

Vergaderjaar 2010–2011

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 132

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 augustus 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 30 juni 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juni 2011, inzake de integrale tarieven voor de langdurige zorg en de gehele ggz (30 597, nr. 187);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2011, inzake de opbrengstverrekening curatieve ggz en categorale instellingen (29 248, nr. 210);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juni 2011, inzake de ombuigingsmaatregelen 2012 (32 780-XVI, nr. 3);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juni 2011, inzake de voornemens curatieve ggz (25 424, nr. 118);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 juni 2011, inzake de eigen bijdrage ggz (25 424, nr. 129);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juni 2011, inzake de reactie op de brief van het Trimbos Instituut inzake aandacht voor twee artikelen over KOPP/KVO (kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen) (31 839, nr. 116).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Bernds (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Marijn (ChristenUnie), Van Toerenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Voorzitter: Smeets
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn 11 leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Leijten, Dijkstra, Mulder, Gerbrands, Bruins Slot, Voortman, Van der Staaij, Ouwehand en Smeets,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De **voorzitter**: Ik heet de minister, de staatssecretaris, hun ambtenaren, het publiek en de geachte afgevaardigden van harte welkom. Er zitten zeer veel partijen aan tafel. Dat is heel goed. We hebben drie uur voor dit debat. Dat betekent dat ik dit overleg strak zal leiden. We hebben vijf minuten spreektijd. Vijf minuten is ook vijf minuten. We starten met één interruptie per fractie in de eerste termijn van de Kamer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. De PvdA-fractie wil dat de ggz verbetert en goedkoper wordt. Dat kan door een andere organisatie: door meer zorg dichtbij, in de eerste lijn, te laten leveren, kunnen kosten worden bespaard. Persoonlijk leed en onveiligheid kunnen daarmee worden voorkomen. Het is gezond, goedkoper en veilig. Ons voorstel is toekomstbestendig, maar zonder mensen aan hun lot over te laten. Dat staat in schril contrast tot het kabinet, dat rigoureuus, zonder visie op de ggz, gaat snijden zonder oog te hebben voor de kwetsbaarste patiënten, die hiervoor gaan betalen. Het stigma op de ggz is terug. Er wordt niet gekeken naar kwaliteitsverbetering in de instelling. De rekening wordt plat neergelegd bij de patiënt. Dat is het verschil tussen de PvdA en dit kabinet. Voor veel kwetsbare mensen betekent dit een cumulatie van extra kosten. Die hebben zij al door de kabinetskeuze: hoge kosten, kleiner pakket. Het kabinet laat veel daadkracht zien ten aanzien van maatregelen die mensen direct in de portemonnee treffen, maar heeft geen oog voor de kwaliteit, de organisatie van de zorg en de ondoelmatigheid, waar ook nog een hoop te halen is.

Mijn partijleider Job Cohen zei het al: de minister denkt te veel dat mensen à la Gooische Vrouwen voor hun liefdesverdriet massaal naar dokter Rossi, de psychiater, gaan en daar op de bank zitten. Dat mag niet op kosten van de belastingbetaler; daar heeft de minister gelijk in, als dit zo zou zijn. Wat doet de minister echter? Zij voert een algehele eigen bijdrage in voor de tweedelijns ggz. Even voor de duidelijkheid: de Gooische Vrouwen kunnen dat gewoon betalen, blijven gewoon naar de psychiater gaan en de zorgkosten blijven stijgen. Wie wordt nou gepakt met deze maatregel? Met deze maatregel worden mensen gepakt die een heel ingewikkeld ziektebeeld hebben, bijvoorbeeld iemand met een psychose of schizofrenie. Voor die mensen is de zorg onbetaalbaar. Die mensen raken uit de zorg. Dit maakt pijnlijk duidelijk dat deze minister en de staatssecretaris geen idee hebben over welke mensen dit gaat en waar hun maatregelen terechtkomen. Zij treffen hiermee niet de Gooische Vrouwen, maar de kwetsbaarste mensen in deze samenleving. En welke boodschap hebben de minister en de staatssecretaris aan de familie? Die moet iets meer thuis doen en moet in de eigen omgeving iets harder lopen; succes ermee! Je zult maar iemand in je omgeving hebben met schizofrenie en psychoses! Deze mensen, die zeer ingewikkelde problemen hebben, zijn nu al afhankelijk van vier financieringsstructuren, allerlei kokers, nog veel meer loketten, indicaties en mensen aan wie zij hun verhaal moeten vertellen. Daar komt nu een eigen bijdrage bij, wat ook nog eens stigmatiserend is. Mensen gaan afzien van zorg. Dat is niet alleen onmenselijk; het veroorzaakt ook onveilige situaties. Daklozen die door jarenlange inzet van de straat zijn gehaald, zullen daar weer

belanden, simpelweg omdat het onbetaalbaar wordt. De mededeling voor mensen met een heel ingewikkeld ziektebeeld is: wij willen u helpen, maar betaal eerst een paar honderd euro eigen bijdrage. Minister, deze mensen met schizofrenie of psychoses hebben een uitkering op het minimum. Zij kunnen die honderden euro's niet betalen. Die keuze maakt dit kabinet en dat is asociaal. Mensen die nu bijvoorbeeld via ACT- en FACT-teams thuis worden geholpen en in hun kracht worden gezet, moeten honderden euro's gaan betalen. Dat doen zij niet. Hun eigen regie wordt afgepakt; ze worden de instelling ingeduwd.

Maar let op: dit kabinet introduceert wel een bonus op het uit de hand laten lopen van problemen. Als je namelijk heel lang wacht, als iemand dan een crisis krijgt en als het helemaal misgaat, is de zorg gratis en staat het kabinet voor je klaar. Dat is een bonus op het uit de hand laten lopen van problemen, een bonus op het terugduwen van mensen in de instellingen. De PvdA zegt: zorg voor veiligheid. Zorg is menselijk, is veilig en scheelt een hele hoop geld.

De **voorzitter**: U hebt nog een minuut.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit kabinet introduceert met deze maatregelen een perverse prikkel. Dit is oneerlijk, ongezond en veroorzaakt onveiligheid. We weten allemaal wat er met verwarde mensen gebeurt en het kost geld, zoals PricewaterhouseCoopers ook heeft aangegeven. Minister, wat is uw reactie op die conclusie van PricewaterhouseCoopers en bent u bereid om een uitvoeringstoets te laten plaatsvinden?

Ik ga nu in 30 seconden het alternatief van de PvdA neerzetten. Ik heb het al gezegd: meer zorg dichtbij huis, in de eigen omgeving en in de eerste lijn. Je voorkomt dan dat problemen uit de hand lopen en je voorkomt daarmee extra kosten. Dat is menselijk, goedkoop, sociaal en toekomstbestendig. Dat laatste zeg ik er maar even bij voor de coalitiepartijen, die vast het riedeltje over geld gaan herhalen. Wij willen dus geen eigen bijdrage voor de tweedelijns ggz, geen verhoging van de eigen bijdrage voor de eerste lijn en geen vermindering van het aantal zittingen. Je moet de eerste lijn namelijk versterken om te voorkomen dat mensen duurdere zorg nodig hebben en dat problemen uit de hand lopen.

