

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

Herziening zorgstelsel

30 597

Toekomst AWBZ

G¹

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 10 augustus 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² heeft op 5 juli 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de procedurele aspecten van de voorhangprocedure, naar aanleiding van de brief van de minister van 21 juni 2011 (29 689, 30 597, B) over onderstaande onderwerpen:

- **het ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (29 689, 30 597, A en bijlage);**
- **de voorgenomen aanwijzing inzake integrale tarieven voor de langdurige zorg en de gehele ggz (30 597, A);**
- **de voorgenomen aanwijzing inzake vrije prijsvorming in de mondzorg per 1 januari 2012 (32 620, B);**
- **het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zvw per 2012 en de eigen bijdragen daarvoor en wijziging van dat besluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met stringent pakketbeheer (29 689, C) en de voorgenomen aanwijzing curatieve ggz (25 424, A) (29 689, 25 424, E);**
- **de voorgenomen aanwijzing tariefkortingen eerste lijn (29 248, K en 29 248, L).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

¹ De letter G heeft alleen betrekking op 29 689.

² Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD), (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Putters (PvdA), Slagter-Roukema (SP), (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Hermans (VVD), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Meurs (PvdA), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Martens (CDA), vac (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), M. de Boer (GL), De Lange (OSF), Beuving (PvdA), Vlietstra (PvdA), Popken (PVV), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD).

Voorzitter: Slagter-Roukema
Griffier: De Boer

Aanwezig zijn veertien leden der Kamer, te weten: De Boer, Van Dijk, Dupuis, Flierman, Frijters-Klijnen, De Grave, Holdijk, Martens, Meurs, Putters, Quik-Schuijt, Reuten, Slagter-Roukema en Thissen,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

De **voorzitter**: Volgens mij heeft iedereen zijn plek gevonden in de zaal. Het lijkt een soort groot bed waarin we met zijn allen liggen en een beetje heen en weer wiebelen tot we een plekje hebben. Ik heet iedereen hartelijk welkom. De vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer opereert pas sinds kort in de nieuwe samenstelling. Het is bijzonder dat wij nu al de minister en de staatssecretaris in ons midden mogen verwelkomen. De aanleiding daarvoor is voor ons overigens wel zorgelijk. Dat was ook de reden dat we de bewindslieden heel graag nog voor het reces wilden ontmoeten. Het is fijn dat zij hier beiden aanwezig zijn, inclusief de leden van de staf.

De reden dat wij de minister, en in haar kielzog de staatssecretaris – tot onze vreugde is zij vandaag meegekomen – hebben uitgenodigd, is dat wij bij onze eerste vergadering van drie weken geleden werden geconfronteerd met zeven voorhangen, waarvan vijf naar onze mening behoorlijk ingrijpende wijzigingen bevatten. Een week later kregen wij het bericht dat we de voorhangen zo snel mogelijk in behandeling moesten nemen. Ook al zouden wij dat niet doen, dan zou de minister toch doorgaan met de procedure en niet wachten op ons antwoord. Hoe zit het met de procedures? Het heeft ons gestoord dat wij op deze manier werden gedwongen om heel snel te beslissen.

Een tweede punt is wetstechnisch en heeft te maken met de ggz-maatregelen en het wijzigingsbesluit inzake de zorgverzekering. Daarmee worden volgens ons nogal majeure wijzigingen ingevoerd. Had dat niet op een andere manier moeten worden geregeld? Onze belangrijkste vraag is dus: vanwaar de haast, had u het niet eerder kunnen voorzien? Een tweede vraag is: waarom is het in een voorhang gedaan? Mevrouw Meurs zal hierop nog wat dieper ingaan.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Voorzitter, u hebt al kort en bondig geformuleerd waar het ons om te doen is. We worden natuurlijk vaker geconfronteerd met voorhangen waarop we snel moeten reageren. De combinatie van de gevraagde snelheid en de aard van de voorhangen doet ons in dit geval echter een klein beetje de das om. Daarom willen wij hierover graag met de minister spreken. Dit hebben wij ook in onze vragen naar voren gebracht: wat zijn nu precies de criteria om iets wel of niet in een voorhang onder te brengen? Natuurlijk hebben wij er alle begrip voor dat je lang niet alles in wetgeving kan regelen en dat je soms naar omstandigheden moet handelen. De eigen bijdrage in de curatieve geestelijke gezondheidszorg is voor ons toch een vrij fundamentele wijziging. Voor een deel van de totale gezondheidszorg wordt een eigen bijdrage ingevoerd, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen somatiek en psychiatrie. In onze ogen is het problematisch om dat in een voorhang te regelen.

Het is goed om van de minister nog eens te horen waarom het zo is gelopen. Wij begrijpen natuurlijk dat er moet worden bezuinigd; dit is niet de plek om daarover nog eens uitgebreid van gedachten te wisselen. Het gaat ons om de manier waarop het gaat en de beperkte mogelijkheden die wij hebben om nog ons zegje erover te doen. Misschien kunnen we daarmee beginnen.

De **voorzitter**: De staatssecretaris heeft gezegd dat zij graag als eerste wilde antwoorden. Wij hebben als commissie afgesproken dat we eerst een toelichting willen krijgen op de procedurele kant. Bij vier van de zeven voorhangen werd de termijn bekort. Op 21 juni is er nog een aparte brief gekomen over twee andere voorhangen. Daarin staat dat zelfs als wij het zouden opschorten, de minister desondanks zou doorgaan met de voorhang. Op dit punt krijgen wij graag eerst een toelichting. Vervolgens gaan we inhoudelijk op de verschillende voorhangen in. Daarbij komt als eerste de kapitaallasten in de ggz aan de orde, de portefeuille van de staatssecretaris. Daarna gaan we verder met de ggz-maatregelen en, afhankelijk van de tijd, eventueel de tariefkorting in de eerste lijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter, hartelijk dank voor de uitnodiging. Ik zie een aantal nieuwe gezichten, maar ook een aantal bekende.

Met de voorhangen moest inderdaad tempo worden gemaakt. Gedeeltelijk komt dat doordat overschrijdingen zijn geconstateerd die geredresseerd moeten worden. Ten aanzien van zowel de Eerste als de Tweede Kamer zitten we daarbij in een behoorlijke tijds-klem. Als je iets wilt wijzigingen in het pakket of bij de eigen betalingen, moet dat op een zodanig moment dat de zorgverzekeraars hun premies en de rekenmeesters de vereveningsbijdrage op tijd kunnen berekenen. De wettelijke termijn is daarom op 1 juli vastgesteld.

Wat zijn de overschrijdingen en hoe gaan wij die terughalen zodat wij het in 2012 kunnen rechtzetten? In het lopende jaar kun je het in de zorg al niet meer rechtzetten, omdat de pakketten en de premies al zijn vastgelegd. Per definitie zit je daarom met een tijds-klem als je wilt ingrijpen in het pakket of de eigen betalingen. Dit is een belangrijke reden dat er zo weinig tijd was. Nadat de overschrijdingen uit de Voorjaarsnota bleken en maatregelen moesten worden geformuleerd, hebben wij daarover bovendien eerst politiek overleg gehad met de verschillende partijen die in de coalitie zitten of erbij betrokken zijn. Voor bezuinigingen moet je nu eenmaal een Kamermeerderheid halen. Dit heeft wat meer tijd gekost dan in een normale politieke constructie. Dit alles verklaart de nauwe tijds-klem bij deze voorhangen.

