrokken. Daar is ons softdrugsbeleid ook ontstaan. Het huidige beleid — streng, strenger, strengst — kost volgens D66 heel veel geld en levert weinig op. Ik vraag het kabinet dan ook om een nieuwe visie waarin de laatste wetenschappelijke en internationale inzichten worden meegenomen. Ik vraag het kabinet daarin ook de stand van zaken rond het medicinaal drugsgebruik mee te nemen. Dat vind ik een belangrijk vraagstuk. Er is eerder een notitie over ingediend door de heer Van der Ham. Ik ben benieuwd hoe het staat met de aanbevelingen die daarin stonden. Kan de waarde van de geregleerde teelt van cannabis worden meegenomen, alsmede het experiment in Utrecht? Is het kabinet bereid toe te zeggen om met een geactualiseerde visie te komen en deze inzichten daarin mee te nemen?

Hiermee ben ik aan het einde van mijn inbreng. Ik wens mijn collega Dijkstra veel succes met de hare.

**De voorzitter:**

Dat doen wij allemaal. Ik wens ook mevrouw Bruins Slot veel succes met haar vraag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter, dank u wel voor de aanmoediging. Ik hoor mevrouw Bergkamp net letterlijk zeggen dat het softdrugsbeleid in haar visie een economisch beleid is. Zij zegt dat het beleid nu veel geld kost, maar weinig oplevert. Wil mevrouw Bergkamp gaan verdienen aan het softdrugsbeleid?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Mevrouw Bruins Slot zegt het zo streng dat ik eigenlijk meteen "nee" wil zeggen. Ik sprak over softdrugsbeleid. Er is een visie vanuit het kabinet, vanuit het oogpunt van volksgezondheid en vanuit het oogpunt van strafrecht. Als ik kijk naar ons huidige softdrugsbeleid, zie ik dat er enorm veel politiecapaciteit naartoe gaat, dat er in het illegale circuit enorm veel geld wordt verdiend aan het telen van softdrugs en dat medicinaal gebruik gebonden is aan allerlei regelgeving en dat mensen moeite moeten doen om daar in vrijheid over te beschikken. Dat brengt mij tot de conclusie dat het huidige softdrugsbeleid van het kabinet veel kost, terwijl ik de risico's op het gebied van de volksgezondheid niet zie afnemen. Sterker nog, er zijn discussies over het THC-gehalte. Met andere woorden: wij zijn nog steeds voor regulering van de softdrugs.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Het is logisch dat er politiecapaciteit naartoe gaat, want het is niet legaal. Wij gedogen het, maar uiteindelijk is het niet legaal. En dat is maar goed ook.

Ik heb een tweede punt. Als het hier over roken gaat, zegt D66 dat iedereen daarmee moet stoppen en dat het ontmoedigd moet worden. Dat is terecht, zeker waar het gaat om jongeren. Als het over softdrugs gaat, kan het echter alle-

maal. Dan is het niet schadelijk voor de gezondheid, dan is het bevorderlijk en dan moeten wij gewoon maar lekker doorroken. Waarom een zo'n gespleten visie op twee zaken die beide ontzettend slecht voor de gezondheid zijn?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Ik dank mevrouw Bruins Slot voor deze vraag, zodat ik kan toelichten dat wij daar een eenduidige visie op hebben. Wij vinden het reguleren van softdrugs juist belangrijk omdat je dan als overheid bijvoorbeeld de kwaliteit ervan kunt controleren. Nu is die controle er absoluut niet. Nu kunnen cafés cannabis verkopen met een heel hoog THC-gehalte. Wij geloven dat als je het reguleert, je veel meer toezicht kunt houden op de kwaliteit ervan. Dan is wat anders dan het legaliseren ervan en zeggen dat iedereen maar moet doen wat hij wil. Wij vinden het juist belangrijk om het drugsbeleid meer te trekken naar het volksgezondheidsbeleid dan naar het strafrecht.

Ik merk in dit soort discussies dat er allerlei meningen zijn. Daarom heb ik het verzoek aan het kabinet gedaan om te komen met nieuwe wetenschappelijke inzichten en een onderbouwing daarvan, om onze meningen ook eens te reflecteren.

**De heer Van der Staaij** (SGP):

Heb ik goed gehoord dat de fractie van D66 geen nieuwe visie op drugsgebruik heeft?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

Inderdaad, wij zijn nog steeds voor het reguleren van softdrugs.

**De heer Van der Staaij** (SGP):

Dat debat hebben wij heel vaak gevoerd. Nog niet zo heel lang geleden hadden wij een uitgebreid visiedebat over drugs. Wat voor de D66-fractie geldt, geldt misschien ook voor heel veel andere fracties, namelijk dat die visie eigenlijk hetzelfde is gebleven. Besparen wij elkaar nu niet een herhaling van zetten als wij niet weer een groot visiedebat gaan voeren over drugs?

Mevrouw **Bergkamp** (D66):

D66 heeft dezelfde visie. Wij zijn nog steeds voor het reguleren. In de tussentijd zijn er veel meer internationale onderzoeken gedaan. De wereld is aan het veranderen. Kijk naar Zuid-Amerika, waar veel meer wordt gelegaliseerd. Een aantal staten experimenteert. Dat is politiek. Je probeert zo veel mogelijk mensen mee te krijgen in wat je vindt. Zo'n raar politiek spel is dat natuurlijk helemaal niet. Ik denk dat het goed zou zijn om een objectief een goed debat te voeren waarin de nieuwe inzichten — ik noem de pilot in Utrecht waar heel veel mensen heel enthousiast over zijn — worden meegenomen.

**De heer Van der Staaij** (SGP):

Over die pilot in Utrecht hebben wij al regelmatig gesproken in deze Kamer. Ik pleit er in elk geval voor om zo specifiek mogelijk te benoemen waar wij nader onderzoek naar of debat over nodig hebben, omdat wij misschien anders een

herhaling van zetten krijgen die niet heel veel zinnigs oplevert.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Waarvan akte.



Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ik wil mijn bijdrage graag beginnen met een citaat. "Een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden." Dat was de definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie in 1948. Als je die definitie goed leest, wordt duidelijk dat volgens die definitie bijna niemand gezond is. Dat leidt tot medicalisering en overbodige behandelingen. De zorgkosten zijn in de afgelopen decennia dan ook explosief gestegen. Maar we zijn inmiddels 65 jaar verder. Artsen weten meer en kunnen meer, en ze weten ook veel beter wat ze niet kunnen. De bevolking is hoger opgeleid en beter geïnformeerd. Daarbij past een andere definitie van gezondheid. Ik citeer opnieuw. "Het vermogen van de patiënt, zich aan te passen en eigen regie te voeren." Om die eigen regie te bevorderen en de uitgaven voor de zorg te bedwingen, startte in 2006 het nieuwe zorgstelsel. De hoofdlijnenakkoorden stimuleerden dit. Bij dit zorgstelsel hoort ook dat mensen meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid. Daarom zet D66 flink in op preventie, en liever nog op het bevorderen van gezondheid.

Inmiddels hebben we de fouten van het nieuwe stelsel steeds beter in beeld, maar we zien nu ook de positieve resultaten. De basispremie daalt, de zorgverzekeraars kopen scherper in en patiënten maken meer gebruik van hun keuzevrijheid. Maar we zijn er nog niet. We moeten nu doorpakken. We moeten doorpakken op eigen regie, doorpakken op kostenbewustzijn en doorpakken op innovatie.

D66 wil, net als de minister, doorpakken op e-health en zelfmanagement. Zorgapps kunnen bijvoorbeeld aangeven of je bij klachten naar de dokter moet, of dat je het zelf kunt oplossen, maar met een zorgapp kun je bijvoorbeeld ook je bloeddruk meten. Bovendien bieden ze de mogelijkheid om de dokter via de webcam te raadplegen, zodat je niet naar het spreekuur hoeft. Voor deze toepassingen bestaan vergoedingen, maar ons is gebleken dat dit bij artsen slecht bekend is. Ik vraag de minister of zij dit beter onder de aandacht van artsen wil brengen. Wil zij bevorderen dat e-health altijd deel uitmaakt van kwaliteitsstandaarden? Hoe gaat ze focus aanbrengen in het oerwoud aan gezondheidsapps? Wil zij daarvoor de DigitaleZorgGids een impuls geven?

Ik kom op het doorpakken op kostenbewustzijn. Het is goed dat de minister mijn motie oppakt en samen met de ziekenhuizen inzet op het terugdringen van no-show. De minister noemt op mijn verzoek achttien mogelijke maatregelen, zoals afspraakherinneringen per sms en het digitaal inplannen van afspraken. Ik vraag de minister of ze over het invoeren van die maatregelen ook bindende afspraken maakt met de ziekenhuizen. Wil ze, behalve monitoren van het percentage no-show, ook meten welke maatregelen het meest effectief zijn?

Kostenbewustzijn betekent ook dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars declaraties controleren op te veel verleende zorg. De Algemene Rekenkamer constateerde opnieuw dat daarvoor nu prikkels ontbreken. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop.