De **voorzitter**: Uw laatste zin.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Die laatste zin is dat wij hier ook een dekking voor hebben. Die dekking heb ik opgenomen in een motie. Het gaat deels om schuiven binnen de ggz, deels om het verlagen van de inkomens van de medische specialisten en deels om het verbeteren van de doelmatigheid.

Mijn allerlaatste zin is ...

De **voorzitter**: Nee, dat was uw laatste zin. Ik ben echt heel streng. Ik heb twee keer verteld hoe het is.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De afgelopen jaren was er sprake van een mooie ontwikkeling: zoveel mogelijk het stigma van de ggz halen en deze tak van zorg verder normaliseren. Nu is dit door het kabinet kennelijk zo genormaliseerd dat professionele zorg nauwelijks nodig lijkt. «Normaliseren» betekent dan: je zoekt het zelf maar uit en je lost het zelf maar op.

De ChristenUnie is van mening dat de bezuinigingsplannen een groep mensen in onze samenleving isoleren, opnieuw stigmatiseren en discrimineren. De groep van chronische ggz-patiënten, die mede door stimulering van de overheid toenemend geëmancipeerd is, raakt weer achterop. Als deze bezuinigingsplannen doorgaan, zal het de

maatschappij over een aantal jaren weer handenvol geld kosten om de gevolgen in goede banen te leiden. Natuurlijk moet er bezuinigd worden; daar zijn wij niet op tegen, maar de ChristenUnie mist de visie achter deze maatregelen. Ze lijken alleen te dienen om op korte termijn bezuinigingen in te boeken waaraan de coalitie en de gedoogpartner zich hebben gecommitteerd. Daarnaast – dat vinden we kwalijker – belemmeren deze maatregelen de toegang tot noodzakelijke zorg. Daardoor zullen de kostenbesparende effecten op middellange termijn teniet worden gedaan, omdat meer mensen met psychische problemen terechtkomen in zwaardere vormen van zorg en crisis. Tevens zullen psychische problemen verergeren, met alle maatschappelijke en economische gevolgen van dien: een toenemend beroep op sociale voorzieningen en uitkeringen en noem maar op. Bovendien is het alleen voor de ggz heffen van een eigen bijdrage onnodig discriminerend voor mensen met een psychische aandoening en brengt het een onhoudbaar en onrechtvaardig onderscheid aan tussen mensen met een lichamelijke ziekte en mensen met een psychische ziekte.

De bezuinigingen hebben uitsluitend het karakter van «dit doen we niet meer» in plaats van «dit doen we anders». Over de inzet van e-mental health, het uitbreiden van preventie en het ambulant invullen van langdurige zorg wordt niet gesproken. We missen een positieve, op innovatie gerichte insteek die in overleg met de sector tot stand komt. De afgelopen jaren is de eerstelijns psychologische hulp versterkt om de uitgaven voor zorg in de duurdere tweede lijn te verminderen. Met de vermindering van het aantal gesprekken in de eerste lijn en het verhogen van de eigen bijdrage wordt een deel van de kracht van dit beleid weggenomen. Dit getuigt niet van consequent beleid en een betrouwbare overheid.

Een deel van de huidige bezuinigingen is ook een straf op goed gedrag om wachtlijsten weg te werken. Ik verwacht van de minister en de staatssecretaris een eerlijk beeld van de achtergrond van de huidige financiële situatie in de ggz. Ik krijg van verschillende kanten de boodschap dat het overgehevelde bedrag voor de curatieve ggz van de AWBZ naar de Zvw in 2008 te laag is vastgesteld. Hierdoor is er nu bij grote instellingen een onderproductie op de AWBZ en een overproductie in de Zvw. Die kan oplopen tot enkele miljoenen per instelling. Onderproductie in de AWBZ kan niet aangewend worden ter financiering van de ggz in de Zvw. Is het mogelijk om via een herschikkingsronde tot een realistischere herverdeling te komen, waardoor de hoogte van de terug te vorderen overschrijdingen daalt? Daarop krijg ik graag een reactie. Klopt het dat de overschrijding ook te maken heeft met de invulling van de klinische capaciteit bij ggz-instellingen waarvoor VWS al vóór 2008 een toelating heeft afgegeven, wat echter niet is meegenomen in de begroting van de curatieve ggz? Is het dan terecht dat de sector daar nu op afgerekend wordt?

In haar brief van 27 juni geeft de minister aan dat de eigen bijdrage voor behandeling bij een BOPZ-patiënt niet aan de orde is. Over de bijdrage die betrekking heeft op het verblijf dat mogelijk aan de behandeling is gekoppeld, wordt niets aangegeven. Vervalt ook die eigen bijdrage bij een BOPZ-patiënt?

Vorig jaar heb ik een motie ingediend met het verzoek om, indien tot invoering van een eigenbijdrageregeling in de ggz moet worden overgegaan, te onderzoeken hoe een aantal dbc's van bijdrageplicht uitgezonderd kunnen worden, met als criterium dat het moet gaan om ernstige psychische stoornissen die een risico vormen voor de veiligheid van de patiënt zelf dan wel voor de veiligheid van de omgeving of de samenleving. Deze vraag leeft nog steeds bij mijn fractie. Graag een antwoord van de minister, gekoppeld aan wat vorig jaar heeft plaatsgevonden. Toen zijn maatregelen uitgesteld op voorwaarde dat vanuit de sector alternatieven aangedragen zouden worden en dat die serieus

meegenomen zouden worden. Die vraag speelt vandaag ook. Daarom ben ik erg benieuwd naar de reactie van de minister en de staatssecretaris op de alternatieven die door het Landelijk Platform GGZ zijn aangedragen: het versterken van de eerste lijn, ook op het punt van de acht of liever twaalf zittingen, 400 minuten in het basispakket voor het verlaagde eerstelijns-tarief, het verdelen van de lasten, meer extramurale zorg en een goede tariefonderbouwing. Graag een reactie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Omdat ik niet verwacht dat wij in een redelijk debat tot verandering van standpunten komen, heb ik alvast een VAO aangevraagd, zodat wij moties kunnen indienen. Dit kabinet breekt de zorg af. Voortdurend verkondigt boekhouder Schippers dat dit nodig is. Zij zegt dat daar waar overschrijdingen plaatsvinden, die teruggehaald worden. Vorige week beweerde zij nog dat de verloskundigen terecht 10 mln. gekort werden, maar dat moest zij deze week terugnemen. Zij draait dat ook bijna terug en dat is terecht. Dit laat echter wel zien dat deze minister geen visie heeft op de gezondheidszorg maar bezig is met cijfers. De leugen over de onbetaalbaarheid van de zorg is ook een feit. De kosten van onze gezondheidszorg zijn gemiddeld lager dan in andere landen en zelfs 50% lager dan in de VS.