Waarom is het op deze manier geregeld? In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat eigen betalingen en het pakket via AMvB's worden geregeld. Het pakket wisselt jaarlijks. Er komen jaarlijks dingen in – ik moet daarvoor tekenen – en er gaan jaarlijks dingen uit, afhankelijk van de politieke situatie. Bij de wetsbehandeling is bepaald dat je dit met een redelijke snelheid moet kunnen doen. Daarom gaat het via AMvB en niet via wetwijziging.

De **voorzitter**: Tot zover waren wij ook wel gekomen; deze toelichting stond in de stukken. Ik kijk even om me heen of collega's erop willen reageren.

Mevrouw **Quik-Schuijt** (SP): Als «juridisch geweten» vind ik dat er een verschil zit tussen het sleutelen aan de eigen bijdrage en onderscheid maken tussen twee groepen zieke mensen. Daar wringt de schoen, omdat dit naar mijn gevoel in strijd is met artikel 1 van de Grondwet. Je discrimineert dan namelijk bepaalde soorten zieke mensen ten opzichte van andere soorten zieke mensen. Zoiets fundamenteels mag naar mijn gevoel niet in een AMvB worden geregeld.

Mevrouw **De Boer** (GroenLinks): Daarop aansluitend nog het volgende. De minister zei zonet dat er vanuit politieke overwegingen afspraken moeten worden gemaakt over het pakket. Naar mijn idee moeten in een AMvB bij uitstek zaken worden geregeld die betrekking hebben op de uitvoering. Daar wringt de schoen. De Kamers zouden meer gewicht in de schaal moeten leggen bij zaken waarbij het gaat om een politieke

afweging. Daar zit een groot deel van de irritatie en pijn: heel veel heel belangrijke politieke keuzes worden via een AMvB geregeld.

De **voorzitter**: De vraag is dus eigenlijk: hoe ziet de minister de functie van een AMvB, wat hoort daar wel of niet in? Dit staat dan even los van wat wettelijk mogelijk is.

Minister **Schippers**: Allereerst het onderscheid tussen somatiek en psychiatrie. In 2008 heeft het kabinet van CDA, ChristenUnie en PvdA het besluit genomen om een eigen betaling in te voeren voor de eerstelijns-ggz. Dat gold toen ook specifiek voor de ggz en bijvoorbeeld niet voor de huisartsenzorg of andere delen van de eerste lijn. Ook toen is er dus voor gekozen om voor een specifieke vorm van zorg een eigen betaling in te voeren. Op basis van afwegingen en motivaties – die moet je natuurlijk duidelijk uitspreken – wordt er besloten of wij een bepaalde vorm van zorg volledig voor de collectieve rekening nemen: komt het voor 100% zonder eigen betaling in het pakket? Bepaalde zaken nemen wij voor 100% niet voor de collectieve rekening, zoals de tandheelkunde. Onder de achttien is het collectief, maar de rest is particulier geregeld. Je kunt zelf bepalen of je je daarvoor wilt bijverzekeren. Er is ook zorg die gedeeltelijk wordt vergoed. Dan wordt er bijvoorbeeld een eigen betaling gevraagd of de eerste behandelingen worden niet betaald en daarna wel. Er zijn allerlei varianten in het systeem. Ik ben het dan ook niet eens met het argument dat het invoeren van een eigen betaling discriminerend zou zijn. Er zijn allerlei vormen van zorg waarvoor wij wel of geen eigen betalingen hebben, 100% of gedeeltelijk collectief geregeld. Die variaties zijn er altijd geweest en die zullen er in de toekomst blijven.

Met de Zorgverzekeringswet heeft het parlement in 2006 vastgelegd wat er in de wet en wat er via een AMvB wordt geregeld. Via een AMvB moet je als minister zorgsoorten aanwijzen. Daarover kun je dan met de Kamers spreken, maar in de wet is het niet geregeld. De afgelopen vijf jaar zijn pakketwijzigingen en nieuwe eigen betalingen dan ook altijd voorgehangen in een AMvB. Dat geldt evenzo voor het eigen risico. Dat soort dingen wordt via voorhang en niet via de wet geregeld. Sinds deze wet in werking is getreden, gaat dat zo.

De **voorzitter**: We gaan nu toch dieper in op de ggz. Ik wil eerst nog inzoomen op de procedure en de ggz even parkeren. Temeer daar ik de staatssecretaris heb beloofd dat wij straks eerst het onderwerp kapitaallasten behandelen, zodat zij eventueel eerder weg kan.

De minister heeft uitgelegd – dat kunnen wij meevoelen – dat er overschrijdingen zijn waarover je overlegt en die je moet redresseren. Ons pijnpunt zit echter met name in de korte termijn. Is het niet toch mogelijk om er eerder mee te komen? Dit soort overschrijdingen zie je toch aankomen? Ik denk dat er meer leden zijn met die vraag. Waarom moet het allemaal zo laat? Ik kan me voorstellen dat er niet eerder tijd was doordat het kabinet relatief nieuw is. Het zit ons dwars dat wij er zo met stoom en kokend water over moeten praten. Mevrouw De Boer zei al dat er een aantal politieke kanten aan zit. Daar hadden we rustiger en inhoudelijk meer gefundeerd over willen praten.

Minister **Schippers**: Het probleem van de gezondheidszorg is dat aanpassingen niet, zoals op andere beleidsterreinen, op Prinsjesdag gebeuren en worden meegenomen in begrotingsbehandeling, maar in de voorjaarsnota worden geregeld; en niet in die van het lopende jaar maar van een jaar terug. Het probleem van de gezondheidszorg is dat we alles pas zo laat zien, omdat de informatievoorziening ook pas zo laat echt goed op orde is. Bij de ziekenhuizen hebben de dbc's sowieso een sluitingstijd van een jaar. Wij zijn overigens hard bezig om hiervoor oplossingen te vinden. Het eerste wat ik deed toen ik begon, was hierover spreken met de

minister van Financiën. We hebben daarvoor meteen een werkgroep ingesteld. Ook Zorgverzekeraars Nederland heeft met een aantal partijen een werkgroep in het leven geroepen. Hoe kunnen we de informatie sneller krijgen zodat wij sneller in de gaten hebben wat er gebeurt? Dan kun je sneller ingrijpen en zijn kleinere ingrepen noodzakelijk om bij te sturen en binnen het kader te blijven. Als je de cijfers pas achteraf ziet, is het al gebeurd en kun je er niets meer aan doen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): De systematiek van t-1 en t+1 ken ik uit de wereld van Sociale Zaken. Van jaar tot jaar wordt dat wel weer gladgestreken. Dat gebeurt niet lopende het jaar.

Minister **Schippers**: Dat doen wij ook niet, maar wij moeten nu beslissen voor 2012.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat snap ik.

Minister **Schippers**: Omdat niet de overheid maar de verzekeraars het uitvoeren. Dat is het punt in de zorg.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik bedoel het volgende te zeggen. Ons wordt nu op het laatste moment gevraagd om in te stemmen. En als wij niet instemmen of kritiek hebben, zegt u gewoon op voorhand: wij gaan gewoon door want de zorgverzekeraars moeten duidelijkheid krijgen. De systematiek bij Sociale Zaken is anders en rustiger. Daar wordt een fatsoenlijke analyse gemaakt: waarom is de prognose niet uitgekomen? Waarom hebben bijvoorbeeld de gemeenten meer geld uitgegeven aan de bijstand dan we hadden verwacht? Het wordt dan op een fatsoenlijke manier bijgeplust.