Ik kom op het doorpakken op innovatie. Kwalitatief goede en doelmatige zorg kunnen we alleen behouden door te blijven investeren in onderzoek. Innovatie levert uiteindelijk ook geld op. Denk aan ParkinsonNet, dat via de iPad therapeutrouw bevordert. Er zijn daarbij ook kansen voor shared savings, waarbij opbrengsten van doelmatigheidsonderzoek direct terugvloeien naar degenen die de winst realiseren. Ik vraag de minister of zij een nieuwe landelijke kennis- en innovatieagenda voor de zorg wil opstellen en daarbij ook de financieringsvarianten wil verkennen.

We zien dat Nederlanders voor hun zorg vaker over de grens kijken. De minister doet nu onderzoek naar de achterliggende oorzaken. Natuurlijk is het andersom ook mogelijk. De zorg is immers niet alleen een kostenpost, maar ook een belangrijke economische sector. Met onze kennis- en zorginnovaties kunnen we geld verdienen. Kijk bijvoorbeeld naar Buurtzorg USA. Wil de minister onderzoeken hoeveel patiënten nu naar Nederland komen en welke kansen er liggen om het buitenland voor Nederlandse zorg te laten kiezen? Wil de minister een top organiseren over de export van Nederlandse zorg met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en bedrijfsleven? Wil ze het aantal economische zorgmissies, zoals die naar China, uitbreiden? Verder is mij gebleken dat de website voor EU-burgers over de Nederlandse zorg nu een aanfluiting is. Wil de minister die voor het eind van dit jaar een impuls geven? Er staat nu namelijk echt niets op.

D66 wil ook doorpakken op het gebied van zelfbeschikking. De minister biedt vandaag een opening en wil een onderzoek. Dat mag echter niet leiden tot vertraging en stilstand. D66 heeft al concrete voorstellen klaarliggen.

De heftige gebeurtenissen rond de huisarts in Tuitjenhorn, het ingrijpen van de IGZ en de rechtszaak inzake hulp bij zelfdoding, maken de discussie over euthanasie en voltooid leven weer uiterst actueel. Maar laten wij daarbij vooral niet vergeten dat we een goed werkende euthanasiewet hebben. Het is heel belangrijk die te respecteren, maar D66 vindt wel dat er verbeteringen mogelijk zijn. Zo vinden wij samen met GroenLinks dat patiënten het recht moeten hebben op toetsing van hun euthanasieverzoek. Nu gebeurt dat te vaak niet en dat kan leiden tot schrijnende situaties. Ik zie het liefst dat patiënten met een euthanasieverzoek terecht kunnen bij hun eigen huisarts en dat ze op tijd met die huisarts over hun wensen hebben gesproken. Als een huisarts, als het moment daar is, het verzoek niet wil toetsen, dan heeft de patiënt wat ons betreft het recht op doorverwijzing. De Levensindekliniek kan hierbij helpen, maar die staat onder financiële druk. De minister belooft de vinger aan de pols te houden. Ik wil aan haar vragen of dit concreet betekent dat ze wil voorkomen dat de Levensindekliniek failliet gaat.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Mevrouw Dijkstra gaf zojuist aan dat haar fractie, samen met de fractie van GroenLinks, pleit voor het doorverwijzen door een huisarts. Voor welk probleem zou dit een oplossing moeten zijn? Is het haar bekend dat huisartsen in het

land in groepsverband afspraken maken over euthanasieverzoeken? Initiatieven voor verplichting zijn dan ook eigenlijk volstrekt overbodig.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Die zouden overbodig zijn als het in het hele land zo georganiseerd zou zijn en als alle artsen daaraan meededen. Ons is echter gebleken dat dat niet zo is. Integendeel, er zijn heel veel mensen die, als het moment daar is, stuiten op een arts die moeite heeft met een euthanasieverzoek en die zegt: ik kan dat niet met mijn geweten verenigen, ik acht mijzelf daar niet toe in staat. Dat respecteer ik overigens volledig. Maar als dat niet op tijd gecommuniceerd is met de patiënt en de patiënt daarmee te maken krijgt als het moment daar is en als de arts vervolgens niet behulpzaam is bij het doorverwijzen, dan heeft deze patiënt een ongelukkig probleem. Dat komt nog veel te vaak voor en daarom hebben wij een voorstel gedaan voor een aanpassing van de euthanasiewetgeving, waarin dat verwijfsrecht wordt opgenomen — ik zie dat vooral als een technische verbetering van die wet — zodat de patiënten niet in de kou komen te staan als zij een euthanasieverzoek hebben en als die niet door de eigen huisarts getoetst wordt omdat de huisarts dat niet wil, om welke reden dan ook.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik heb goed geluisterd naar mevrouw Dijkstra, maar ik denk toch dat haar voorstel absoluut ontijdig is. Zij weet natuurlijk ook hoe de ChristenUnie denkt over euthanasie. Maar laat ik nu ook even vaststellen dat heel veel patiënten in een veel te laat stadium met huisartsen spreken over het levenseinde. Laat ik vaststellen dat er in het land initiatieven zijn van huisartsen — dat aantal neemt toe — waarbij ze onderling afspraken maken over hoe om te gaan met euthanasieverzoeken. Moeten we niet veel meer die initiatieven een kans geven en aandringen op vroegtijdige gesprekken tussen patiënten en huisartsen, alvorens met een voorstel te komen zoals mevrouw Dijkstra nu doet? Zij weet hoe ik erover denk, maar ik probeer ook even goed neer te zetten dat er andere oplossingen zijn dan die welke zij nu voorstelt.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Die euthanasiewet hebben we al even. Deze problemen zijn al eerder gesignaleerd. Ik vind het belangrijk dat mensen erop kunnen rekenen dat, als zij met deze vraag komen, die ook getoetst kan worden. Ik juich het erg toe dat er op dit moment samenwerking ontstaat tussen artsen. Met de ChristenUnie ben ik helemaal van mening dat patiënten dit vroeg met hun arts moeten bespreken en dat artsen dit ook vroeg bespreekbaar moeten maken met hun patiënten. Juist door dit in de wet op te nemen, zal er een impuls zijn om dit veel eerder te doen.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

De CDA-fractie vindt het van groot belang dat in deze discussie de feiten goed op een rijtje komen te staan. 0,4% van de huisartsen wil niet doorverwijzen. Dat zijn dus niet heel veel huisartsen. Om precies te zijn gaat het om 40 in Nederland. Mevrouw Dijkstra begon haar betoog met het verbinden van Tuitjehorn met het naderend levenseinde en met een goed gebruik van de euthanasiewet. Is mevrouw

Dijkstra het met mij eens dat die twee niets met elkaar te maken hebben en dat je die ook niet op deze manier met elkaar moet verbinden, juist vanwege de gevoeligheid van alles wat daar gebeurd is en vanwege het belang van het onderwerp?

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Ik heb aangegeven dat de discussie weer actueel is, dat daardoor veel onrust ontstaat over de wetgeving en de palliatieve sedatie en dat het juist nodig is om ons steeds te realiseren dat wij dit gewoon heel goed geregeld hebben in Nederland. Daar moeten wij bij stilstaan en dat moeten wij vooral blijven doen. Dat is de reden waarom ik het genoemd heb. Ik heb het genoemd als aanleiding voor een discussie die nu weer veel sterker speelt dan eerder het geval was.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Er is veel onrust ontstaan, maar het helpt dan niet als de fractie van D66 Tuitjehorn verbindt met eventuele gebreken in de euthanasiewetgeving. Die zijn er niet op dat vlak. Daar is iets anders misgegaan, hoe triest ook. Het is goed als wij ons bij dit onderwerp bij de feiten houden.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Ik laat dit voor rekening van mevrouw Keijzer. Zij is duidelijk niet bereid om te luisteren naar wat ik heb gezegd.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Op het punt van de doorverwijsplicht hebben wij al eerder de degens gekruist, zo zou ik bijna zeggen. Toen kwam naar voren dat ook algemene artsenorganisaties zeggen dat wij aan die juridisering en stigmatisering van artsen op die manier niet moeten beginnen, wat recentelijk ook bleek. Wat vond en vindt mevrouw Dijkstra van dat argument?

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Het is natuurlijk bekend dat de KNMG daar zo over denkt. Wij hebben op grond van de signalen die wij gekregen hebben, toch gemeend dat wij dit wel moeten doen. Mevrouw Keijzer noemde het getal van 0,4%, maar er zijn veel meer meldingen bij een organisatie als de NVVE van mensen die geen gehoor krijgen voor hun euthanasiewens en bij wie zelfs geen toetsing mogelijk is. Dat is de reden waarom wij dit initiatief doorzetten op dit moment.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Speelt bij het feit dat heel veel mensen geen gehoor krijgen bij die wens ook niet een rol dat absoluut niet voldaan is aan de wettelijke eisen die daarvoor gelden? Gaat dat niet helemaal door elkaar lopen met morele bezwaren die er in zijn algemeenheid rond euthanasie kunnen bestaan?