Er is hier dus sprake van een politieke keuze. Daarom heb ik de volgende vragen aan de minister. Is iemand met een verslavingsprobleem die wil afkicken, een aansteller? Is een militair die met PTSS terugkomt, een aansteller? Is de agent met traumatische schade door zijn werk een aansteller? Is iemand die na een bevalling of een operatie een depressie heeft, een aansteller? Is iemand die een eetstoornis heeft ontwikkeld, een aansteller?

Aan de staatssecretaris vraag ik of een gezin dat hulp nodig heeft maar dat niet kan betalen, aangewezen is op haar barmhartigheid. Of moet dat gezin naar de burens? En wat gebeurt er dan met het kind, aan wie wellicht behandeling wordt onthouden omdat de ouders die behandeling niet kunnen betalen? Of wat gebeurt er met de gezinstherapie als de ouders niet bereid zijn om de rekening te betalen? Wat doen wij met mensen die bijvoorbeeld door mishandeling of verwaarlozing schade hebben opgelopen tijdens het opgroeien? Je mag vijf keer naar de psycholoog; de rest moet je zelf betalen. Als je naar de tweede lijn moet, is de rekening om te beginnen € 275. Je mag per maand € 145 betalen voor een opname en je betaalt ook nog eens € 210 eigen risico van de zorgverzekeringspremie. Wat zegt het kabinet tegen deze jonge mensen? Eigen verantwoordelijkheid; dan had u maar andere ouders moeten kiezen? Of zegt de minister: kom gezellig een kopje thee drinken om het even door te praten en dan is het zo opgelost?

Bij een ziekte of een aandoening die je niet ziet, mag je betalen. Dat is een waanzinnige keuze en een discriminerende daad. We wisten dat de PVV niets op heeft met de ggz, omdat zij vindt dat mensen die maatschappelijk onaangepast zijn, ook niet op maatschappelijke solidariteit hoeven te rekenen maar naar een heropvoedingskamp moeten, maar het is schokkend dat het CDA en de VVD zich daar nu bij aansluiten. Zorg voor mensen in psychische nood is geen luxe, maar een teken van beschaving en is ook wenselijk vanuit het maatschappelijke kostenperspectief. De gemeente Rotterdam heeft berekend dat € 1 inzet op ondersteuning van de sociaalpsychische gezondheid van mensen € 4 bespaart op het justitiële apparaat en het politieapparaat. Hoe gaat deze minister aan minister Opstelten uitleggen dat zijn agenten in de toekomst weer daklozen moeten beboeten, verjagen en opsluiten?

De maatschappelijke kosten en sociale gevolgen als mensen te laat zorg krijgen, zijn ook groot. Zij vallen uit op hun werk, bedreigen de veiligheid van hun gezin en drukken zwaar op de mantelzorg. Hoe gaat de minister deze omgeving uitleggen dat het gerechtvaardigd is om mensen de zorg te ontfangen? Dat is immers wat dit kabinet doet: het isoleert mensen die

geestelijk ziek zijn. Chronische patiënten leven 20 jaar korter, hebben vaak geen werk en wonen in de slechtste omstandigheden. Van hen vraagt dit kabinet een bijdrage om de elders stijgende zorgkosten op te vangen. Wat een laffe daad!

De **voorzitter**: U hebt nog een minuut.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een uitdrukkelijke vraag aan de minister over de inning van de eigen bijdrage. Wie gaat dat doen? De behandelaar zal dat niet doen, want dat zou de behandelrelatie onder druk zetten. De zorgverzekeraar ziet de minister echter aankomen: die gaat het risico van onbetaalde rekeningen echt niet dragen en weet allang dat het moeilijk plukken is van een kale kip. Menzis geeft aan dat de zorgpremie steeds moeilijker op te brengen is. Wie gaat er dus innen?

Ik roep ertoe op om af te zien van deze maatregel. Ook bij andere maatregelen is sprake van rijk rekenen. Het korten op het budget van de vrijgevestigden is niet alleen onterecht, maar ook moeilijk te realiseren. Die korting wordt ingeboekt maar zal dus niet gerealiseerd worden. Het schrappen van aanpassingsstoornissen zal geen besparing zijn, want mensen die deze zorg nodig hebben, zullen dat op een andere dbc krijgen.

De **voorzitter**: Uw laatste zin.

Mevrouw **Leijten** (SP): De staatssecretaris stuurt de mensen terug de bossen in omdat zij hun het pgb ontnemt en de minister stuurt de mensen de schulden in of de straat op, en dat alles omdat zij economisch onrendabel zijn of geen VVD stemmen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De geestelijke gezondheidszorg behandelt talloze mensen die niet genezen. Daarom is men in de ggz vanaf het allereerste behandelcontact met de patiënt continu gericht op verbetering van de kwaliteit van leven. Die kwaliteit van leven staat in dit debat in feite centraal, want welke kwaliteit van leven blijft er over voor mensen met schizofrenie, een depressie of een angststoornis als zij van hun kleine besteedbare inkomen ook nog een flinke eigen bijdrage moeten betalen? Hoe kan de minister uitgerekend deze patiëntengroep treffen? Graag een reactie van haar.

Ik wil ook van de minister weten waarom bijvoorbeeld een psychotische patiënt anders is dan een patiënt met kanker of een spierziekte. Waarom maakt deze minister onderscheid tussen mensen met een psychiatrische aandoening en mensen met een lichamelijke aandoening? In feite praten we over discriminatie en stigmatisering.

D66 wil een solidair systeem waarin iedereen een eigen bijdrage betaalt per zorgbehandeling. Dan hoeven de kwetsbaarste groepen niet de dupe te worden en hoeven wij die zorg niet uit te kleden. Waarom wordt juist deze kwetsbare groep als eerste getroffen? Graag een reactie van de minister.

De ggz kampt al jaren met overschrijdingen; mijn collega van de ChristenUnie heeft het daar al over gehad. Op zich zijn wij het met het kabinet eens dat je heel kritisch moet kijken naar de oorzaken hiervan, maar er is ook het een en ander op te merken over de overheveling van de AWBZ naar de Zvw. Ik zal niet herhalen wat mevrouw Wiegman heeft gezegd, want dat scheelt mij tijd. Ik wil graag van de minister weten of zij bereid is om met behulp van een zogenaamde herschikkingsronde te komen tot een realistischere herverdeling, waardoor de overschrijdingen die terug te vorderen zijn, afnemen. Hoe kijkt de minister daartegen aan? Is de minister bereid om met GGZ Nederland harde afspraken te maken over te bereiken besparingen in ruil voor meer ruimte voor ondernemerschap en innovatie?