De heer **De Grave** (VVD): Dit is niet helemaal fair. Er is een verschil in het systeem. In de sociale zekerheid kun je wetten per 1 januari veranderen. Ik herinner me nog dat ik een keer op 24 december net voor 24.00 uur nog in de senaat mocht zijn. In de volksgezondheid werkt het anders, omdat de premies op tijd moeten worden vastgesteld en de hele uitvoeringswereld vraagt om tijdige informatie. Alles moet worden uitgewerkt en daarom is met het veld afgesproken dat het tijdig gebeurt. Als we meer tijd willen, is het enige wat we kunnen doen, maximaal inzetten op het eerder beschikbaar krijgen van de informatie over overschrijdingen in het jaar t-1 dan nu. Nu komt die echt te laat en lopen we steeds tegen hetzelfde probleem aan. De Kamer dan wel de uitvoerende partijen zijn boos. Er is altijd een probleem. Volgens mij is het mogelijk om die informatie eerder te krijgen dan pas in mei. Kan de minister toezeggen ons als Kamer zo snel mogelijk te informeren over wat er concreet kan worden afgesproken? Het moet mogelijk zijn om die informatie, misschien op een aggregatieniveau van 95%, eerder te hebben. Dat is de enige manier om dit probleem op te lossen.

De **voorzitter**: Kan de minister dit toezeggen? Dan noteren we dat.

Minister **Schippers**: Dit traject hebben we voluit ingezet. Het heeft te maken met de contractering door verzekeraars. We hebben ook met de verzekeraars afgesproken – toevallig is dit gisteren ondertekend – dat ze niet meer aan het eind van het jaar gaan contacteren. Als ze pas in november contracteren, wordt het allemaal heel onbeheersbaar. Als je al in april voor het komende jaar contracteert, kun je in juli of augustus zeggen: we lopen uit de pas. Dan is het ook afgelopen met de overschrijdingen die er elke keer zijn, want je kunt afspraken maken. Het is dan allemaal veel makkelijker bij te sturen, zonder grote ingrepen. Ik zeg van harte toe dat het op orde brengen van die informatievoorziening een

prioriteit is en dat wij de Kamer op de hoogte houden van de vorderingen die we daarin maken. We hebben nu principeafspraken gemaakt met verschillende partijen om het te versnellen. Die moeten natuurlijk nog wel harder worden. Uiteindelijk moeten we zeggen: dit zijn de termijnen, hieraan kunnen we elkaar houden. Dan kunnen we wellicht in juli, augustus in de boeken van de verzekeraars bekijken hoe het erbij staat. Op basis daarvan kunnen we dan eventueel aanpassingsmaatregelen treffen. De angel zit in de uitvoering van de verzekeraars, die dat halfjaar nodig hebben voor premieberekening en risicoverevening.

De **voorzitter**: Dat is helder. Zowel mevrouw Meurs als de heer Putters wil reageren.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Het lijkt me voor alle partijen uitstekend als het eerder zou lukken. Er worden nu overschrijdingen geconstateerd, waarna er snel maatregelen worden getroffen; hopelijk gaat dit anders als de informatie eerder bekend is. Er is nu meestal nog geen goede analyse van waar de overschrijdingen vandaan komen. Doordat maatregelen niet meer zijn te herleiden naar de aard van de overschrijdingen, vraag je je steeds af: waarop is deze keuze gebaseerd? In zowel de huisartsenzorg als de ggz worden nu behoorlijke maatregelen getroffen, terwijl niet per se duidelijk is dat de overschrijdingen daarvandaan komen en dat de te treffen maatregelen de overschrijdingen terugdringen. Dit is meer een constatering dan een vraag aan de minister. Hierin zit wel een deel van onze zorg. De tijd om te beslissen is heel kort. Bovendien hebben we geen goed inzicht in de overschrijdingen en de maatregelen, of in hoe die zich tot elkaar verhouden.

Mevrouw **Martens** (CDA): De overschrijdingen moeten worden ingedamd. Is er een berekening van de inderdiencapaciteit? Wordt daarmee rekening gehouden bij de begroting van 2012? Hoe wordt het dan verrekend?

Minister **Schippers**: Ik begin even met deze laatste vraag, om zeker te weten of ik het goed heb begrepen. Er is een bepaalde raming, een bepaalde groei vastgelegd. Vervolgens wordt bekeken waar die groei wordt overschreden. Daarna wordt bezien hoe we die overschrijding kunnen terughalen. Dit wordt verwerkt in de jaren daarna.

Mevrouw **Martens** (CDA): Hebt u daar al inzicht in? De overschrijding moet minder worden doordat er minder gebruik van wordt gemaakt. Is daar al een getal aan gekoppeld?

Minister **Schippers**: Hoe bedoelt u dat?

Mevrouw **Martens** (CDA): Als er minder gebruik wordt gemaakt van de ggz, wordt de overschrijding minder. Dan is er toch een soort inderdiencapaciteit.

Minister **Schippers**: Dat soort effecten wordt meegenomen bij het bepalen van hoe groot en zwaar een maatregel moet zijn. Uiteindelijk moet je in de juiste cadans, in het goede traject belanden.

Mevrouw **Martens** (CDA): Kunt u een indicatie geven van de bedragen die ermee gemoeid zijn? Hoeveel hoopt u het gebruik te verminderen?

Minister **Schippers**: We bekijken jaar op jaar hoe hoog de groei is. Door een aantal maatregelen zal de groei in 2012 lager zijn. In de ggz is er in dat jaar zelfs een krimp, terwijl in 2013 en 2014 de groei weer behoorlijk snel gaat. Over de gehele kabinetsperiode is er een gemiddelde groei, maar in

het ene jaar is het meer dan in het andere jaar. De maatregelen worden daarin verwerkt.

De filosofie achter de maatregelen – dat geldt niet voor alle maatregelen – is om zo veel mogelijk terug te halen daar waar er is overschreden. Dit gebeurt op verschillende manieren. Wij willen het niet alleen bij patiënten weghalen via eigen betalingen of inperking van het pakket, maar ook bekijken wat de sector kan doen. Als die heel veel meer doet dan de groei die we met elkaar hadden afgesproken, zijn er kostenbesparingen te behalen. Waarom zouden we het allemaal bij de patiënt moeten weghalen?