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Even voor alle duidelijkheid: het gaat niet om een situatie waarin de patiënt om euthanasie vraagt, de huisarts het toetst, dan zegt dat de patiënt helemaal niet voldoet aan de criteria en waarin de patiënt vervolgens wenst te worden doorverwezen. Het gaat om een patiënt die te maken krijgt

met een huisarts die het euthanasieverzoek niet wil toetsen op de criteria, om welke reden dan ook. Daar hebben artsen alle recht toe — dat wil ik nog een keer benadrukken — want er is geen plicht om euthanasie uit te voeren, maar de patiënt heeft recht op toetsing van het verzoek. Dat willen wij goed vastleggen in de wet. Daarbij dwingen wij niemand. Wij vragen alleen aan artsen die niet willen toetsen om door te verwijzen naar een collega die daartoe wel bereid is.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Laat ik dan maar concluderend zeggen dat de juridisering en stigmatisering die hiervan uitgaan volgens ons niet de oplossing zijn, maar dat er juist helderheid geboden moet worden in de communicatie tussen arts en patiënt.

**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Ik herken totaal niet dat er gestigmatiseerd zou worden. Daarvan is geen sprake. Het gaat er alleen om dat we patiënten met een euthanasieverzoek niet in de kou laten staan.

**De voorzitter:**

Het woord is aan mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie. Zij heeft een spreekijd van veertien minuten aangevraagd.



**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Voorzitter. Het lijkt een doorbraak te zijn: kijk- en luistergeld. Ik heb het nu niet over de bezuinigingen op de omroepen, maar over een gesprek tussen een arts en een patiënt over zorg in de laatste levensfase. De NZa voegt het gesprek over behandelopties toe aan het pakket van zorgproducten in 2014, weliswaar nog zonder financiële consequenties, maar toch. Kennelijk is ons zorgsysteem zo ingericht dat er nauwelijks ruimte is voor een gesprek over en het afwegen van behandelopties, inclusief de mogelijkheid van niet behandelen. Het gaat hierbij om essentiële menselijke deugden, zoals een luisterend oor en empathie, waarvoor ruimte moet zijn in de beroepspraktijk van een arts. Shared decision making staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Verdergaan met deze ontwikkelingen vindt de ChristenUnie van groot belang, maar hoe kijkt de minister aan tegen dit nieuwe product? Waarom is hiervoor een nieuw product nodig? Schieten we niet door in regelgeving en het afleggen van verantwoording ten koste van de beroeps-ethiek van artsen?

Gisteren verscheen het rapport van de Algemene Rekenkamer waarin geconcludeerd wordt dat ziekenhuizen een informatiemonopolie hebben. Zij zijn eigenlijk als enige partij goed in staat om verspilling in de zorg in kaart te brengen. Bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars ontbreekt het echter aan prikkels om dit daadwerkelijk te doen. Het declaratiesysteem schijnt bovendien zo ingewikkeld te zijn dat hierop nauwelijks wordt gecontroleerd. Dit biedt weinig hoop voor patiënten, die vanaf medio volgend jaar inzicht zullen krijgen in hun zorgkosten. Wanneer kunnen we de reactie van de minister op het rapport van de Rekenkamer tegemoetzien? Is het kabinet bereid om de zorgatlas te ondersteunen, een initiatief waarmee praktijkvariatie voor patiënten in kaart wordt gebracht en daarmee ook mogelijke verspilling in de zorg?

De ChristenUnie is ronduit teleurgesteld over het feit dat medisch specialisten door het zorgakkoord buiten de Wet normering topinkomens vallen. Wat mijn fractie betreft, moeten we er meer druk op zetten om alle medisch specialisten op korte termijn in loondienst te laten werken. Ik ken natuurlijk de visie van het kabinet, maar hoe ziet het kabinet het idealiter voor zich? Moeten alle artsen op de langere termijn wel in loondienst zijn? Wat gaat het kabinet doen aan de exorbitante beloningen voor bestuurders? Zo verdiende 18% van de bestuurders in 2011 meer dan de wettelijke norm in de Wet normering topinkomens.

De innovatie die volgens mijn fractie hard nodig is, is de ontwikkeling van biologisch afbreekbare medicijnen. Dit probleem zal de komende jaren alleen maar groeien in verband met de vergrijzing en het toenemende medicijnverbruik. Ik heb het dan over medicijnresten in ons afvalwater. End-of-pipeoplossingen zijn relatief duur. Vindt de minister het ook een goed idee om de ontwikkeling van biologisch afbreekbare medicijnen te agenderen bij het Apollo Netwerk en hiervoor niet alleen de grote jongens, maar ook de kleinere, innovatieve medicijnfabrikanten uit te nodigen? Dan krijgen we in ieder geval waar voor de €24.000 die dit netwerk jaarlijks moet kosten.

2014 wordt een ongelooflijk belangrijk jaar voor de hervorming van de langdurige zorg. We zullen nog veel debatten hierover voeren. Daarom stip ik vandaag slechts een beperkt aantal punten aan, die overigens niet onbelangrijk zijn. Hoe zit het met het faciliteren van organisaties die zich richten op de mobilisatie en ondersteuning van vrijwilligers, zoals Stichting Present en Humanitas? Eerder was de staatssecretaris hierover positief. Er ligt hierover nog een aangehouden motie van ons. Op welke manier worden deze organisaties betrokken bij de hervormingen van de langdurige zorg?

De ChristenUnie blijft erop hameren dat het pgb een volwaardig alternatief moet zijn voor zorg in natura. Ook hierover ligt nog een aangehouden motie van de ChristenUnie. Het kan niet zo zijn dat de gemeente straks voor iemand gaat beslissen dat zorg in natura passend is. Die keuzevrijheid moet altijd bij de cliënt blijven liggen. Hoe kijkt de staatssecretaris aan tegen een inkomensafhankelijk anticumulatiebeding voor het totaal aan eigen betalingen ingevolge de Wmo, de AWBZ en de Zorgverzekeringswet? De ChristenUnie is verheugd over de financiële mogelijkheden voor ondersteuning van mantelzorgers in het Begrotingsakkoord 2014. Juist als wij een groter beroep doen op de samenleving, moeten we ook de goede randvoorwaarden creëren.

Dan kom ik op de chronisch zieken en gehandicapten. De ChristenUnie vindt het erg belangrijk dat in het begrotingsakkoord een doorstart van de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten is opgenomen, waardoor de forse koopkrachtachteruitgang voor mensen met een beperking gedeeltelijk wordt weggenomen. De vraag is wat er gebeurt met de resterende 268 miljoen. De ChristenUnie dringt aan op een maatwerkregeling, bij voorkeur in de vorm van een categoriale regeling voor chronisch zieken en gehandicapten, zodat het geld ook echt bij de doelgroep terecht komt. Is de staatssecretaris bereid hierover in gesprek te gaan met de VNG en gehandicaptenorganisaties en dit uit te werken in het wetsvoorstel dat nog aan de Kamer wordt voorgelegd? Volgens het Belastingplan wordt het budget voor gemeentelijk maatwerk pas vanaf 2017 aan het sociaal domein van het Gemeentefonds toegevoegd. Herkent de staatssecretaris



dit? Welke bedragen zijn er in 2015 en 2016 beschikbaar voor gemeenten?

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

De huidige inkomensregeling voor chronisch zieken en gehandicapten komt ook goed terecht, bij de mensen die dat zijn. Ik begrijp dat mevrouw Dik veel vertrouwen heeft in de afspraken die in het Herfstakkoord zijn gemaakt, maar hoe gaat dat straks in de praktijk? Wij hebben de PvdA net horen zeggen dat mensen die het zelf kunnen betalen, geen voorziening krijgen van de gemeente. Als het een fiscale regeling wordt voor voorliggende voorzieningen, betekent het feit dat je die kunt krijgen van de gemeente, dat je geen beroep kunt doen op die fiscale regeling. Dan word je of gepakt doordat de gemeente geen vergoeding geeft, of doordat je geen tegemoetkoming krijgt als chronisch zieke of gehandicapte. Hoe kan mevrouw Dik daar nu zo blij mee zijn?

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Toen wij de voorstellen van het kabinet zagen over het min of meer afschaffen van de Wtgc, stroomde onze mailbox vol met mailtjes van cliënten die zeiden dat zij, als deze plannen van het kabinet zouden doorgaan, een inkomensachteruitgang zouden hebben van honderden of zelfs duizenden euro's op jaarbasis. Het is natuurlijk verschrikkelijk als je dat leest. Daarom heeft de ChristenUnie verantwoordelijkheid genomen en is aangeschoven bij het begrotingsakkoord. Wij hebben ons afgevraagd wat wij konden doen voor die doelgroep.

De kernboodschap die ik uit al die mails heb meegekregen, is dat als de fiscale aftrek vervalt, mensen op een bepaald inkomensniveau terechtkomen, waardoor zij ook allerlei andere toeslagen niet meer zouden ontvangen. Voor ons was cruciaal dat die fiscale aftrek overeind zou blijven, en dat is geregeld in het begrotingsakkoord. Nu pleit ik ervoor om een specifieke maatwerkvoorziening bij gemeenten in te zetten voor mensen die hiermee onvoldoende bereikt worden.