De ggz is een heel eind op weg om de kwaliteit van behandelingen inzichtelijk te maken. D66 is daar een groot voorstander van, maar er ontbreekt nog een koppeling tussen de prijs en de kwaliteit van zorg, dus tussen de dbc's en de zzp's aan de ene kant en de behandelresultaten aan de andere kant. Er zijn onvoldoende prikkels om de beste zorg voor de laagste prijs in te kopen. Daarom wil mijn fractie dat dit kabinet dit zo snel mogelijk regelt. Binnen welke termijn rondt deze minister de invoering van prestatiebekostiging in de ggz af? En hoe zorgt zij ervoor dat zo weinig mogelijk zorg – maar zoveel zorg als nodig is – straks echt loont? Is hier aandacht voor, bijvoorbeeld bij de landelijke richtlijn schizofrenie? Nog te vaak registreert men in de ggz meer minuten dan de werkelijk geleverde zorg of een extra bijzondere verrichting en is het mogelijk om een duurdere dbc te openen. Dat heet «upcoding». Wat gaat de minister hieraan doen en hoeveel denkt zij hiermee te besparen? Dit kabinet jaagt 170 000 kwetsbare mensen weg uit de hulpverlening. Door keiharde bezuinigingen doen zij straks niet meer actief mee in de samenleving en vermijden zij zorg. Dat gaat niet alleen ten koste van de kwaliteit van hun leven; het kost de samenleving ook veel meer geld. Vorige sprekers hebben daar al aan gerefereerd. Die mensen doen uiteindelijk immers noodgedwongen een beroep op de veel duurdere instellingszorg. Ik denk ook aan alle andere maatschappelijke gevolgen van deze bezuinigingen. De fractie van D66 vindt dit onacceptabel. Als dit kabinet op kosten wil besparen, moet het veel meer werk maken van preventie en zorg in de buurt. In maart heeft de minister toegezegd meer werk te zullen maken van de ACT-teams, die 24 uur per dag 7 dagen per week aan vroegsignalering doen in de wijk en die passende hulp regelen voordat het te laat is.

De voorzitter: U hebt nog een minuut.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat gaat lukken. Welke concrete plannen heeft de minister inmiddels om dat preventieve werk uit te breiden en wat doet zij concreet om psychiatrische ketenzorg van de grond te krijgen? Wat doet zij eraan om zorg die nu uit zowel de Zvw en de AWBZ als de Wmo betaald wordt, in één keten-dbc onder te brengen en te financieren? Ook dat levert heel veel op.

D66 vindt dat dit kabinet de kwaliteit van leven van heel veel kwetsbare mensen op het spel zet. Dat is onverantwoordelijk en helemaal niet nodig. De zorg moet anders worden georganiseerd. Ik vraag de minister om de keiharde bezuinigingen voorlopig uit te stellen en de alternatieven die ik zojuist heb aangedragen, verder uit te werken en voor Prinsjesdag aan de Kamer aan te bieden.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Als we spreken over de zorg, spreken we bijna onmiddellijk over geld. Dat is te begrijpen. In deze kabinetsperiode stijgen de zorguitgaven van 60 mld. naar 75 mld. Er werd zojuist betoogd dat dit kabinet de zorg afbreekt. Dat zou ik niet snel zeggen, want er komt 15 mld. bij. Ook in de volgende kabinetsperiodes zullen de zorguitgaven stijgen, in totaal misschien wel tot 20% van het bbp, welk kabinet er dan ook zit. Het is niet vol te houden om die stijging zo door te laten gaan. In de Voorjaarsnota staat weer een overschrijding. Daar zul je iets aan moeten doen, juist ook om de solidariteit te waarborgen. Als de premies steeds maar stijgen, zullen gezonde mensen zeggen: ik ben bijna nooit ziek; waarom moet ik dan steeds meer blijven betalen? Juist om de solidariteit te handhaven, moet je dus proberen om die kosten beheersbaar te maken.

Ik ga nu specifiek in op de ggz. Er is de afgelopen week al vaker gezegd dat de uitgaven daar in de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld zijn: van 2,5 mld. naar 5,5 mld. Dat is veel geld. Opvallend is ook – dat is ook te lezen in het interdepartementaal beleidsonderzoek van april vorig jaar –

dat er nog wel iets te halen valt in de geestelijke gezondheidszorg. In dat rapport staat dat 30% van de mensen die zich in de eerste lijn laten behandelen, geen diagnose heeft op basis van de zogeheten DSM. Dat is jargon voor het handboek op basis waarvan men in de ggz mensen indiceert. Er staat ook dat 30% van de mensen in de tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn kunnen. Daar is dus iets te halen. Daarom is het goed dat er iets verandert aan de financiële prikkels, die nu voor een deel verkeerd gericht zijn: wel een eigen bijdrage in de eerste lijn, geen eigen bijdrage in de tweede lijn. Dat kan ertoe leiden dat artsen en patiënten wat makkelijker naar de tweede lijn gaan, want daar hoeft je geen eigen bijdrage te betalen. Uit dien hoofde is de eigen bijdrage in de tweede lijn te rechtvaardigen. Wat dat betreft, is de VVD-fractie het eens met de door het kabinet voorgestelde maatregelen, want je moet de kosten in toom houden om de solidariteit te handhaven.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Met interesse heb ik naar het financieel-technische verhaal van de VVD geluisterd, maar het gaat hier om mensen. U zegt dat de zorgkosten zijn gestegen, dat er een perverse prikkel is in de richting van de tweede lijn en dat een eigen bijdrage dit probleem oplost. Er is een groep mensen met een heel ingewikkeld ziektebeeld, met schizofrenie, psychoses; we hebben dat al genoemd.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Die mensen kunnen deze eigen bijdrage niet betalen. Dat betekent dat zij uit de zorg vallen. De heer Mulder vindt dat gerechtvaardigd. Vindt hij het ook gerechtvaardigd dat deze groep mensen nu de dupe wordt? In de Volkskrant zei hij dat de rest van de zorg straks ook een eigen bijdrage gaat betalen. Wanneer dan?

De heer **Mulder** (VVD): Dit was een slimme interruptie met een cocktail van opmerkingen. Om te beginnen zei collega Bouwmeester dat het om mensen gaat en niet om geld. Ik begrijp nooit waarom de PvdA dat soort dingen zegt. Als je veel heil verwacht van een overheid, moet je er ook voor zorgen dat die overheid de financiën op orde heeft en vet op de botten heeft, zodat zij daadwerkelijk kan opkomen voor de zwakkeren. Geld speelt dus wel degelijk een grote rol. Ik begrijp nooit dat socialistische partijen dit wegzetten met «het gaat om mensen». Nee, het gaat om mensen én om geld en die gaan hand in hand. Wat de eigen bijdragen betreft: in vergelijking met andere Europese landen zijn de eigen bijdragen en het eigen risico in Nederland heel laag. In andere landen liggen die twee keer zo hoog. Het is dus niet gek om mensen een eigen bijdrage te laten betalen, want zorg is niet gratis. Soms denken mensen wel eens: ik ben nu geïndiceerd als ziek; nu hoeft ik zelf dus niet te betalen. Zo gaat het niet. Er is een omslag nodig in het denken. Kunnen mensen het dan niet betalen? De minister heeft de maatregel inzake de eigen bijdragen versoepeld, zelfs ten opzichte van het regeerakkoord. Als je € 275 omslaat over twaalf maanden, gaat het om € 25 per maand. Dat zou te dragen moeten zijn. Tot slot zei mevrouw Bouwmeester dat ik heb gezegd dat er de komende jaren meer eigen bijdragen komen. Ja, dat kun je gewoon uittekenen. Dat gebeurt nog niet in deze kabinetsperiode, maar er zijn becijferingen. Wouter Bos trekt ook het land in met de boodschap dat de zorguitgaven gaan stijgen. Een discussie over de eigen bijdragen is dus in elke volgende kabinetsperiode onvermijdelijk. Als de zorguitgaven naar 20% van het bruto binnenlands product gaan, gaan die eigen bijdragen er onvermijdelijk komen. Ik heb geen precieze datum, maar het is onvermijdelijk dat dit gebeurt.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, kort afrondend.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het gaat dus om de volgende kabinetsperiode. In deze kabinetsperiode hebben mensen met een psychische ziekte dus gewoon pech, want de PVV heeft al een keer gezegd: jullie zijn voorwaardelijke mensen; op jullie gaan we dus bezuinigen en op de rest niet. Dat is discriminerend, want pas in de volgende periode komt de rest mogelijksterwijs aan bod. Ik zeg tegen de heer Mulder: u maakt de boel kapot. Als je zorgt dat je investeert in de ggz, is dat gezond.