Als voorbeeld zijn de huisartsen al genoemd. Uit een kostenonderzoek van de NZa is gebleken dat huisartsen gemiddeld ongeveer € 25 000 boven het norminkomen verdienen. Macro gezien is dat ongeveer 170 mln. Onder minister Klink is afgesproken – dit is via een brief gecommuniceerd – om die 170 mln. te laten zitten, zodat ze boven het norminkomen bleven verdienen. Er moest dan wel transparantie komen over de substitutie: wat halen huisartsen weg uit de tweede lijn? Verder zijn er afspraken gemaakt over doelmatig voorschrijven en ketenzorg. De transparantieagenda is echter niet van de grond gekomen, dus ik kan niet zien welke substitutie er heeft plaatsgehad van de tweede naar de eerste lijn. De doelstellingen voor doelmatig voorschrijven zijn niet gehaald. De afgesproken 127 mln. over 2010 hebben we laten zitten, maar er is wel afgesproken dat de volgende jaren 110 mln. zou worden teruggehaald met doelmatig voorschrijven. Nu gebeurt dat wel; het gaat beter. Op basis van de prognoses zien wij echter dat ze een groot deel niet halen. Dat is onderdeel van wat wij terug gaan halen. Als ze het aan het eind van het jaar wel halen, is dat mooi, want dan hoeven we het ook niet te korten. Het zijn dus communicerende vaten. Als het doelmatig voorschrijven in het tweede jaar ineens een enorme vlucht neemt, hoeven we het niet terug te halen. Dat trekken we er gewoon weer van af. We hebben ook bekeken wat ze hebben overschreden op hun tarief. Het zijn allerlei elementen, bijvoorbeeld op basis van NZa-onderzoek of op grond van afspraken met de vorige ministers. We denken dus dat ze bepaalde doelstellingen niet halen. Halen ze die wel, dan zeggen we net zo makkelijk dat we het in 2012 niet van het tarief af halen. Het is dus niet zo dat maatregelen geen grond vinden in wat we hebben onderzocht.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb een wat meer principiële vraag over de procedures en de AMvB's. Ik begrijp wat de minister zegt over dat in de wetgeving is vastgelegd dat de procedures via AMvB's lopen, waardoor bevoegdheden bij de minister zijn neergelegd. Verder hoor ik wat collega De Grave zegt. Er zijn tijdsdrukken en dan moet je als minister van je bevoegdheden gebruikmaken. In het licht van de overschrijdingen begrijp ik dat heel goed. Ik herinner me echter ook dat er bij de behandeling van de wetgeving zorgen waren over het verplaatsen van die bevoegdheid. Daarom is gezegd dat beide Kamers bij fundamentele beleidswijzigingen via voorhangprocedures de ruimte moeten krijgen om hun zegje te doen. Daar zit nu met name de pijn, vooral bij één voorhang. Vindt de minister ook dat dit een meer fundamentele beleidswijziging is die eigenlijk meer discussie had verdiend in beide Kamers? Dat geldt naar mijn gevoel in ieder geval voor deze Kamer, want daar gaan wij over. Ik betwist niet dat de minister deze wettelijke bevoegdheid heeft. Wij zijn er als Kamer bij geweest toen die werd vastgelegd; de ene fractie was voor, de andere tegen. Wij moeten echter wel de gelegenheid krijgen om fundamentele beleidswijzigingen met elkaar te bespreken. Op dat punt voelen we ons nu een beetje in het nauw gedreven

Minister **Schippers**: Ik ben het ermee eens dat je – hoe je het ook regelt – elkaar de ruimte moet geven om je zegje te doen bij fundamentele beleidswijzigingen. Je moet daarover grondig van gedachten kunnen

wisselen. Ik neem aan dat het nu gaat om de eigen betalingen in de tweede lijn van de ggz. De vraag is dan wel: hoe weeg je dat? Ik heb dit oprecht niet ervaren als een fundamentele beleidswijziging, omdat het al in de eerste lijn bestond. Uit de analyses kwam naar voren wat dit betekende voor de tweede lijn. Ik heb gesproken met mensen die werken in de ggz en hun vertegenwoordigers. Ze zeiden allemaal: het gevolg van de eigen bijdrage in de eerste lijn is dat milde ziektebeelden in de tweede lijn terecht komen. Dit blijkt ook uit onderzoek. In dat licht heb ik het niet gezien als een fundamentele beleidswijziging. Eigen betalingen zitten namelijk al in het systeem, ook bij somatische aandoeningen. Wellicht dat er hier een verschil zit in de weging.

De **voorzitter**: Ik wil dit onderwerp even parkeren; misschien komen we er nog op terug. Ik geef eerst het woord aan de heer De Grave over de kapitaallasten.

De heer **De Grave** (VVD): Voorzitter. Het is een heel complex onderwerp waarover we de hele middag kunnen spreken, maar daar is geen tijd voor. Dank voor de schriftelijke antwoorden. De kern is dat wij ons als commissie afvragen of de staatssecretaris voldoende inzicht heeft in de omvang van het mogelijke probleem. Wij begrijpen de gemaakte keuze, maar wat is de omvang van het probleem? Dit heeft te maken met een breder punt: de financierbaarheid van de AWBZ. Er zijn allerlei kapitaalverschaffers in gestapt. Het probleem van de kapitaallasten heeft zich eerder voorgedaan, namelijk bij de ziekenhuizen. Dat is een heel gedoe geweest, wat heeft geleid tot het instellen van een commissie onder leiding van de heer Havermans. Die heeft het allemaal uitgezocht. De precieze uitkomst ben ik een beetje kwijt, maar volgens mij is het uiteindelijk stilzwijgend in de loop der jaren opgelost. Althans, ik hoor er niet meer zoveel over. De kernvraag van deze commissie is: heeft de staatssecretaris het gevoel dat zij echt zicht heeft op de omvang van het probleem? Wij krijgen er veel brieven over en de NZa heeft er een enquête over gehouden. Is de staatssecretaris bereid om in lijn met de wijze waarop het destijds bij de ziekenhuizen is aangepakt, via een commissie of een opdracht aan de NZa te monitoren wat er aan de hand is? Zo komen wij te weten wat de omvang van het probleem is. Als dit te groot is voor de sector om het zelf op te lossen – men heeft uiteraard ook een eigen verantwoordelijkheid, men is niet van suiker – kan de staatssecretaris tenminste tijdig ingrijpen.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Wij hebben de koepel gevraagd: concretiseer nou eens welke instellingen op dit moment welke problemen hebben. Daarop hebben wij geen namen van instellingen teruggekregen. Ik weet inderdaad niet hoe groot de omvang van het probleem is, dat volgens u is aangedragen. Ook ik heb alleen wat vage onrustgeluiden gehoord; geen getallen en niet: het speelt daar en het is precies dat. Ik weet wel dat alle partners en de bestuurlijke overleggen zeggen: kom op, hak de knoop nu door, niet dralen, want we willen ermee aan de gang. Dit leeft breed. Er zijn natuurlijk ook organisaties die problemen zien. Misschien zitten er nog wel lijken in de kast. Alle vormen van bad governance spelen hier natuurlijk ook. Ik denk dat het heel verstandig is om het te monitoren. Uit de overleggen en uit de koepel krijg ik te horen dat er een groep is die het heel goed heeft geregeld. Die heeft geen zin om nu te bloeden voor de groep die heeft gedraald en de hakken in het zand heeft gezet. Er spelen dus verschillende belangen. Ik ben er wat optimistischer over dan zoals de heer De Grave het op tafel legde. Dat was eigenlijk wat mij het eerst vroeg.

De heer **De Grave** (VVD): Ik vroeg naar uw inschatting van de problematiek. De commissie is zelf niet meer of minder optimistisch. Wij willen van u horen of u zekerheid hebt over de omvang van het probleem.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Ik heb absoluut geen zekerheid.

De heer **De Grave** (VVD): Wij noteren uw toezegging dat u de NZa vraagt om het te monitoren.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: We zullen het zeker monitoren. Als je bedenkt hoe vaak we worden verrast door overschrijdingen en andere tegenvallers, dan zie ik ze liever aankomen.

De **voorzitter**: Kunt u nog wat nader toelichten hoe en wat u monitort?

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: We zullen het sowieso in overleg met het veld moeten doen. Mijn vraag is geweest: geef nou eens aan waar die problemen precies zitten. Om welke instellingen gaat het? Waar zit het hem in? Hebben ze onvoldoende eigen vermogen? Hebben ze bepaalde afspraken gemaakt? Hebben ze ongelooflijk veel vastgoed waarvan ze de boekwaarde niet in orde kunnen krijgen? Hebben ze misschien niet meegegaan met de impuls van 160 mln. van het vorige kabinet? Er zullen vast instellingen zijn die de ene na de andere kans voorbij hebben laten gaan. Zij zijn ongetwijfeld ook de bron van dit geluid. Ook voor mij is het natuurlijk heel belangrijk om het probleem concreet te krijgen, zodat dit het geluid van de optimistischere partners niet overstemt. Mijn eerste stap is dus doorvragen om die concretiseringsslag te maken.