Er resteert nog een bedrag van bijna 300 miljoen. Dat is een fors bedrag. Ik maak mij er zorgen over dat dit bedrag niet bij de doelgroep terechtkomt als het via het Gemeentefonds wordt meegegeven. Daarom zeg ik: laten we met de VNG en de cliëntenorganisaties bekijken hoe wij de groepen die onvoldoende bediend worden door die fiscale regeling, aanvullend ondersteuning kunnen bieden met die maatwerkvoorziening. Dat is wat de ChristenUnie wil.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Het beleid op lokaal niveau is minimabeleid. Ik herken de ChristenUnie wel als een linksgeoriënteerde partij, maar het gaat ook over middeninkomens. Als je als middeninkomen geen huishoudelijke verzorging meer krijgt, bijvoorbeeld met AOW met €10.000 pensioen, is er een inkomensachteruitgang van 19%, berekend in Den Haag. Als je tegelijkertijd voor je andere voorziening geen WTCG-korting meer krijgt, van soms 33% op je eigen bijdrage, dan ga je er toch gigantisch op achteruit? Hebt u dit allemaal doorgekend, toen u met z'n vijven als nieuwe gedoogcoalitie met elkaar aan tafel zat?

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik ben heel blij dat de CDA-fractie de ChristenUnie aanspreekt op het sociale profiel, want daar kan ik mij heel goed in herkennen. Zij noemt dat links, maar ik noem dat sociaal. Daar ben ik heel blij mee. Ik denk dat dit een heel sociale invulling kan worden voor chronisch zieken en gehandicapten, mits het geld terechtkomt bij de groep die het nodig heeft. Ik herken wat u zegt over het gemeentebeleid, dat dit veelal minimabeleid is. Daarom wil ik samen met gemeenten bekijken hoe we dit niet in de bijstandsregeling zouden kunnen stoppen, maar in een andere regeling, zodat ook de groep mensen die tussen 120% of 130% van het bijstandsniveau en modaal zitten en worden getroffen, met een maatwerkvoorziening kunnen worden gecompenseerd.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Zou het dan niet logischer zijn om deze voorziening gewoon landelijk te organiseren, in plaats van haar over te hevelen en vervolgens helemaal dicht te timmeren?

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik begrijp dat de GroenLinks-fractie deze vraag stelt. Ik heb zelf ook wel zitten puzzelen op de vraag of je het niet toch in een landelijke regeling zou moeten houden. Juist vanwege de positie van de gemeenten en het feit dat gemeenten in deze decentralisatie ontzettend veel taken op zorggebied op hun bord krijgen, denk ik dat je een heel mooie koppeling zou kunnen maken door ook deze verantwoordelijkheid bij de gemeenten neer te leggen. Ik wil echter wel heel goed bekijken hoe gemeenten kunnen worden gefaciliteerd met een regeling die hen goed in staat stelt om het geld bij de doelgroepen terecht te laten komen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Mevrouw Dik-Faber geeft terecht aan dat er al veel taken naar gemeenten komen, maar daarbij wordt nu juist vaak gezegd dat die beleidsvrijheid zo belangrijk is. Op het punt van de inkomensondersteuning pleit mevrouw Dik-Faber voor een categorale regeling. Volgens mij is het van tweeën een: of je hevelt over met enige vrijheid of je houdt het landelijk, waarbij je volgens mij heel duidelijke kaders kunt stellen. Dit lijkt mij een beetje vlees noch vis.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ook deze vraag van GroenLinks kan ik goed begrijpen. Ik heb zelf ook even zitten puzzelen op de vraag of je dit niet landelijk moet houden. Wij hebben daar uiteindelijk niet voor gekozen. Wij willen dit budget overhevelen naar de gemeenten. Is er een spanningsveld met de beleidsvrijheid van gemeenten? Ja, dat is er. Ik voel dat spanningsveld zelf ook, al was het maar omdat ik een oud-raadslid ben en weet hoe dit op lokaal niveau werkt. Ik zie dat spanningsveld dus, maar ik denk dan ook aan al die mailtjes in mijn mailbox van mensen die zich grote zorgen maken over het overhevelen van het budget naar de gemeenten; wat betekent het voor hun positie als dit allemaal in één grote pot gaat? Als we toch het budget gaan overhevelen, laten we er dan voor zorgen dat dit geld bij die groep terechtkomt. Ik erken dus helemaal dat daar een spanningsveld zit, maar ik vind het wel belangrijk dat we met elkaar in die richting gaan.

**De voorzitter:**

Helder. U continueert.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik continueer met de volgende vraag aan de staatssecretaris: hoe staat het ondertussen met de ratificatie van het VN-Gehandicaptenverdrag?

Ik kom bij het onderwerp preventie. In de afgelopen jaren zijn op het gebied van preventie een aantal belangrijke stappen gezet. Het verhogen van de verkoopleeftijd voor tabak en alcohol naar 18 jaar is winst voor de volksgezondheid. Voor mijn fractie is het traject van de implementatie echter van cruciaal belang. Naast een campagne ten behoeve van de nieuwe leeftijd moet er aandacht zijn voor de schadelijke effecten van roken en alcohol in het algemeen, dus ook voor volwassenen. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat mensen na hun 18de helemaal losgaan, want ook dan is dit nog zeer ongezond. Ik breng hiervoor de mislukte campagne rond het rookverbod nog maar even in herinnering.

De ChristenUnie vindt dat er veel meer aandacht moet komen voor preventie in de curatieve zorg. 25% tot 40% van de patiënten is al ondervoed voordat ze worden opgenomen. Vooral bij ouderen speelt een tekort aan eiwitten. Maar het kan ook anders, als ondervoeding wordt beperkt. Op dit moment wordt daarnaar onderzoek gedaan door onder andere het Ziekenhuis Gelderse Vallei, het voedingsziekenhuis dat met Wageningen Universiteit samenwerkt in de voedingsalliantie. Daar worden voedingsmiddelen ontwikkeld die lekker zijn en die oudere patiënten net dat beetje extra geven wat ze nodig hebben. Als dit werkt, komen patiënten sterker het ziekenhuis in en knappen de mensen sneller op. Uit onderzoek van SEO uit 2012, dus van nog maar een jaar geleden, blijkt dat hiermee een besparing in de zorg van maar liefst 1,9 miljard is te realiseren. Hoe kunnen we de kansen van dit soort innovaties vergroten, zo vraag ik de minister. Kunnen er op dit moment structurele belemmeringen zijn, bijvoorbeeld in de vergoedingsfeer? Zo worden medische drankjes wel vergoed, maar verrijkte producten niet. Wat gaat de minister doen om de resultaten van de onderzoeken van de voedingsalliantie te ondersteunen en breed uit te rollen in het land?

Nu de palliatieve zorg. Hoe staat het met de 10 miljoen uit het Lenteakkoord voor palliatieve zorg? Laat geld niet de reden zijn dat kennis en kunde van artsen en verpleegkundigen op het gebied van levenseindezorg tekortschiet. Eerder dit jaar bleek uit onderzoek door het NIVEL naar palliatieve zorg in de verstandelijkgehandicaptensector dat slechts 15% van de artsen zich daarvoor voldoende opgeleid acht. Dit percentage is natuurlijk schrikbarend laag. Ik denk dat de netwerken palliatieve zorg van Agora hierin een sleutelrol kunnen vervullen. Is de staatssecretaris dat met mij eens?

Vandaag sprak de minister haar voorkeur uit voor het veruimen van de regels voor euthanasie. Ze wil hiervoor een commissie van wijzen in het leven roepen. De uitkomsten hiervan staan op voorhand al min of meer vast. Ik vraag de minister of zij dit inderdaad zo gezegd heeft. Is dit inderdaad haar intentie? Zo ja, dan zou het haar sieren als zij die woorden terugneemt. De ChristenUnie heeft geen enkele behoefte aan een aparte commissie. De wet- en regelgeving

is helder. Ons standpunt over de euthanasiewet is bekend. Ik stel in ieder geval vast dat de euthanasiewet rechtsbescherming biedt voor artsen. In ons land bestaat geen recht op euthanasie. De woorden van de minister lijken dit wel te suggereren.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Het standpunt van de ChristenUnie over euthanasie is inderdaad bekend. Het standpunt van andere fracties, zoals D66 en GroenLinks, is ook bekend. Welke consequenties verbindt de ChristenUnie eraan als bijvoorbeeld de voorstellen voor een verwijfsrecht worden doorgezet?

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik vind deze vraag van de fractie van GroenLinks een beetje aan de vroege kant. U hebt een initiatiefwetsvoorstel. Daarover zullen we nog een debat voeren. Dan zullen we zien hoe dat debat verloopt en of er wel of geen meerderheden voor zijn in de Kamer. U kent ons standpunt. Het zal u niet verrassen als ik zeg dat wij uw voorstellen niet zullen steunen.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

De ChristenUnie-fractie verrast mij daar zeker niet mee. Ik ben echter blij dat de ChristenUnie-fractie ook vindt dat moet worden bekeken hoe iets ligt in de Tweede Kamer en in de Eerste Kamer.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Dat is mooi. We zullen daar met elkaar het debat over voeren.

Ons standpunt over abortus is ook bekend. De ChristenUnie wil graag dat ongewenst zwangere vrouwen hulp en goede informatie krijgen, zodat ze niet de zware weg van abortus hoeven gaan. Daarom draagt mijn fractie de tienermoederopvang al jaren een warm hart toe. We vinden het belangrijk dat de zorg voor jonge meiden wordt gecontinueerd en daarom dringen we bij het kabinet aan op behoud van de landelijke financiering.