De **voorzitter**: Nee mevrouw Bouwmeester, ik had een korte reactie gevraagd. Mijnheer Mulder, kort.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit is toch geen debat? Tjonge, jonge. Dan gaat hij in vijf minuten antwoorden.

De heer **Mulder** (VVD): Een paar dingen over die discriminatie. Er werd gezegd dat er onderscheid wordt gemaakt tussen lichamelijke ziekten en geestelijke ziekten: zijn dat nou verschillende ziekten? Er werd zojuist gevraagd naar soldaten met PTSS.

De **voorzitter**: Mijnheer Mulder, ook voor u geldt dat u een korte reactie moet geven op de interruptie van mevrouw Bouwmeester.

De heer **Mulder** (VVD): U mag het van mijn spreektijd afhalen.

De **voorzitter**: Dan laat ik uw spreektijd nu weer verder lopen; dat vind ik prima.

De heer **Mulder** (VVD): Dat is goed. Ook PTSS is dus een aandoening. Wat dat betreft is er dus geen onderscheid. Is iemand met ontzettende kiespijn een aansteller? Nee. Het is opvallend dat niet alles in het pakket zit. De tandarts zit bijvoorbeeld niet in het pakket. Er is niet eens een eigen bijdrage, want de tandzorg is gewoon niet verzekerd. Het ligt dus wat genuanceerder dan dat er onderscheid zou worden gemaakt tussen de ene patiënt en de andere patiënt. Dat geldt ook voor fysiotherapie. Het is dus niet zo zwart-wit dat de ene groep wel en de andere groep niet een eigen bijdrage moet betalen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik kom graag terug op uw opmerking dat er in deze periode geen eigen bijdragen in de rest van de zorg komen. Kunt u uitleggen waarom dat niet gaat gebeuren?

De heer **Mulder** (VVD): Ik zeg niet dat het niet gaat gebeuren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dus het gaat wel gebeuren?

De heer **Mulder** (VVD): Nee, ik zeg niet dat er meer komt dan wat er al is, maar het punt is dat wij elk jaar een voorjaar hebben. Een kenmerk van het voorjaar is dat er ook een Voorjaarsnota komt. De ervaring van de laatste jaren leert dat daar vaak overschrijdingen in staan en dat je die wilt oplossen. Ik zeg dus nooit nooit, maar ik heb niet meer plannen dan de plannen die in het regeerakkoord staan en die er nu liggen. Je weet het bij de zorg echter nooit. Vaak zijn er overschrijdingen en dan moet je iets. Er valt dus helaas niets uit te sluiten.

De **voorzitter**: Een korte reactie van mevrouw Voortman.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De heer Mulder zei vanochtend in de Volkskrant dat de rest vanzelf volgt. Dat betekent dat hij een datum in gedachten heeft. Bedoelt hij dat wij in deze periode inderdaad een eigen bijdrage voor de rest van de zorg gaan invoeren? Dan zou je kunnen

zeggen: laten wij dan bekijken of wij het gelijk kunnen trekken, want hoe langer dit duurt, hoe langer de periode van ongelijkheid. Of zegt hij: nee, dat durven wij gewoon niet, omdat het niet mag van de PVV?

De heer **Mulder** (VVD): Er wordt weer gevraagd om een datum. Een politicus heeft de taak om vooruit te kijken naar wat er de komende jaren op ons afkomt, dus niet alleen in deze periode maar ook na 2030 en 2040. Dan zie je dat de zorguitgaven gaan stijgen. Dan weet je dat het op enig moment – ik weet niet precies op welk moment – wellicht onvermijdelijk is dat er ook eigen bijdragen komen voor andere terreinen. Dat is wat ik zeg, vooruitkijkend, de trend doortrekkend en goed kijkend naar de cijfers van het Centraal Planbureau.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): In deze periode of niet?

De heer **Mulder** (VVD): Ik zeg niet dat het niet gebeurt en ik zeg ook niet dat het wel gebeurt. Ik zeg alleen, kijkend in de toekomst, dat dit op enig moment gaat gebeuren.

De **voorzitter**: De heer Mulder vervolgt zijn betoog en heeft nog twee minuten.

De heer **Mulder** (VVD): Tot slot sluit ik mij aan bij de vragen van mevrouw Wiegman over de alternatieven die zijn aangedragen door een aantal belangenverenigingen. Zij vroeg of de minister daarop kan reageren. Ik voeg daaraan toe dat ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een aantal alternatieven heeft aangedragen. Ik ben benieuwd wat de minister daarvan vindt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Mulder benadrukt dat eigen bijdragen nu eenmaal onvermijdelijk zijn. Wat vindt hij dan zelf van die alternatieven? Heeft hij daar goed naar gekeken en vindt hij die alternatieven eigenlijk niet een veel betere oplossing?

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb over die alternatieven nog geen opvattingen. De maatregelen die de minister naar de Kamer heeft gestuurd, zijn hard; voor mensen maar ook in de zin dat zij het geld daadwerkelijk opleveren. Bij de alternatieven weet ik dat niet. Daar wil ik eerst een oordeel over horen voordat ik mij daarover uitspreek.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra, afrondend.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb zeer veel vraagtekens bij wat de maatregelen van de minister zouden opleveren, ook gelet op alles wat hier is gezegd over de maatschappelijke kosten. Ik verwijs ook naar het rapport van PricewaterhouseCoopers, waarin staat dat de ggz dit absoluut niet kan gaan dragen. Als uitgerekend degene die de verhoging van de eigen bijdrage verdedigt, vraagt of dit een alternatief zou zijn, had ik mij kunnen voorstellen dat de VVD zich daar wat meer in had verdiept.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik reageer allereerst op de opmerking van mevrouw Bouwmeester. Het is gewoon echt niet waar: mevrouw Agema heeft het over «volwaardig» gehad. Een journalist heeft het uit het ongecorrigeerde stenogram gehaald en dat is rechtgezet. Ik neem daar dus echt afstand van. Zij had het over mensen die volwaardig deelnemen aan de samenleving.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester, iedereen heeft maar één interruptie. Ik moet daar echt streng op toezien. Eén zin dan; geen interruptie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Agema heeft dat meerdere malen in de plenaire zaal gezegd. Wij hebben haar daarover bevestigd en zij heeft dat bevestigd. Het is dus heel laf om dit nu te ontkennen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dit wordt welles/nietes; het maakt niet uit. Ik ga verder met mijn eigen inbreng.