De heer **De Grave** (VVD): Het hoeft niet altijd zo te zijn dat instellingen vanwege eigen slecht beleid in de problemen zijn gekomen, want er is een systeemwijziging. Er was een bepaalde wijze van financieren van onroerend goed. Dit wordt nu zo veranderd dat het in de tarieven komt. Hetzelfde is bij de ziekenhuizen gebeurd. Dat is prima; je moet af en toe het systeem kunnen wijzigen. Je moet een keer door de zure appel heen bijten. Ik trek die parallel met de ziekenhuizen omdat er daar later toch problemen ontstonden. Ook problemen die niet te maken hadden met wanbeleid van ziekenhuizen. Het gaat erom of je in staat bent om via de integrale tarieven die kapitaallasten terug te verdienen. Daarom wijs ik ook op de kapitaalverschaffers. Het is belangrijk dat bij beleidswijzigingen van de overheid kapitaalverschaffers niet in de problemen komen. Het gaat mij dus ook om instellingen die goed hebben gehandeld, maar in de problemen komen door de systeemwijziging.

Ik ben het met de staatssecretaris eens dat het veld er tot nu toe niet in is geslaagd om overtuigend aan te tonen wat de omvang van het probleem is. Dat is ook vaak lastig. Bovendien lopen instellingen hierbij niet graag voorop: ik ben een geweldig probleemgeval! Vandaar de vraag van de commissie aan de staatssecretaris om dit goed in de gaten te houden. In overleg met het veld kan zij wellicht de NZa vragen om het te onderzoeken. Zo kan er meer duidelijkheid komen. Is er werkelijk een reëel probleem in het systeem? Zo ja, dan kan de staatssecretaris beleidsmatig ingrijpen. Natuurlijk hoeven goede instellingen niet te boeten voor de fouten van kwade instellingen. Als de systeemwijziging leidt tot onbedoelde negatieve effecten – dat hebben wij nu onvoldoende in beeld – dan moet er wel kunnen worden ingegrepen.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Ik vind dat een goed idee. Ik zal daar zeker in meebewegen. «Systeemwijziging» klinkt alsof het van het ene op het andere moment gebeurt, terwijl het natuurlijk jarenlang, stapje voor stapje, eraan zat te komen. Ik ben er dus minder pessimistisch over dan de geluiden uit de sector. Laten we er zo zorgvuldig mogelijk mee omgaan. Er is een lange overgangperiode tot en met 2017. Die is er ook omdat we het heel zorgvuldig willen doen.

De **voorzitter**: Vorig jaar hebben we de discussie gehad over de immateriële vaste activa en het NZa-rapport over de lasten in de cure. Uit het NZa-onderzoek kwam dat het probleem ongeveer 160 mln. was. De laatste weken is gebleken dat het probleem toch veel groter is. Als commissie hadden wij daar toen veel vragen over, waarmee we de toenmalige minister hebben geconfronteerd. Hij zag het allemaal niet zo somber in, maar achteraf hebben we begrepen dat het probleem toch veel ernstiger is. Speelt dit probleem ook in de care? Hoe wordt dit dan geattaqueerd?

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Het zit natuurlijk wel anders in elkaar. Ik durf bijna niet te zeggen dat ook ik best optimistisch ben. Dat schijnen wij als bewindslieden vaak te zeggen, en dan valt het toch tegen. De sector heeft echter nog wel wat vet op de botten en zou het dan ook moeten kunnen incasseren. We zijn en gaan natuurlijk in overleg met de NZa. Eigenlijk zou ik nu niet moeten verwijzen naar de heer De Grave; dat doe ik per ongeluk. Ook ik houd natuurlijk niet van tegenvallers.

De **voorzitter**: Dank voor uw beantwoording. Als er geen vragen voor de staatssecretaris meer zijn, mag zij weggaan. Hartelijk dank voor uw aanwezigheid. Het is overigens heel gezellig als u nog even blijft. Ik geef het woord aan mevrouw Dupuis.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik heb nog wat vragen aan de minister over de ggz. Het gevoel van discriminatie heeft een lang verleden. In de ggz-sector heeft altijd het idee bestaan dat de samenleving niet goed inschatte hoe ernstig psychische ziekten zijn. Dit speelt mede een rol. Een psychose is een vreselijke ziekte en er is groot lijden mee gemoeid. Het is ook een communicatieprobleem voor het ministerie. Duidelijk moet zijn dat het vragen van eigen betalingen niet betekent dat je het lijden en de ernst van de ziekte miskent. Het is een beladen onderwerp; een psychose is gewoon vreselijk. Het is gewoon heel ernstig. De verdenking dat dit niet serieus wordt genomen, moet eruit. Dat zou al heel erg helpen. Wij hebben begrepen dat er nu wordt gesproken met de sector. Wij zouden het heel erg op prijs stellen als de minister eruit probeert te komen met het veld. Men is zelf al gekomen met alternatieven. Wij benadrukken dat dit in onze ogen de goede weg is. Ook met specialisten en ziekenhuizen zijn overeenkomsten gesloten. Waarom kan dat niet ook in deze sector? Dit leeft breed in de commissie. Wij zien het als mogelijke oplossing voor de financiële problemen die de ggz kennelijk heeft.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Ik onderschrijf wat mevrouw Dupuis zegt over discriminatie en de ernst van psychiatrische stoornissen. Het is belangrijk om oplossingen te vinden. De minister zegt zelf ook in de klem te zitten, omdat zij de NZa nog opdracht moet geven enzovoorts. Daardoor is er niet zo veel tijd. Het gesprek met de sector kan echter gewoon voortgaan nadat de procedure bij de NZa in gang is gezet. Als er overeenstemming komt, kun je zeggen: we zijn er op een ander manier uit gekomen. Het zou heel fijn zijn om van de minister te horen hoe zij het overleg met de sector inschat. Is zij bereid om, als het leidt tot resultaat, af te zien van een mogelijke eigen bijdrage? Die pakt met name hard uit voor ernstige psychiatrische patiënten.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Meer dan tien jaar geleden werd ik door de toenmalige minister, Els Borst, gevraagd om de Taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg aan te voeren. Twee jaar later heb ik het onderzoeksrapport Erbij horen aangeboden, dat nog niets aan actualiteit heeft ingeboet in de analyse van de positie van mensen met een psychische handicap in de Nederlandse samenleving. Er zijn wel een

paar goede stappen gezet. De Wmo is een wet die mede is gebaseerd op ons advies. Het gaat daarbij om maatschappelijke steunsystemen in wijken, buurten en straten en contextuele hulpverlening. In ons rapport toonden wij aan dat er in het algemeen in de Nederlandse samenleving sprake is van volstrekt onbegrip voor mensen met een psychische handicap. De maatregel van de minister heeft een klein beetje – ik overdrijf sterk – het karakter van: eigen schuld, dikke bult. Het is blijkbaar een luxe om voortdurend gebruik te maken van psychotherapeuten, psychiatrische ziekenhuizen enzovoorts.

Als minister van Volksgezondheid hebt u de verantwoordelijkheid om de samenleving, alle 16 miljoen Nederlanders, bij de hand te nemen en te zeggen: er mag geen onderscheid gemaakt worden tussen somatische en psychische aandoeningen. Iedereen kan zich een voorstelling maken van de ernst van somatische aandoeningen, door wat hij zelf of in zijn directe familie- of vriendenkring heeft meegemaakt. De educatie over psychische aandoeningen in de richting van de samenleving is van groot belang om de participatie van mensen met een psychische handicap te bevorderen. Daar zit de crux. Het vragen van een forse eigen bijdrage doet mijn vrees toenemen dat er nogal wat mensen verder achterop raken. Dat is niet wat dit kabinet wil, aangezien het voortdurend zegt dat iedereen mee moet doen.