**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Ik heb nog een vraag over de begroting voor 2015. Daarin staan een hoop bezuinigingen waarmee de ChristenUnie in het Herfstakkoord heeft ingestemd. Ik wil me nu even beperken tot de bezuiniging op de cliëntondersteuning. Volgens mij heeft de ChristenUnie-fractie eerder ook moties gesteund over het belang van onafhankelijke cliëntondersteuning. Ik vraag me af hoe de fractie van de ChristenUnie aankijkt tegen mogelijke alternatieven voor deze bezuiniging.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

De fractie van de ChristenUnie — ik meen iedereen in deze Kamer — vindt cliëntondersteuning heel belangrijk. Laat dat boven alle twijfel verheven zijn. In het begrotingsakkoord staat inderdaad een bezuiniging van 25 miljoen op de cliëntondersteuning. Ik kan ook zeggen dat dit geen bezuiniging is waar ik heel blij van word. Het is best een heel moeilijke bezuiniging. De Partij van de Arbeid heeft

vandaag voorgesteld om de staatssecretaris te vragen naar een visie op cliëntondersteuning en de wijze waarop de bezuiniging daarin is in te passen. Ik vond dit een interessant voorstel. Ik ben ook heel benieuwd wat de staatssecretaris hierop zal antwoorden. Ik zie op dit moment geen alternatieven, maar als er alternatieven zijn, wil ik er uiteraard over nadenken. Het is namelijk een moeilijke bezuiniging. Ik zie de alternatieven op dit moment niet, maar ik sluit niet op voorhand uit dat ze er wel zijn. Ik wil meedenken.



**Mevrouw Voortman (GroenLinks):**

Voorzitter. De begrotingsbehandeling is hét moment om vooruit te kijken naar het komende jaar. Waar de letterlijke storm gisteren over ons land raasde, zal de figuurlijke storm in de zorg pas losbarsten bij de begroting voor 2015. Deze begroting is hierbij eigenlijk een "stilte voor de storm"-begroting.

De minister en de staatssecretaris hebben het afgelopen jaar bepaald niet stilgezeten. Er zijn verschillende akkoorden gesloten. Daarnaast was er de oproep in Buitenhof. De minister opereerde daarin heel erg slim. Niet alleen de veldpartijen, maar ook mensen zelf vraagt zij om mee te denken. Komend jaar zullen we zien wat de resultaten daarvan zijn.

Ik ben nu drie jaar Kamerlid en net zo lang woordvoerder zorg, en dat is een mooie portefeuille. Niets komt zo dichtbij als de zorg en weinig is ook zo bepalend voor het leven van een mens. We hopen allemaal dat we de zorg niet nodig hebben maar als we die nodig hebben, willen we dat deze zo goed mogelijk geregeld is maar ook dat we het leven kunnen blijven leiden zoals we dat gewend zijn. En dat is ook wat we allemaal willen voor onze ouders en onze kinderen. Daarom moeten niet de systemen maar de mensen centraal staan. Die wens hoor ik ook al zolang ik hier in de Kamer rondloop, maar helaas blijft het nog te vaak gaan over de systemen. Ondertussen nemen de zorgen onder de mensen toe. Veel mensen vragen zich af of ze straks nog de zorg krijgen die ze nodig hebben. We zijn het erover eens dat de tijd dat de dokter of het zorgkantoor voor je bepaalde wat goed voor je is, voorbij is. GroenLinks wil mensen zo veel mogelijk zelf laten bepalen hoe hun zorg er uit ziet, wie ze helpt en wat er wel of niet gebeurt. Mensen kunnen en willen steeds meer zelf regelen zodat ze langer thuis kunnen blijven wonen en de zorg zo veel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen krijgen, waarbij degene die in de zorg werkt ook echt bezig is met zorg verlenen en niet met roosteren, management of het zoveelste papieren project. Of je goede zorg krijgt, moet niet afhankelijk zijn van de mensen die je om je heen hebt of van de vraag of je wel of niet mondig en handig genoeg bent om dit zelf voor elkaar te krijgen. Op zich lijkt het ook in lijn met wat deze bewindspersonen en dit kabinet zeggen te willen. In de participatiesamenleving gaan wij het weer samen doen. Wij gaan mensen oproepen elkaar meer te helpen. Participeren moet je leren, lijkt het motto van dit kabinet, maar tussen de regels van de begroting door wordt pijnlijk duidelijk dat het dit kabinet daar helemaal niet om te doen is. Op pagina 19 van de begroting staat zelfs letterlijk: "Om deze omslag te kunnen maken schrappt het kabinet onderdelen van de AWBZ die vooral gericht zijn op ondersteuning en participatie." Het zal niet verbazen dat ik die zin meerdere keren heb gelezen omdat ik niet kon geloven dat dat er echt

staat. Want dat is nou juist het domste wat je kunt doen, laat staan dat het strijdig is met wat het kabinet zelf zegt te willen. Dit kabinet wil dat mensen meer zelf gaan doen en dat wij elkaar daarbij helpen, maar dan is het wel nodig dat mensen ondersteund worden en dat de basis goed is. Maar juist die basis snijdt het kabinet weg. Op onafhankelijke cliëntondersteuning wordt zo veel bezuinigd dat mensen straks in de kou staan als ze verdwaald raken in de bureaucratie. Huishoudelijke zorg wordt grotendeels weg-bezuinigd, terwijl die juist nodig is om thuis te kunnen blijven wonen. Hetzelfde geldt voor dagbesteding en begeleiding waar ook flink op gekort wordt. De druk op mantelzorgers en vrijwilligers van wie er al heel veel zijn en die ook al heel veel doen, neemt steeds meer toe. Inkomensondersteuning voor mensen met een chronische ziekte of handicap is juist nodig voor mensen om zich zelf te kunnen redden, maar ook daarop wordt bezuinigd.

Deze stapeling van bezuinigingen zal mensen juist kwetsbaarder maken. En financieel is het ook nog eens dom, want het aantal werklozen en daarmee het beroep op de uitkeringen neemt toe en mensen zullen meer een beroep doen op duurdere instellingszorg.

De komende tijd gaat er veel veranderen in de zorg. Er gaan taken naar gemeenten. Er gaan taken naar de Zorgverzekeringswet. Er zijn ook taken die juist in de AWBZ of inmiddels de langdurige intensieve zorg blijven. Daar hebben we al veel over gesproken en dat zullen we de komende tijd nog veel meer gaan doen. Voor GroenLinks blijft daarbij vooropstaan dat de zorg ook echt beter geregeld moet gaan worden en dat het niet blijft bij het over de schutting gooien met een fikse bezuiniging. Daarom is het voor ons zo belangrijk dat mensen zo veel mogelijk zelf invloed hebben op hun zorg. Wij zullen een inbreuk op eigen regie niet accepteren. Daarom zetten wij ons in voor een volwaardig pgb in alle zorgwetten.

Dan de bezuiniging op onafhankelijke cliëntondersteuning. Een domme bezuiniging in tijden waarin mensen al onzeker zijn over hun zorg en dit kabinet ze meer dan ooit op zichzelf aanwijst. De bezuiniging gaat pas in 2015 in, dus de staatssecretaris heeft nog tijd om naar een alternatief te zoeken. Voor GroenLinks zijn er genoeg maatregelen mogelijk die de rekening juist bij de breedste schouders leggen. Denk bijvoorbeeld aan medisch specialisten onder de inkomensnorm brengen. Ik snap niet dat de minister hun inkomen in strijd met de Wet normering topinkomens nog steeds wil laten groeien, terwijl duizenden mensen in de zorg hun baan kwijtraken en mensen in onzekerheid zitten over hun zorg.

In het verlengde daarvan maak ik mij ook zorgen over de signalen die ik krijg over het voortbestaan van de hulp op afstand, Sensor. Deze zal vanaf 2015 vanuit de Wmo bekostigd worden. Ik krijg echter signalen dat de provincies, waar het nu is georganiseerd, al per 1 januari of per 1 juli 2014 willen stoppen met de bekostiging. Dit is nu de derde begroting waarbij ik hiernaar vraag. Ik wil in deze begrotingsbehandeling graag duidelijkheid, alsmede de garantie dat hulp op afstand blijft bestaan.

Vrijdagavond kwam de langverwachte brief over de arbeidsmarkt in de zorg. De boodschap is hard. Waar eerdere arbeidsmarktbriefen gingen over grote verwachte personeelstekorten in de zorg, zullen de komende jaren vele duizenden mensen die zich met hart en ziel inzetten in

de zorg hun baan verliezen. Dat leidt tot ontslagen in de zorg, een groter beroep op uitkeringen, meer instellingszorg en een zwaardere belasting van mantelzorgers en vrijwilligers. Tegelijkertijd doet het kabinet niets om extra banen te creëren. De sectorplannen van minister Asscher leveren alleen sollicitatietrainingen op. Het Herfstakkoord zou banen opleveren, maar pas in 2040. Afzien van bezuinigingen is dus het beste, maar in ieder geval moeten de rechten van de mensen die in de zorg werken goed worden geregeld. Wij willen dat mensen niet zomaar aan de dijk kunnen worden gezet wanneer er wordt gewisseld van aanbieder. Ook moet er een einde komen aan schijnconstructies in de zorg. Wat we niet willen voor mensen die in de kassen werken, moeten we ook niet willen voor wie in de zorg werkt.