Goede geestelijke gezondheidszorg voor wie dat echt nodig heeft, moet betaalbaar en toegankelijk blijven, nu en in de toekomst. Met de aangekondigde maatregelen blijft dat zo, want er komt geen eigen bijdrage voor de dbc's «indirecte tijd» en «crisis» en voor mensen die opgenomen worden volgens de Wet BOPZ. Om dit ook voor de toekomst te waarborgen, zijn echter wel andere ingrepen nodig. De kosten zijn de afgelopen tien jaar verdubbeld, terwijl de mate waarin sprake is van psychische aandoeningen stabiel is gebleven. Als we nu niet ingrijpen, wordt de hele ggz straks onbetaalbaar, ook voor de mensen die de zorg het hardst nodig hebben.

De veldpartijen zijn het erover eens dat er bezuinigd moet worden. Ook de meeste partijen hadden het schrappen van lichte ggz-behandelingen in hun verkiezingsprogramma staan. Het is tevens een feit dat te veel lichte gevallen die eigenlijk in de eerste lijn thuishoren, in de tweede lijn behandeld worden; dan hebben we het over meer dan 25%. Daarnaast kunnen we nog constateren dat er in Nederland veel meer mensen in ggz-instellingen verblijven en dat vier tot vijf keer vaker een beroep gedaan wordt op psychiatrische hulp dan in de rest van Europa. Uit de cijfers blijkt dat bij 60% van de mensen met psychische problemen de klachten vanzelf over gaan. Het is dus zaak om de instroom in de ggz aan banden te leggen. Er moet een rem komen op het voortdurend oprekken van diagnostische definities en de indicatiestelling moet worden aangescherpt. Het schrappen van de behandeling van de aanpassingsstoornissen uit het pakket kan hieraan bijdragen, maar er moet ook bezuinigd worden en net als elders in de zorg moeten de overschrijdingen daar teruggehaald worden waar ze plaatsvinden.

De onrust in de sector is groot, zowel bij de aanbieders als bij patiënten en we hebben diverse alternatieven voorbij zien komen, bijvoorbeeld het aftoppen van de lange dbc-productgroepen tot de voorlaatste productgroep, het aanscherpen van «hulp door derden» of het verlagen van de tarieven voor de gehele ggz. Zo zijn er nog een paar voorstellen. Dat zijn misschien oplossingen voor een gedeelte van de bezuinigingen, maar zij lossen de manco's in het systeem niet op.

Met een eigen bijdrage in de tweede lijn lossen we wel een van die manco's op en halen we de verkeerde prikkel uit het systeem om te snel door te verwijzen naar de tweede lijn. Met de laatste voorstellen heeft de minister de eigen bijdrage, zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn, iets teruggebracht en daar kunnen wij goed mee leven. De bewering dat met de invoering van de eigen bijdrage vooral de mensen met de laagste inkomens de dupe zijn, is niet in overeenstemming met de feiten. Een kwart van de ggz-gebruikers heeft een laag inkomen, een kwart heeft een hoog inkomen en de helft heeft een middeninkomen.

En om de zorgverzekeraars er ook nog maar eens bij te halen: wij hopen dat zij hun rol nu ook eens oppakken en een scherper inkoopbeleid gaan voeren. Wat ons betreft hebben de zorgverzekeraars ook een rol op het punt van onterechte behandeling in de tweede lijn, net zoals we dat ook vragen in de somatiek.

Tot slot het bericht van gisteren van PwC, dat de jaarrekeningen van 48 instellingen heeft geanalyseerd. Ik ben benieuwd naar de reactie van de minister op dit bericht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De afgelopen jaren zijn wij in Nederland steeds meer geld aan de zorg gaan uitgeven. De uitgaven zijn in de afgelopen tien jaar van 36 mld. in 2000 toegenomen tot 62 mld. in

2010. Niet ingrijpen leidt tot een gat in de inkomsten van 3 mld. Ondanks dat geeft het kabinet nog wel 15 mld. aan extra zorg uit, maar de patiënten die van de geestelijke gezondheidszorg gebruikmaken en alle mensen die in de geestelijke gezondheidszorg werken, hebben natuurlijk niets aan deze boodschap. Zij zien zich geconfronteerd met een besluit dat zeer ingrijpend is voor de geestelijke gezondheidszorg en voelen daar persoonlijk de pijn van. Je werkt jaren met hart en ziel voor de cliënten in de geestelijke gezondheidszorg en dan krijg je dit. De cliënt die hard werkt aan zijn herstel, zal zich ook wel een keer achter de oren krabben als hij de rekening van de eigen bijdrage aan de tweedelijnszorg moet betalen. Voor de geestelijke gezondheidszorg als geheel geldt echter dat de uitgaven in tien jaar meer dan verdubbeld zijn. Op dit moment nemen de uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg ook veel sterker toe dan in de andere zorgsectoren. Dit maakt ingrijpen in de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Ook voor komende generaties is het belangrijk dat goede en betaalbare zorg beschikbaar is.

De CDA-fractie heeft echter wel vragen over hoe de minister de maatregelen gaat uitvoeren. De minister stelt voor om een eigen bijdrage voor de tweedelijnszorg in te voeren. De instellingen van GGZ Nederland geven aan dat dit discriminerend is, omdat zorgverleners in de somatische zorg geen eigen bijdrage heffen. Graag een reactie van de minister op dit punt.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mevrouw Bruins Slot vraagt een reactie van de minister, maar ik ben ook benieuwd naar de reactie van de CDA-fractie op dit punt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is een goede vraag van de heer Van der Staaij, want ik kan mij heel goed voorstellen dat mensen die in de geestelijke gezondheidszorg werken of die daar cliënt zijn, denken: waarom de andere zorgtak niet? We moeten tegelijkertijd echter ook kijken naar de specifieke problemen die in de geestelijke gezondheidszorg leven. Wij hebben het al gehad over de enorme overschrijdingen en over het feit dat bijna meer dan 25% van de patiënten in de tweede lijn goed in de eerste lijn behandeld zou kunnen worden. Dat is een stuk goedkoper en daar heb je een impuls voor nodig. Dat is die eigen bijdrage.

De **voorzitter**: Mijnheer Van der Staaij, afrondend.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Betekent dit dat het volgens de CDA-fractie vooral een kwestie is van budgetbewaking? Is dat niet schrijnend voor mensen die het gevoel hebben dat zij moeten gaan betalen omdat hun ziekte misschien als aanstelleritis wordt gezien en andere ziekten wel als «echt», zodat daarbij geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden? Zo voelt het kennelijk voor veel mensen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil heel duidelijk zijn over het feit dat er geen sprake is van aanstelleritis als je een psychologische aandoening hebt en als je geestelijke gezondheidszorg nodig hebt. Het is echt zo dat mensen op een gegeven moment hulp echt ontzettend nodig hebben om ervoor te zorgen dat zij boven water blijven. We hebben voor de toekomst echter ook betaalbare en bestendige zorg nodig, terwijl de uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg verdubbeld zijn en sterker toenemen dan in welke andere zorgtak dan ook. Daarom zijn stevige ingrepen noodzakelijk.