De voorzitter: Ik wil er nog iets aan toevoegen vanuit mijn praktijkervaring. Ik kan mij op zich voorstellen dat de minister zegt: voor de eerstelijnspsychologen hebben we ook een eigen bijdrage gevraagd en daarover hebben jullie nooit moeilijk gedaan. Ik heb geprobeerd om het bij mezelf na te gaan: waarom had ik daar geen moeite mee? De mensen die naar de psycholoog gaan, zijn in mijn praktijk voor het overgrote deel hogeropgeleiden die tegen een probleempje aanlopen en daarover met iemand willen sparren. Dat is een heel andere categorie dan de mensen die in de tweedelijns-ggz worden behandeld. De minister zegt dat er oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de tweedelijns-ggz. In mijn praktijk heb ik de laatste jaren veel minder mensen naar de tweedelijns-ggz verwezen, omdat de meeste mensen veel liever naar een eerstelijnspsycholoog gaan. In de antwoorden op onze vragen wordt een aantal onderzoeken genoemd, maar voor zover ik heb kunnen nagaan, hebben die meestal niet echt betrekking op deze materie. Voor een ander deel worden er dingen in beweerd waarvan ik me afvraag: ligt er nog een rapport onder? Dit lijkt op wat mevrouw Meurs net zei: de overschrijding wordt geconstateerd en geredresseerd, maar er is te weinig analyse om de oorzaak vast te stellen. Daardoor is onduidelijk of je met de maatregel bereikt wat je wilt bewerkstelligen.

In mijn praktijk is er ook een aantal mensen die lithium gebruiken omdat ze manische psychoses hebben. Zij gaan regelmatig naar de ggz om te worden gecontroleerd. Ik zie die mensen ook wel in onderling overleg. Als huisarts zie ik de bui echter al hangen. Mensen worden van de tweede naar de eerste lijn geschoven, waardoor wij als huisartsen weer een overschrijding van ons budget krijgen en opnieuw moeten inleveren. Terwijl we wel meer ondersteunend personeel nodig hebben. Daar zit natuurlijk ook een deel van de overschrijding in.

De eerste lijn wil ik verder parkeren. Wat mij toch wel heel erg stoort in de beantwoording van de vragen is dat ik voortdurend denk: weten ze wel waar het over gaat?

Minister Schippers: Als ik in één sector veel gesprekken heb gevoerd voordat er maatregelen werden getroffen, dan is het deze wel. Mensen uit de tweede lijn vertelden mij dat er patiënten in de tweede lijn zitten die beter in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Wij hebben experimenten gedaan met low care. Mensen konden daardoor veel langer thuis blijven wonen en hoefden daardoor geen beroep te doen op een

instelling. De eerste lijn in de ggz is mager opgebouwd. De tweede lijn erkent dat ook. Huisartsen zeggen wellicht: houd ze bij mij weg. In dat licht is het nodig om de eerste lijn in de ggz te versterken. Er kan ook meer gebruikgemaakt worden van innovatieve zaken als eHealth. Wij hebben extra geld vrijgemaakt voor experimenten daarmee, die nu lopen. Het vragen van een eigen betaling aan mensen voor iets wat we verder collectief betalen, wil niet zeggen dat het geen ziekte is. Als het geen ziekte was, zouden we het niet in de ziektekostenverzekering doen. Alles wat geen ziekte is, wil ik er namelijk zo veel mogelijk uit werken. De sector groeit fors en er gaan miljarden in om. Over de gehele kabinetsperiode groeit de sector ook nog na het nemen van deze maatregelen. In de afgelopen negen jaar was de groei 112%, wat heel fors is. Wij willen de ggz in een evenwichtiger groeipad brengen. De sector blijft dus groeien, maar evenwichtiger zodat wij kunnen opvangen wat ons te wachten staat. Als je niks doet, dijt de ggz steeds verder uit. Die wordt zo verantwoordelijk voor een steeds groter deel van de zorgkosten. Je moet uiteraard goed bekijken hoe je de kosten in de hand kunt houden. Dat zou ik heel graag samen met de sector doen. Dat heb ik ook vanaf het begin afgesproken, maar ik begrijp dat men niet echt blij is met de maatregelen. Het zijn inderdaad ingrijpende maatregelen, maar iedereen zal erkennen dat er nu sprake is van een belachelijk financieringssysteem. Er is een dubbele registratie, zowel van het oude systeem van de budgettering als het nieuwe systeem van de dbc's. Men heeft met de ROM behoorlijke inspanningen verricht om de ggz op uitkomsten te gaan financieren. Petje af voor wat de sector daarmee heeft gedaan. Met deze inspanning heeft men een achterstand omgebogen naar misschien wel een voorsprong op de somatische zorg. Daar betalen we voor verrichtingen en niet voor uitkomsten. Als deze trend om op uitkomsten te financieren wordt voortgezet, is daarmee een grote slag gewonnen.

Over een aantal dingen zijn de sector en ik het dus roerend eens. Men is het ermee eens dat de eerste lijn moet worden opgebouwd en dat eHealth daarin een grotere rol moet spelen. Men heeft daar goede ideeën over en er lopen veelbelovende experimenten. Men heeft mij gezegd: eigenlijk zou een nulgroei moeten kunnen als de eerste lijn genoeg opvangt. Over de totale kabinetsperiode is er geen nulgroei maar een groei van 4% bruto. Met de marge die erin zit, zouden we zaken kunnen opvangen.

Er zitten eigen betalingen in de eerste lijn en niet in de tweede lijn. Dat is geen slim systeem, hoe je het ook wendt of keert, want je stimuleert mensen zo om de eerste lijn over te slaan. Dat gebeurt dan ook massaal. Daarom had ik niet bedacht dat dit voorstel zou worden gezien als een fundamentele stap. In mijn ogen was het een vrij logische stap. Wel vond ik de stap aanvankelijk veel te groot. In het regeer- en gedoogakkoord was het bedrag van € 425 per dbc afgesproken. Iedere opname is een instelling zou dan dus € 425 kosten. Vier opnames in een jaar zou dan vier keer € 425 zijn. Dit was een vrij stevig verhaal. Met een hoop schrappen heb ik dat meteen naar beneden bijgesteld tot maximaal twee keer € 295. Daarna zijn we doorgegaan met zoeken en uitgekomen op één keer € 275. Het bedrag is dus fors naar beneden gebracht. Van de Tweede Kamer heb ik de opdracht gekregen om in overleg met de sector te bekijken of we nog verder kunnen schrappen. Het eerste overleg daarover heeft vanmorgen plaatsgevonden. Wellicht kan het bedrag dus nog verder naar beneden. Overigens vind ik dat er wel een eigen betaling moet zijn. Aangezien die wel in de eerste lijn zit, is het heel raar om die in de tweede lijn niet te hebben. Binnen het systeem is het onlogisch, omdat de eerste lijn dan wordt overgeslagen. Het politieke probleem dat ik zou kunnen krijgen, had ik daarom veel meer in de hoogte dan in het principe van een eigen betaling verwacht. In dat licht ben ik vanaf het eerste moment aan de slag gegaan om dekking te zoeken voor het naar beneden krijgen daarvan.