Ik benadruk nogmaals dat het voor GroenLinks onbestaanbaar is dat mensen in de kou worden gezet. Dat dreigt bijvoorbeeld te gebeuren met ongedocumenteerden. In de twee weken geleden aangenomen Jeugdwet staat zelfs een artikel waarmee het mogelijk wordt om hen uit te sluiten. Ook voor andere zorg is de toegang niet goed geregeld. Zo ontvang ik regelmatig signalen over de tandheelkundige zorg. Als ongedocumenteerde zou je eerst een rottend gebit moeten hebben voordat je naar de kaakchirurg mag, met alle gevolgen van dien, zoals juist duurdere zorg. Ook voor mensen die de Nederlandse taal nog niet machtig zijn, moet het mogelijk zijn om zelf naar een arts of hulpverlener te gaan. Daarom heb ik mij verzet tegen de bezuiniging op tolken in de zorg. Het is nog steeds niet duidelijk hoe de minister dit wil regelen. Ik heb in juni met de Partij van de Arbeid-fractie een motie ingediend om een onderzoek te doen naar het kostenbeslag. In de brief van de minister lees ik dat zij die info niet heeft, dat die niet voorhanden is en dat ze daarom zoekt naar mogelijkheden om de groep mensen af te bakenen. Dat lijkt ons onwenselijk. Ik begrijp dat artsen en andere betrokken organisaties al veel verder zijn met een norm, die binnenkort wordt vastgesteld. In plaats van te werken aan het afbakenen van de groep mensen die een tolk nodig zou hebben, zou de minister moeten werken aan een tijdelijke regeling in 2014. Met de Partij van de Arbeid vreest GroenLinks dat er anders mensen tussen wal en schip zullen vallen.

Om de zorg duurzaam te kunnen hervormen, is het ook nodig dat mensen meer mogelijkheden krijgen om zelf te kiezen en meer inzicht krijgen in de zorg. Daarvoor is het nodig dat gegevens over de zorg voor iedereen vooraf beschikbaar zijn. Wat gaat de minister doen om onder andere de kosten inzichtelijk te maken, zodat mensen ook echt kunnen kiezen? Meer openheid leidt tot meer inzicht in kosten en daarmee ook in de houdbaarheid. Daarom adviseert de Rekenkamer ook om meer aandacht te besteden aan open data in de zorg. Ik heb daarover enkele maanden geleden met mevrouw Dijkstra een motie ingediend. Kan de minister op korte termijn ervoor zorgen dat in ieder geval volumes en tarieven per zorgaanbieder als open data worden vrijgegeven? Verzekeraars kunnen er dan beter op sturen, maar mensen kunnen ook een betere keuze maken. De Algemene Rekenkamer concludeert namelijk dat iedereen last heeft van de complexiteit van de financiering van de ziekenhuiszorg. Het is niet te controleren of de zorg die ziekenhuizen leveren wel passend is. De financiering van de ziekenhuiszorg is zo complex dat het systeem heel gevoelig is voor fraude. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden te weinig geprikkeld om te controleren of de zorg die zij factureren, ook echt is geleverd en of die wel gepast is.

Twee jaar geleden waren dergelijke kritische opmerkingen voor de Partij van de Arbeid nog reden om tegen de hele begroting te stemmen. De Algemene Rekenkamer beveelt nu aan dat alle betrokkenen moeten kunnen volgen wat er financieel gebeurt als er een verrichting is gedaan. Wij willen daarom dat de minister nu echt werk gaat maken van open data in de zorg, zodat iedereen beter kan inschatten hoe het geld wordt besteed, niet alleen via Vektis, maar met data die voor iedereen openbaar zijn en te gebruiken zijn.

Over kostenbesparingen gesproken: investeren in preventie loont ook. Een aantal collega's heeft al mooie woorden gesproken over het nationaal preventieplan. We komen daar later vast nog over te spreken. Het verbaast mij echter dat aan al die voornemens geen extra investering is gekoppeld. Wat denkt de minister van het idee om 20 miljoen extra vrij te maken via vermindering van de rijksbijdrage aan de verzekering, om preventie en dus het voorkomen van toekomstige zorgkosten een extra impuls te geven?

#### De voorzitter:

Wij naderen zo langzamerhand de slotapothecose van dit debat. Het woord is aan de heer Van der Staaij van de SGP.



#### De heer Van der Staaij (SGP):

Voorzitter. 2014 wordt een jaar waarin heel veel besluiten worden genomen over, uitwerking wordt gegeven aan en voorbereidingen worden getroffen voor allerlei belangrijke veranderingen en stelselherzieningen, die ook in het jaar daarna, in 2015, hun beslag zullen krijgen. Ik wil in mijn bijdrage nog een aantal aandachtspunten vanuit de SGP-fractie naar voren brengen, in het besef dat wij eigenlijk over heel veel van die onderwerpen al uitvoerige debatten hebben gevoerd en nog zullen voeren.

De SGP vindt het heel belangrijk dat mensen ongeacht de zorgvorm kunnen blijven kiezen voor een zorgaanbieder die zorginhoudelijk en ook levensbeschouwelijk bij hem past. Ik neem aan dat de staatssecretaris de keuzevrijheid die inmiddels is verankerd in de Jeugdwet, ook in de nieuwe Wmo zal overgenomen. Ik krijg daarvan graag een bevestiging.

Zorgen hebben wij nog over de keuzevrijheid voor zorgvormen waarvoor zorgverzekeraars verantwoordelijk worden. Hoe worden de keuzevrijheid en de eigen regie in de Zorgverzekeringswet verankerd, mede gelet op de discussie rond artikel 13 en het tot nu toe ontbreken van de pgb-mogelijkheid in de zorgverzekering?

Op weg naar een meer zorgzame samenleving rekent het kabinet op meer hulp van mantelzorgers. Daar gaat het beleid eigenlijk ook vanuit. Met vrijwel alle partijen in deze Kamer vinden wij het heel belangrijk dat er veel wordt ingezet op en geïnvesteerd in de ondersteuning en de facilitering van de mantelzorgers. Wij zijn blij dat wij dankzij de begrotingsafspraken 11 miljoen extra kunnen investeren in mantelzorgondersteuning. Hoe wordt dit geld ingevuld? Wij hebben daarvoor de volgende suggesties. Wij signaleren in de eerste plaats dat de samenwerking tussen de zorgprofessionals en mantelzorgers bij veel zorgaanbieders nog in de kinderschoenen staat. Wij zouden er daarom voor willen kiezen om een deel van het geld te besteden aan

zorgaanbieders die op een innovatieve manier werk willen maken van de samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers.

In de tweede plaats zien wij dat het geregeld voorkomt dat patiënten of cliënten opnieuw in een ziekenhuis, een revalidatiecentrum of een andere zorginstelling moeten worden opgenomen, waarna de zorg thuis voor een groot deel terechtkomt bij onvoldoende toegeruste mantelzorgers. Een deel van de 11 miljoen euro zouden wij daarom willen inzetten voor het stimuleren van goede mantelzorgondersteuning tijdens en na tijdelijke opname van patiënten en cliënten.

Tot slot doe ik de suggestie om ook geld in te zetten als stimulans voor gemeenten om hun mantelzorgondersteuning te verbeteren, juist omdat gemeenten daarin ook een cruciale rol krijgen. Ik hoor daarop graag een reactie van de staatssecretaris.

Goede mantelzorgondersteuning is gelukkig niet alleen een kwestie van extra geld. Ik vraag de staatssecretaris, of hij bereid is om in de nieuwe Wmo te verankeren dat gemeenten verantwoordelijk worden voor het leveren van maatwerk aan de cliënt en diens mantelzorgers. Hoe gaat de staatssecretaris gemeenten motiveren om mantelzorgers te ondersteunen met respijtzorg?

Het afschaffen van de aftrek voor specifieke zorgkosten zou grote financiële gevolgen hebben gehad voor chronisch zieken en gehandicapten en voor gemoedsbezwaarden tegen verzekering. Wij zijn daarom blij dat de fiscale aftrek behouden blijft. Over de invulling van de maatwerkvoorziening, de andere compensatie voor het vervallen van de WTCG, vervolgen wij graag het gesprek. De inzet van de SGP is dat geld beschikbaar blijft voor de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten en dat gemeenten niet alleen inkomensondersteuning kunnen bieden aan mensen met de laagste inkomens, maar ook aan mensen met hogere inkomens, zoals modale inkomens. Is de staatssecretaris bereid om daaraan op die manier invulling te geven? Dit kwam zojuist in interruptiedebatjes al naar voren.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Wij delen met elkaar de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten, maar ik ben heel benieuwd hoe de SGP-fractie dit dan ziet. Uit de adviezen van de Raad van State over de voorstellen van het kabinet voordat de SGP zich daartegenaan bemoeide werd duidelijk dat het helemaal niet kan via de Wet werk en bijstand, omdat deze gaat tot 120% van het minimumloon. Dan mis je juist weer die middeninkomens. Hebt u niet een kat in de zak gekocht?