Mevrouw **Leijten** (SP): Je kunt de noodzakelijkheid van de bezuinigingen blijven benoemen, maar het is uiteindelijk een politieke keuze, net zoals het een politieke keuze is om mensen die psychische nood hebben en die zorg nodig hebben, te stigmatiseren met een hoge eigen bijdrage. Mijn vraag is waarom het CDA dat goed vindt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Leijten heeft zojuist niet goed geluisterd, want ik heb net gezegd dat ik dit geen stigmatisering vind. Ik heb ook aangegeven dat ik begrijp dat mensen het wel als zodanig voelen. Dat is een heel belangrijk onderscheid. Nog verbazingwekkender vind ik dat mevrouw Leijten het zorgsysteem van de VS aanhaalt als een beter voorbeeld dat betere zorg levert. Nou ja!

Mevrouw **Leijten** (SP): Als u tegen mij zegt dat ik slecht luister, kaats ik dat direct terug, want dat heb ik niet gezegd en dat heb ik ook nooit beweerd. Sterker nog: het is een duurder systeem met slechtere zorg en een slechtere toegang. Als u naar de VS wilt, zeg ik: dat is uw voorland. Dat was echter niet de vraag die ik wilde stellen. Gisteren was er een ...

De **voorzitter**: Afrondend, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Gisteren deed uw partij-icoon Hannie van Leeuwen een passievolle oproep op de demonstratie waarbij tienduizend mensen hun afschuw uitspraken over de discriminatie en de ongelijkheid van de eigen bijdrage in de ggz. Uw partij-icoon Hannie van Leeuwen vindt dit onrechtvaardig, omdat hiermee de zwaksten in de samenleving worden gepakt. Zegt u dat zij ongelijk heeft?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mevrouw Leijten, ik heb buitengewoon veel respect voor mevrouw Van Leeuwen. Daarom is het goed dat de minister heeft besloten om de eigen bijdrage in de tweedelijnszorg te verlagen. Als u straks even luistert naar de rest van mijn bijdrage, zult u ook horen dat ik daar nog een vraag over heb. Precies zoals u zegt – en daar gaat het ook om – betekent meer geld uitgeven aan zorg, zoals in de VS, niet altijd dat de zorg beter is. Deze minister zet nu stappen om te proberen om de kosten van de zorg te beteugelen en om desondanks goede zorg te behouden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het zou netjes zijn als u antwoord zou geven op mijn vraag.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, mevrouw Bruins Slot vervolgt haar betoog.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister heeft de eigen bijdrage wel verlaagd naar € 275. Dat is een goede stap. Kan de minister aangeven of met het schrappen van de dbc «kortdurend» alleen de lichte gevallen worden getroffen? Een deel van de cliënten in de geestelijke gezondheidszorg leeft van de bijstand of van een bedrag net daarboven. Dan is € 275 nog steeds een fors bedrag. Ik denk dan aan een moeder met twee kinderen in een schuldsaneringstraject, die € 60 per maand heeft voor de boodschappen. Voor haar zal het onmogelijk zijn om zo'n bedrag te betalen. De instellingen hebben het ook over het risico van zorgmijding, met alle maatschappelijke en financiële gevolgen van dien. Welke mogelijkheden ziet de minister voor deze kwetsbare groepen? Is bij het invoeren van de eigen bijdrage het openen en het sluiten van de dbc het uitgangspunt? Het voelt vreemd als bij de behandeling op grond van één dbc na verloop van een jaar nog een keer een eigen bijdrage moet worden betaald. Voor het CDA is het hierbij echt een hard punt dat jongeren onder de 18 jaar geen eigen bijdrage voor de tweedelijnszorg betalen. Graag een reactie van de minister op dit punt. De minister geeft ook aan dat er geen eigen bijdrage geldt voor de BOPZ. Dat is belangrijk, omdat het niet kan dat mensen die een gevaar zijn voor zichzelf of anderen, op straat blijven lopen. De wetsvoorstellen Zorg en dwang en Verplichte geestelijke gezondheidszorg vervangen straks de

gehele BOPZ. Geldt het niet innen van de eigen bijdrage ook voor opnamen onder deze nieuwe wetten?

Draagvlak is belangrijk voor een goede uitvoering. De minister geeft in de brief aan dat zij ernaar streeft om in het najaar van 2011 een bestuurlijk akkoord te sluiten met de sector. Er bereiken mij veel geluiden uit de sector dat men er met geen haar op het hoofd toe bereid is om een akkoord over deze maatregelen te sluiten. Welke actie gaat de minister ondernemen om de partijen toch aan tafel te krijgen?

Het is voor de Nederlandse Zorgautoriteit een lastige opgave om tijdig de budgettering voor nog niet gebudgetteerde instellingen en vrije beroeps-beoefenaren rond te krijgen. Redt de NZa het om per 1 januari 2012 deze klus geklaard te hebben?

Een andere vraag is hoe de minister de effecten van deze maatregelen gaat monitoren. Zij voert deze maatregelen uit om de kosten in de geestelijke gezondheidszorg te beteugelen. De vraag is echter of de minister ook alle oorzaken van de overschrijdingen aanpakt. Zij stelt onder meer dat verzekeraars onvoldoende inzicht hebben in de zorgzwaarte en dat er sprake is van beperkte kwaliteitsinformatie over de geleverde zorg. Wat gaat de minister doen om de onderliggende problematiek op te lossen?

De **voorzitter**: Nog een minuut.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister geeft aan dat zij de eerste-lijnszorg wil vergroten. Ambulantisering en een overgang naar de eerstelijnszorg vindt de CDA-fractie een prima idee, maar hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het aantal bedden in instellingen dan ook vermindert? Een instelling in de eerste lijn heeft een beperkte ruimte voor groei, nu zij een taakstellend budget krijgt. Hoe gaat de minister de groei in de eerstelijnszorg stimuleren als de eerstelijnszorg en de tweede-lijnszorg een taakstellend budget hebben?

Hoe wil de minister gaan stimuleren dat de praktijkondersteuning huisartsen geestelijke gezondheidszorg nu echt goed van de grond komt? Misschien kan de minister ook nog kort ingaan op de problematiek van hulp door derden.