De oplossing die wij deze week met de sector wellicht nog vinden, kan voor komend jaar gelden. Na deze week is er geen rek meer voor het jaar 2012. Wij moeten met de ggz uit de val komen waar we nu in zitten. Er moet een deugdelijke financieel systeem komen dat per 2013 in deze sector kan worden toegepast. De vraag is wanneer het solide genoeg is om – de vorige minister heeft het ook een paar keer uitgesteld – met de ggz over te gaan naar een ander bekostigingssysteem. Niet alleen ik maar ook andere betrokken partijen zoals de zorgverzekeraars en de NZa moeten het nieuwe systeem financieel deugdelijk vinden om te kunnen zeggen: nu maken we de stap van de budgettering naar een afreken-systeem. Het is van groot belang dat dit traject ertoe leidt dat we dit in 2013 kunnen invoeren. Om dat te doen moet ik het dan voor de NZa al in januari 2012 in de steigers hebben staan. Het moet op dat moment politiek geaccordeerd zijn, zodat de NZa alles kan gaan uitrekenen. Dit is een grote opgave. We moeten met de sector rond de tafel gaan zitten om tot overeenstemming te komen over de financiering voor 2013. Hoe kunnen we het slimmer doen? Hoe kunnen we het zo doen dat jullie er ook gelukkig van worden, bijvoorbeeld door bureaucratie weg te snijden en meer ruimte te bieden voor innovaties? Wat we al wel hebben afgeschaft, is de knip tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet waardoor beddenreductie loonde. Dit was een doorn in het oog van de sector, die we er nu gelukkig uit hebben kunnen halen. Deze rare prikkel werkte heel inefficiënt uit.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik heb nog een korte reactie. Ik denk dat er nog een ander probleem onder zit, dat we nog niet expliciet hebben uitgesproken: de indicatiediscipline. De psychiatrie is een veld waarin de indicaties lastig zijn. Dat geldt niet voor alle gevallen. Evidente psychoses en depressies zijn voor de deskundigen vrij simpel te diagnosticeren. Als ik de minister beluister, denk ik dat daar ook nog wel eens een fikse probleem zou kunnen liggen. Ik adviseer toch om daarop nog eens aan te haken. Er ligt daar wellicht ook een mogelijkheid om meer consensus te krijgen. Er is geen twijfel over dat het in de echte psychiatrie gaat om heel ernstige ziektes en dat de tweede lijn in actie moet komen. De psychologen in de eerste lijn houden zich bezig met zaken als liefdesverdriet, ruzie met je partner en of je het wel goed kunt vinden met je broertje. De tweede lijn is echt iets anders. Er moet daar dus nog wat meer exploratief werk worden verricht.

Minister **Schippers**: De productiestructuur is inderdaad de kern van het probleem. Daar worstelen wij mee, maar ook de NZa en de sector. Ik kan alleen maar beamen dat als wij dit goed op orde krijgen, we een hele stap verder zijn. We zijn daar heel druk mee bezig. De sector werkt zich kapot om dit voor elkaar te krijgen. Het is alleen hartstikke moeilijk.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Dank voor de uitvoerige beantwoording. Het is goed om te constateren dat we met zijn allen vinden dat er meer moet worden ingezet op de eerste lijn; daar zit geen licht tussen. Verder zegt iedereen dat de ernstige psychiatrie een andere categorie is. De indicatie is daarin een goed scharnierpunt. De minister is in overleg met de sector en zegt dat het goed gaat: er zijn vorderingen. Zij hoopt in 2013 zover te zijn dat er met een nieuw systeem kan worden gewerkt. Ik begrijp dat er dan voor 2012 een soort overgangsmodel komt met een eigen bijdrage en dat er in 2013 vervolgens een totaal ander systeem wordt ingevoerd. Trek ik daarmee op basis van de toelichting een goede conclusie?

Minister **Schippers**: Ik wil voorkomen dat ik de werkelijkheid onrecht aandoe, dus daarom zeg ik eerst iets over mijn contacten met de sector. Wij waren in goed overleg, maar de sector heeft grote problemen met de

afgekondigde maatregelen. Daarom heeft men het overleg stopgezet. Ik heb de maatregel al twee keer verzacht. Vanmorgen is het overleg met de sector opnieuw gestart: hoe kunnen wij een derde slag maken om het bedrag nog meer te drukken? Daarnaast kijken wij naar 2013: hoe kunnen we zaken slimmer doen? Ik blijf echter van mening dat als er een betaling in de eerste lijn zit, het zeer onverstandig is om die niet in de tweede lijn te hebben. Dat leidt gewoon tot een mank systeem. Het uit zich ook in de situatie waarin we nu zitten.

We gaan het gesprek met de sector aan om van elkaar te leren. Als men met iets heel slims komt, dan ben ik de laatste om te zeggen: daar ga ik niet aan. Natuurlijk ga ik daaraan en dan kom ik met voorstellen om dat slimme systeem in te voeren. Het is goed om het gesprek open in te gaan. Dat zal ik ook zeker doen als we weer over 2013 gaan spreken.

De heer **Thissen** (GroenLinks): In mijn vraagstelling probeerde ik het net wat breder te trekken. Het gaat natuurlijk niet alleen om de eigen bijdrage maar ook om de inzet om mensen mee te laten doen. Begin jaren tachtig hebben we het proces van extramuralisering voor mensen met een psychische handicap ingezet: minder bedden in grote instellingen, meer kleine multifunctionele instellingen en meer mensen die «gewoon» in de samenleving blijven. Terugkijkend kun je concluderen dat het mensen niet echter verder heeft gebracht. Mensen met een psychische handicap nemen nog steeds te weinig deel aan de arbeidsmarkt. Het is voor hen moeilijk om voluit mee te doen in de samenleving en in hun eigen levensonderhoud te voorzien. Ik heb net vooral een beroep gedaan op de minister om de samenleving mee te nemen, zodat die uitnodigender wordt voor deze groep mensen. Zij worden nu weer geconfronteerd met deze maatregel, de eigen bijdrage voor de tweedelijnszorg. Terwijl ze niet om hun ziekte hebben gevraagd; die stond echt niet op hun verlanglijstje. Ik krijg graag een beleidsvisie van de minister. Hoe wil zij de eerste-lijnszorg versterken, het beroep op de tweedelijnszorg iets mitigeren en tegelijkertijd de participatie in de samenleving van mensen met een psychische handicap bevorderen? Zonder dat het deze mensen extra geld kost, daar waar ze eigenlijk steeds minder in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien.

De **voorzitter**: Ik denk niet dat de minister dat allemaal vandaag kan ...

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat hoeft ook niet, maar het zou fijn zijn als het gebeurt voor haar vakantie.

Minister **Schippers**: Iedereen die een beroep doet op zorg omdat hij die nodig heeft, kan worden geconfronteerd met een eigen betaling. Sommige serieuze zorg – waarzonder je niet kunt functioneren – zit zelfs überhaupt niet in het pakket. Een eigen betaling voor zorg betekent dus niet dat je niet echt ziek bent. Wij moeten inderdaad nog wel een slag maken bij de mensen die een beroep moeten doen op de ggz. Het zijn heel verschillende groepen, dus je kunt ze niet over één kam scheren. Er zijn echter wel indrukwekkende experimenten, die duidelijk maken dat je met low care bijvoorbeeld schizofrene patiënten thuis kunt laten wonen. Iedereen die schizofrene patiënten kent, weet dat pillen slikken cruciaal is; daar zit de achilleshiel. Er komt iemand lang die kijkt of de patiënt zijn pillen wel heeft geslikt. Vaak is er hetzelfde patroon en dan weet je: er komt een crisis met een opname. Hiermee zijn heel goede ervaringen opgedaan, waarop we moeten voortborduren. Iemand kan zo in zijn sociale omgeving blijven wonen. Werk blijft vaak moeilijk, maar je kunt het wel opbouwen. Daarmee zijn al goede ervaringen opgedaan. Dit soort trajecten moet je verstevigen.