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Wat ik nu juist zeg, is dat ik met de CDA-fractie deel dat wij ook oog moeten hebben voor die groep. Met de maatwerkvoorziening is het bepaald niet uitgesloten — integendeel zou ik bijna zeggen — dat er juist voor die groep aandacht is. We komen er in de uitwerking nog over te spreken hoe dat vormgegeven moet worden, maar voor ons is dat in ieder geval een belangrijk aandachtspunt. Ik ben het met de CDA-fractie eens dat het hier niet alleen om minimabeleid zou moeten gaan.

**Mevrouw Keijzer (CDA):**

Met aandacht kun je je extra ziektekosten niet dekken. Hoor ik het nu goed dat de SGP, als straks bij de uitwerking blijkt dat de middeninkomens niet bereikt worden, zegt: dit was niet de bedoeling, nu willen we het toch anders zien dan we hadden afgesproken in het Herfstakkoord?

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Voorzitter. Er is niet afgesproken dat er voor deze groep geen voorziening is. Maatwerk is juist het prachtigste woord dat je maar kunt bedenken om ervoor te zorgen dat het op de plek terechtkomt waarop je met elkaar wilt dat het terechtkomt. Het moet niet zomaar in de kas verdwijnen, maar echt ten goede komen aan deze doelgroep. Dat is voor ons een aandachtspunt. Voor veel van deze voorstellen zal gelden dat het in de uitwerking heel nauw luistert. Het zijn ook lastige veranderingen in de zorg, laten we daar geen doekjes om winden. Bij een grote stelselwijziging kun je niet van tevoren uitrekenen wat er in elke situatie gaat gebeuren. Daar moeten we ook eerlijk in zijn. Dat kun je niet voor elke situatie precies op voorhand aangeven, maar er moet wel wat veranderen. We moeten heldere piketpalen slaan en zeggen waar het aan moet voldoen, en vervolgens moeten we bezien hoe je dat op de beste manier kunt vormgeven.

Voorzitter. De vermindering van de regeldruk is ook een punt waarvoor je in zijn algemeenheid de handen wel op elkaar krijgt, maar in de uitwerking is het bijzonder lastig om daarvan iets terug te vinden. Ook in de Kamer wordt algemeen gedeeld dat we minder regels moeten hebben en minder bureaucratie, maar als we niet oppassen, wordt toch weer wet op wet en regel op regel gestapeld, wat de last weer doet toenemen. Hebben de minister en de staatssecretaris nu ook aandacht voor de kant van de beleving van die druk? Ik wil het eens van die kant naar voren brengen. Wordt er bij de instellingen weleens gepolst en gepeild hoe zij de regeldruk ervaren? Bijvoorbeeld in een debat over veiligheid, een heel ander onderwerp, waren er prachtige staatjes van hoe het er met de veiligheid gesteld was, terwijl de beleving bij mensen vaak heel anders was. Ik hoor nog steeds bij heel veel werkbezoeken dat de klachten over de regeldruk, de regellast en de ervaren toename daarin bepaald niet verminderen, ondanks alle inzet die daarop de afgelopen jaren gepleegd is.

Specifieke aandacht wil ik geven aan de tienermoederopvang. Mevrouw Dik sprak daar net ook al over. Het is voor ons van groot belang dat de bestaande landelijke expertise op het terrein van de preventie van ongewenste zwangerschappen en de opvang van tienermoeders die nu gegeven wordt door Siriz, behouden blijft. Graag hoor ik een toezegging van de staatssecretaris dat hij de financiering daarvan ook de komende jaren wil handhaven. Wij zouden juist heel graag een uitbreiding van de tienermoederopvang zien. Van belang is ook hoe in de toekomst een integraal aanbod van preventie, ambulante hulp en opvang kan worden gewaarborgd.

Tot slot nog een enkele opmerking op het terrein van de medische ethiek. Ik zal daar heel summier in zijn, omdat we over abortus en euthanasie nog aparte overleggen zullen hebben, waarin we veel breder daarover kunnen doorspreken. Ik denk dat dit de zorgvuldigheid ook dient. Ik wil echter kort iets zeggen over de uitlatingen van de minister van mor-

gen over de euthanasiewet en in het bijzonder de "klaar met leven"-problematiek. De minister zei dat de maatschappij meer wil dan de regels toestaan. Daar verbond zij de gevolgtrekking aan dat je je moet afvragen of de regels ruimer gesteld moeten worden. Dat leek toch wel erg het voorspel op een oprekking of verruiming van de regels. Het lijkt mij goed dat de minister verduidelijkt wat zij daarmee bedoeld heeft. Ik vond eerlijk gezegd die uitlatingen vandaag ook wat ongelukkig in combinatie met het nieuws dat het OM in beroep gaat tegen het vonnis van de rechtbank in de zaak-Heringa, en dat het OM zei dat het buiten de wettelijk kaders verlenen van hulpverlening bij zelfdoding niet straffeloos mag, ook al gebeurt het met de beste bedoelingen. Mijn zorg is dan ook of de minister met haar uitlatingen niet ook de rechtsgang in deze zaak ondermijnt. Zijn dat niet heel tegengestelde signalen? Is de minister het met mij eens dat de wettelijke normen die na veel discussie zijn vastgesteld, in ieder geval gehandhaafd moeten worden, ongeacht hoe je erover denkt? De SGP was overigens geen voorstander van die regels en is dat nog steeds niet, zeg ik daar eerlijkheidshalve bij. Nadere discussie kan en mag geen vrijbrief zijn voor een onwettige praktijk. De zogenaamde "klaar met leven"-problematiek moet niet alleen vanuit de juridische invalshoek beschouwd worden, maar moet ook — juist — leiden tot bijzondere aandacht voor het welbevinden van mensen in hun laatste levensfase. Het versterken van de palliatieve zorg; het is belangrijk dat we werk maken van een integraal aanbod van palliatieve zorg en pijnbestrijding. Ook in de opleiding moet daaraan grondig aandacht worden besteed.

Tot slot nog een ander onderwerp. Er woedt een discussie over ruimere mogelijkheden voor abortus na 24 weken. Intussen blijven er mogelijkheden voor effectieve foetale chirurgie voor kinderen met een open ruggetje liggen. In andere landen vindt dat soort behandelingen reeds plaats en worden deze ook vergoed, maar in Nederland niet. Waarom niet? Wil de regering zich ervoor inzetten dat voor ouders die hiermee te maken hebben een breed zorgaanbod beschikbaar is, inclusief deze vorm van foetale chirurgie?

□

**Mevrouw Ouwehand (PvdD):**

Voorzitter. Ziek worden van je eigen leefomgeving, in je eigen huis en tuin, op de plek waar je je veilig waant, waar je probeert om je kinderen een gezonde start te geven in het leven; ziek van de bedrijfsvoering van je buurman. Het overkomt burgers in ons land, vaak al jaren, en er is niemand die naar hen luistert: de gemeente niet, de provincie niet en de rijksoverheid niet. De Partij voor de Dieren vindt dat onacceptabel. Ik noem als voorbeeld de familie die woont in het buitengebied, in een mooi huis, letterlijk tussen de aardbeienakkers. Die zien er lief uit maar worden wel elke dag bespoten met landbouwgif. Vader, moeder en alle drie de kinderen hebben vaak lichamelijke klachten; onverklaarbare dingen, zoals aanhoudende tintelingen in de arm alsof die verdoofd of verlamd is, droge lippen, ernstige aanhoudende hoofdpijn, geïrriteerde luchtwegen, opgezette klieren, vaak ziek. Omdat het gezin zo vaak binnenkwam met onverklaarbare klachten adviseerde de huisarts om een spuitdagboek bij te houden. Het gezin heeft alle bestrijdingsmiddelen die de buurman gebruikt, opgezocht om te zien welke risico's daaraan verbonden zijn en het houdt nu al vier jaar nauwgezet bij met welke middelen gespoten is en welke klachten de leden van het gezin dan ervaren. De leden van het gezin weten inmiddels wat hen

te wachten staat als de buurman aan het spuiten is. Zij passen hun leven daarop aan. De kinderen naar school laten fietsen? Nee, want er hangen gifdampen in de velden waar zij doorheen moeten dus zij worden met de auto gebracht. De kinderen buiten laten spelen? Beter van niet; ze kunnen beter binnen blijven de rest van de dag. Verder blijven ramen en deuren gesloten, ook als het een mooie lenteochtend is. Deze mensen treffen voorzorgsmaatregelen maar voelen zich wel gevangen in hun eigen huis. De moeder durft haar zorgen over het effect van gif op hun gezondheid niet meer te delen met haar dorpsgenoten. Toen zij dat wel deed, kreeg zij vaak te horen dat zij zich niet zo druk moest maken en dan voelde zij zich een zeurpiet. Vader en moeder zitten echter nog wel met een groot aantal vragen. Is het toeval dat de buurjongen van 12 jaar kleiner is dan hun eigen zoon van 8 jaar? Is het toeval dat de oudste buurjongen die eerst zo goed kon leren nu op het laagste niveau de middelbare school doet? Is het toeval dat in dat kleine dorp drie vrouwen vervoegd in de overgang zijn geraakt? Is het toeval dat er zoveel prostaat-, darm- en longkanker voorkomt, ook bij heel jonge mensen? Waarom zijn er geen spuitcircels bij dit soort giftige bestrijdingsmiddelen? In de chemische industrie gelden veel regels en wordt alles goed gecontroleerd, maar als die chemische middelen in de eigen woonomgeving worden gebruikt, heeft men het nakijken.

Dit verhaal is illustratief voor de zorgen die gemeld worden op ons meldpunt Gifklikker. We kunnen de vragen alleen inventariseren, niet beantwoorden, want er is te weinig onderzoek naar het effect van landbouwgif op omwonenden. Wel zijn er aanwijzingen dat het kan leiden tot kanker, Parkinson, verstoorde hormoonhuishouding en verminderde intelligentie. Vooral kinderen en ongeborenen lopen gevaar. De Gezondheidsraad adviseert om blootstellingsonderzoek uit te voeren bij omwonenden. Ik wil graag dat de minister nu toezegt dat zij zo'n onderzoek zo snel mogelijk uitvoert. De middelen die nu al op de markt zijn, moeten opnieuw worden beoordeeld op de effecten voor de gezondheid van omwonenden. Ook moeten er voorzorgsmaatregelen worden getroffen: spuitvrije zones rond het erf van bewoners en op plekken waar voorbijgangers lopen en fietsen. De vraag is simpel: neemt de minister van Volksgezondheid haar verantwoordelijkheid en wil zij bewoners van het platteland beschermen tegen de gevolgen van landbouwgif?

Helaas beperken de risico's voor de volksgezondheid vanuit de landbouw zich niet tot de effecten van het gif. Wij kennen allemaal de gevolgen van Q-koorts: 4.000 zieke mensen en 25 mensen dood, en dat zijn voorzichtige schattingen. Economische belangen en privacy prevaleerden terwijl de volksgezondheid hier voorop had moeten staan. Hetzelfde geldt voor het antibioticagebruik in de vee-industrie. In de media kom ik overal positieve berichten tegen over hoe geweldig de sector het zou doen in het terugdringen van het antibioticagebruik, maar ondertussen heeft resistentie tegen bepaalde soorten antibiotica al tot dodelijke slachtoffers onder mensen geleid en is behandeling van multiresistente bacteriën vrijwel onmogelijk.

De risico's voor de volksgezondheid breiden zich nu ook uit naar het consumeren van voedsel. De laatste maanden zijn wij verschillende keren opgeschrikt door verhalen over misstanden ten aanzien van de kwaliteit van ons voedsel: EHEC, BSE, dioxine, MPA, EBSL en poeplvlees. Steeds denk je: waar is de minister van VWS? Waarom mogen het ministerie van Landbouw, nu Economische Zaken, en de

sector bepalen welke risico's wij lopen met de volksgezondheid?

Er staat een rapport op stapel waaruit blijkt dat de NVWA, de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit, in tien jaar tijd zodanig is verzwakt dat er grote risico's zijn waar het gaat om het ontstaan van voedselincidenten. Dan vraag je je af wat er tien jaar geleden gebeurd is. Welnu, in 2003 is de NVWA overgeheveld van het ministerie van VWS naar het ministerie van Economische Zaken. Het moet deze minister goed doen te weten dat de NVWA naar behoren functioneerde toen zij nog onder de verantwoordelijkheid van haar ministerie viel en het moet haar pijn doen om te zien dat nu door bezuinigingen, belangbehartiging en het verliezen van kennis en expertise de teloorgang in gang is gezet. Oud-medewerkers van de dienst bevestigen dit. Het toezicht op voedselveiligheid moet weg van de economische belangen en terug naar de basis, de minister van VWS. De PvdD nodigt de minister uit om de dienst terug te nemen. Zij kan dat makkelijk aan, is onze stellige overtuiging.

Als het gaat om toezicht, is het belangrijk dat gegevens openbaar worden gemaakt. Het RIVM meet in Nederland de kwaliteit van de leefomgeving. Voor deze meetprogramma's zijn in heel Nederland meetpunten en meetstations ingericht om de kwaliteit van onze lucht, onze bodem en ons water in de gaten te houden. Dat is mooi, want wij moeten weten hoe het gesteld is met de kwaliteit van bijvoorbeeld ons grondwater. De ruwe data van deze meetnetten zijn echter niet beschikbaar als openbare data. Is de minister ertoe bereid om dat te realiseren?

De groene leefomgeving is gezond voor mensen. Mensen voelen zich beter als zij groen in hun omgeving hebben. Zij hebben minder last van depressies, hebben minder risico op overgewicht en gaan minder vaak naar de huisarts. 10% meer groen in de woonomgeving houdt 87.000 mensen per jaar uit de wachtkamer. Vooral voor kinderen is een groene omgeving cruciaal om gezond op te groeien. Investeren in een groene leefomgeving is dus gewoon een erg goed idee. De PvdD is blij te zien dat de minister dat ook vindt en aan de slag gaat met de aangenomen motie waarin wordt gevraagd om een impuls voor groene speelplaatsen en schoolpleinen. Wij vragen ons wel af of de ambitie niet wat hoger kan. Er komen meer aanvragen binnen dan de minister honoreert en dat is zonde, want er is enthousiasme bij scholen. Ik zie mijn lampje knipperen voorzitter, dus ik ga afronden. Het zou zonde om die kansen te laten liggen. Kan de minister aangeven wat haar rol is en welke taak zij voor haar ministerie ziet, ook als wij nog in afwachting zijn van onderzoek van de relatie tussen groen en gezondheid? Kan zij zeggen wat haar plannen zijn om het verkopen van snippergroen door gemeenten een halt toe te roepen? Het lijkt erop dat juist lokaal beslissingen worden genomen die het verlies van groen steeds erger maken.

Ongeveer een maand geleden heeft de Kamer een mevrouw uit Cuijk ontvangen die ongeneeslijk ziek is en daarom een hulphond heeft en die structureel wordt geweigerd in openbare ruimten. Wij waren met zijn allen ontluisterd door het verhaal dat zij vertelde. Zij heeft vanuit Cuijk een voettocht gemaakt naar Den Haag en heeft 100 kilometer om moeten lopen omdat de hotels waar zij wilde overnachten haar en haar hulphond geen overnachting wilden bieden. Ik vraag de regering of zij met, ik meen, een meerderheid van de Kamer van mening is dat dit een schandelijke situatie is en of zij deze zo snel mogelijk wil oplossen.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik heb met heel veel interesse naar het betoog van mevrouw Ouwehand geluisterd. We hebben het vandaag gehad over heel grote uitdagingen in de zorg. Het ging daarbij over de betaalbaarheid, de beschikbaarheid en de kwaliteit van zorg. Vindt mevrouw Ouwehand dat de problemen die we vandaag bespreken, zouden zijn opgelost als we de aardbeien niet langer met gif zouden bespuiten, als we af en toe wat groen in de wijk zouden zetten en als we een einde zouden maken aan de intensieve veehouderij? Begrijp ik haar zo goed?

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Nou, het zou wel een goed begin zijn als we niet meer vanwege onze enorm agressieve exportstrategie zo veel gif op aardbeien zouden spuiten dat de mensen die in de buurt van de aardbeievelden wonen gewoon ziek worden. Zij moeten vervolgens op kosten van de belastingbetaler worden geholpen in het ziekenhuis. Dus ja, ik hecht eraan om tijdens de behandeling van de begroting van VWS indringend aandacht te vragen voor het gezondheid houden van mensen. We moeten mensen gezond maken, in plaats van ze ziek te maken voor het exportverlanglijstje van de VVD. Dat klopt dus, ja.

De heer **Rutte** (VVD):

Dat mag en dit is een mooi pleidooi. Ik constateer dat met de voorstellen van mevrouw Ouwehand wellicht ergens iets wordt opgelost, maar dat we met die voorstellen zeker geen oplossing bieden voor de echt grote uitdagingen in de zorg waarvoor we staan. Die worden namelijk veroorzaakt door het feit dat we met elkaar steeds ouder worden en steeds langer gezond blijven. Naarmate we ouder worden, maken we toch uiteindelijk heel veel zorgkosten. Misschien deelt mevrouw Ouwehand die analyse? Hoe is dat te rijmen met haar stelling dat we continu worden blootgesteld aan verschrikkelijk gif en aan onveilig voedsel? Dat past toch niet bij elkaar? We worden veel ouder en we blijven veel langer gezond, maar aan het eind van ons leven maken we juist heel veel extra zorgkosten.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Ik vind dat een wel erg magere visie op de waarde van het leven. De heer Rutte concludeert dat we langer leven en dus per saldo misschien wel gezonder zijn dan 100 jaar geleden, maar dat het voor individuele mensen dus niet uitmaakt of hun kinderen kanker oplopen vanwege de gifstoffen die, met goedkeuring van de VVD, talrijk over de akkers vloeien. Ik vind dat wel een beetje zuur.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**:

Dit was de eerste termijn van de Kamer. Ik dank de bewindspersonen voor hun oplettendheid. Morgen om 14.30 uur gaan we luisteren naar hun antwoorden.