Een ander punt is de AWBZ-knip. Het rare systeem dat we hadden, is nu afgeschaft. Dit kan ook bijdragen aan een verbetering. Het beleidsterrein

van de ggz is een grote lappendeken. Het is belangrijk om een kop en staart te hebben. Daarbij staat het belang van patiënten voorop om actief te kunnen worden en een sociaal leven op te bouwen. Dat kan veel beter in je eigen buurt dan vanuit een instelling.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Mijn pleidooi is om te kijken naar het totaal van een aantal kabinetsvoornemens: welke consequenties zijn er voor die groep? Kunnen mensen meer meedoen – dat is toch ook een van de beleidsdoelstellingen van dit kabinet – of hindert het hen juist om mee te doen? Daarop zou ik wel een keer met de minister verder willen doorgaan. Wellicht kunnen we als Kamer een keer een beleidsdebat met haar voeren.

De heer **Flierman** (CDA): Ik wil de heer Thissen op dit punt graag te hulp schieten. In zijn inbreng, en eerder in die van mevrouw Dupuis, hoor ik eigenlijk: minister, deze groep patiënten wordt relatief achtergesteld ten opzichte van mensen met een somatisch probleem. Als je een hartprobleem of een darmziekte hebt, dan snapt iedereen dat het vervelend is en dat er iets aan moet worden gedaan. Bij deze groep is de ziekte echter vaak onzichtbaar en onbegrepen: het wordt niet herkend. Nog los van de concrete maatregelen en de technische mogelijkheden om aan kostenbeheersing te doen is de vraag aan de minister: wilt u een visie geven op hoe we die groep patiënten toch een rol in de samenleving kunnen geven? Dat is een legitieme vraag; ik herken in ieder geval het probleem.

Minister **Schippers**: Voor sommige heel zware patiënten zijn de mogelijkheden beperkt. Voor een grote groep patiënten zijn er echter meer mogelijkheden dan we misschien soms denken. Het is wel vallen en opstaan, want er zijn ook veel dingen bedacht die gewoon niet werken. Daar moeten we dan overigens meteen weer mee stoppen. Ik ben het ermee eens dat het van belang is om met een visie te komen op nieuwe ontwikkelingen die het mogelijk maken om de geestelijke gezondheidszorg echt op een andere leest te schoeien. Het liefst doe ik dat in overleg met de sector zelf, die daarover sterke ideeën heeft. Zo kunnen we proberen om in die nieuwe visie een aantal dingen te verenigen en de tweede lijn te verlossen van een systeem waar men onder gebukt gaat. We moeten een systeem creëren dat innovaties stimuleert en zorg in de eerste lijn brengt die daar hoort.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik vraag nogmaals om een interdepartementale aanpak. Het gaat hierbij ook om te toekomst van de WSW, de Wajong en de re-integratie. Het is holistischer dan de minister nu voorstelt. Ik begrijp dat zij minister van Volksgezondheid is, maar het is breder dan alleen de ggz.

De **voorzitter**: Ik stel voor om als commissie nog eens naar dit punt – het staat nu gelukkig ook in het verslag – te kijken, want het lijkt me een goed onderwerp voor een beleidsdebat.

Ik heb zelf nog een paar opmerkingen over de bijdrage in de eerste lijn en de tweede lijn. Volgens mij moet er in dat kader meer aandacht zijn voor de triage. Misschien moeten we wel een eigen bijdrage vragen voor die triage, maar dan niet zo hoog als voorgesteld voor de tweede lijn. Het ligt op het bordje van de tweedelijns-ggz, die kennelijk een heel aantal problemen in behandeling neemt waarvan men weet dat het ook in de eerste lijn kan. Ons zwaarste punt is naar mijn idee de positie van de mensen die een ernstige psychiatrische ziekte hebben en zelf niet eens in de gaten hebben dat ze ziek zijn. Veel van de weerstand in de commissie ligt erin dat we aan hen een eigen bijdrage vragen. De bemoeying en de vakteams zijn natuurlijk prachtig, maar ook daarvoor zal men een eigen

bijdrage moeten vragen. Als je langskomt om een pilletje te brengen, is het moeilijk om dat te doen.

De minister is in gesprek met de sector. Wij hebben een hele bende aan punten aangedragen. Ik begrijp dat de heer Putters nog een slotopmerking wil maken.

De heer **Putters** (PvdA): Ik had begrepen dat de minister nu niet in gesprek is met het veld omdat de sector dit heeft opgeschort. Blijkbaar is het overleg vanmorgen weer begonnen. Wij zitten hier de hele dag binnen, dus ik heb het niet gevolgd. Is de minister wel van plan om, los van het overleg met de sector, met haar visie te komen? Het lijkt mij buitengewoon boeiend. Ik begrijp dat er bezuinigd moet worden. In het licht van hoe we er nu over praten, lijkt het me buitengewoon zinvol om vervolgstappen te zetten. Daarbij hebben we het veld nodig, maar als men nu niet wil, kan de minister de voorzet zelf geven.

Minister **Schippers**: Dat zal ik zeker doen. Als één sector een nieuw beleidskader nodig heeft, dan is het deze. Het heeft mij aan de tijd ontbroken om het op deze korte termijn te doen. Het traject hiervoor zijn wij eigenlijk al een tijdje geleden gestart. Wij hebben er al heel veel gesprekken over gevoerd, ook met de sector. Daar leven heel veel ideeën waar we heel veel mee kunnen. Dat is ook fijn, want het betekent dat er consensus bestaat over zaken als de opbouw van de eerste lijn en mental eHealth. Ik kan sowieso toezeggen dat ik hoe dan ook – als de tijd daarvoor mij is gegeven – met een visie zal komen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Wij gunnen u die tijd, vooralsnog.

De heer **Putters** (PvdA): De sector zal zeggen: wij willen eerst die visie en dan pas de bezuinigingen. Ik begrijp dat daar een klem zit. Er zal natuurlijk wel beweging moeten komen, zodat de sector ergens naartoe gaat. Daarin heb je elkaar nodig. Ik ben benieuwd hoe de minister en de sector elkaar daarin zullen naderen. Dat zullen we dan nog zien.

De **voorzitter**: Net zoals die twee egeltjes.

Ik denk dat we deze discussie moeten afsluiten. We hebben allemaal natuurlijk nog wel meer vragen, maar het houdt een keertje op. Ik dank de minister hartelijk voor haar heldere beantwoording en haar gedrevenheid; dat brengt wel wat over.

Van te voren hebben we in de commissie gezegd: het zit er wel in dat de minister niet alles direct kan beantwoorden. We hadden antwoorden gekregen op onze vragen, maar niet alle vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ondanks dat de minister doorgaat met het voorhangen van de AMvB's, zullen we toch aanvullende vragen stellen. Ook omdat we de mogelijkheid open willen houden om in het najaar een debat te voeren, en dan meer over de politieke statements die onder de beslissingen liggen. Dit was een punt van mevrouw De Boer. We worden heel graag op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen. Het kan zijn dat er de komende maanden zo veel dingen veranderen dat we in september helemaal blij zijn. Voorlopig houden nog even de mogelijkheid open dat we aanvullende vragen stellen.

Minister **Schippers**: Als de commissie vragen stelt, zal ik die uiteraard beantwoorden. Er is in de Tweede Kamer een motie aangenomen waar we deze week iets mee moeten doen. De gevolgen daarvan zal ik ook in de richting van deze Kamer sturen.

De **voorzitter**: Wij zullen u hier niet meer zien voor uw vakantie, dus ik wens u een prettige vakantie.

Sluiting 17.19 uur.