De **voorzitter**: Dat laatste was niet te verstaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Hulp door derden. Dat is de problematiek dat dure dbc's worden uitgevoerd door laaggekwalificeerden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik denk dat veel vragen van de CDA-fractie vragen naar de bekende weg zijn, want ik zag veel terug in de aanvullende brief van het kabinet. Ik vond enkele vragen waarmee mevrouw Bruins Slot haar betoog afrondde, echter wel interessant, met name over de aandacht voor preventie. Staat zij open voor de alternatieven waarmee juist worden gezegd: kies niet dat spoor van het kabinet, met zulke rigoureuze bezuinigingen en botweg snijden, maar voor de weg van echte hervorming en innovatie, met ruimte voor ondernemerschap. Dan boek je op een andere manier bezuinigingen in en weet je resultaat te behalen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat deel van mijn betoog ging om het feit dat je ook moet proberen om een aantal oorzaken weg te nemen. Daarom heb ik een aantal problemen aangehaald. Dat is niet zozeer omdat ik denk dat de aanpak van die problemen ook geld oplevert en een dekking is voor de maatregelen die de minister nu inboekt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Van alle kanten zijn verhalen naar voren gekomen over wat er gaat gebeuren als

deze bezuinigingen doorgaan. Wij zijn nu al bezig met de weg van preventie: voorkom verergering van problemen. Alle organisaties tonen aan dat deze bezuinigingen die negatieve prikkel versterken en een negatief effect hebben. Eigenlijk weet mevrouw Bruins Slot dus al heel veel dingen. Wij wachten de antwoorden af, maar durft mevrouw Bruins Slot heel rigoureuus die andere weg te kiezen, die weg van echte hervorming, innovatie en preventie in plaats van het doorvoeren van deze botte bezuinigingen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Deze maatregelen zijn allereerst nodig om ervoor te zorgen dat er überhaupt nog ruimte blijft voor een goede geestelijke gezondheidszorg. Een goed punt in de brief is dat de minister wel meer geld uittrekt voor e-mental health.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Dit kabinet wil 600 mln. bezuinigen op de ggz. Met slechts 10% van de totale omzet in de zorg moet de ggz nu opdraaien voor 35% van de overschrijding van VWS. Dat is een onevenredig hoge bezuiniging. De bezuinigingen doen daarmee ook afbreuk aan het gelijkheidsbeginsel en het recht op zorg; diverse andere fracties hebben hier al aandacht voor gevraagd. De minister gaf in de persconferentie over deze plannen aan dat mensen problemen «maar in eigen kring moeten uitvogelen, zodat de mensen die echt ziek zijn in aanmerking komen voor verzekerde zorg». Dat is een klap in het gezicht van ggz-patiënten. Dit kabinet blijkt hen weg te zetten als aanstellers, zoals de heer Van der Staaij zojuist al aangaf. En dat terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie mensen met psychische problemen en/of een verstandelijke beperking juist aanwijst als de kwetsbaarste groepen in de samenleving. De minister bagatelliseert dit en praat mensen eigenlijk een «eigen schuld»-gevoel aan, alsof je er iets aan kunt doen, alsof je een kankerpatiënt adviseert om maar wat gezonder te eten. Juist deze kwetsbare mensen worden door de verschillende bezuinigingsmaatregelen van dit kabinet extra hard getroffen. Anderstalige mensen met een vlucht- en oorlogsachtergrond moeten bijvoorbeeld niet alleen een eigen bijdrage betalen voor psychische hulp; ook hun tolk wordt niet meer vergoed. Voor deze groepen wordt de drempel dus dubbel verhoogd. In de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang verblijven mensen met ernstige psychiatrische problemen, verslavingen of ernstige trauma's door huiselijk geweld. Door nauwe samenwerking met de ggz wordt deze zorgmijdende groepen een kans op een beter bestaan gegeven. Een eigen bijdrage kunnen zij vaak niet betalen. Deze kwetsbare mensen, die vaak al moeilijk te behandelen zijn, zullen de zorg gaan mijden. Dat leidt weer tot economische kosten, zoals werkverzuim en maatschappelijk problematisch gedrag, zoals ernstige overlast. GroenLinks verwacht daarom dat de bezuinigingen van Schippers, als het al bezuinigingen zullen zijn, rechtstreeks op het bordje van de ministers Opstelten en Kamp en misschien ook Van Bijsterveldt zullen komen. De minister stond gisteren op het Malieveld. Ik wil trouwens wel zeggen dat ik er echt veel respect voor heb dat zij daar stond. Dat geldt ook voor de coalitiepartijen en de PVV. Dat was echt goed en het was vast niet gemakkelijk. Er werd daar aan de minister gevraagd of zij instaat voor de consequenties en of zij de verantwoordelijkheid daarvoor op zich neemt. Die vraag heeft de minister in haar toespraak niet beantwoord. Ik vraag de minister daarom nu – en voor zover dit in de portefeuille van de staatssecretaris valt, ook aan haar – of zij de consequenties willen dragen met betrekking tot schooluitval, werkloosheid, oplopende zorgkosten, overlast en alle andere problemen die ook al door andere fracties zijn aangedragen. Zijn de bewindslieden bereid om de consequenties hiervan te dragen? Dat wil ik klip-en-klaar horen. Daarnaast vraag ik aandacht voor kinderen, een groep die tot nu toe niet veel aandacht heeft gekregen in de discussie over de ggz-bezuinigingen.

Op jonge leeftijd is ggz van cruciaal belang. Als je dat moet missen, kan dat voor de rest van je leven tot schade leiden. Ik kan mij niet voorstellen dat het kabinet dat echt wil. Is het kabinet bereid om in ieder geval kinderen tot 18 jaar te vrijwaren? Ik hoorde zojuist iemand zeggen dat zij al gevrijwaard zijn. De CDA-fractie vroeg hier echter wel naar; dat suggereert dat dit nog niet zo is. Ik wil hier graag duidelijkheid over hebben: kinderen tot 18 jaar moeten per definitie gevrijwaard zijn. Dat betekent natuurlijk niet dat ik de rest van de bezuinigingen allemaal prima vind, maar dit moet sowieso geregeld zijn.

Een tweede punt met betrekking tot kinderen: ik vraag aandacht voor kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen. Het gaat dan om preventieve geestelijke gezondheidszorg. Daarvoor zijn de gemeenten verantwoordelijk. Er zijn signalen dat de zogenaamde KOPP/KVO-interventies door gemeenten niet overal goed verlopen. Eind juni zou onderzoek naar de knelpunten van deze interventies gepresenteerd worden, maar de resultaten zijn ons nog niet bekend.

De **voorzitter**: Nog een minuut.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Kan de staatssecretaris of de minister ons laten weten wanneer de uitkomsten van dit onderzoek bekend zijn? Dan de vraag hoe er dan wel bezuinigd moet worden. Verschillende fracties hebben al alternatieven aangedragen. Ook de ggz-sector is bereid om keiharde afspraken te maken. Als ik minister was, zou ik zeggen: o, willen jullie hierover afspraken maken? Dan zou ik zeggen: morgen om 08.00 uur heb ik als minister mijn knappe koppen bij mij zitten – die zitten hier nu ook, maar zij zijn vast bereid om er ook dan te zijn – en nemen jullie dan maar jullie knappe koppen mee; dan gaan wij hier deals en harde afspraken over maken; als de doelen dan niet gehaald worden, komen de kosten alsnog terug, maar laten wij dit nou eens proberen.

De **voorzitter**: Uw laatste zin.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Is de minister daar alsnog toe bereid? Een dergelijke aanpak kan op meer draagvlak rekenen en zou ook een socialere uitwerking hebben.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Hoe kunnen wij een goede geestelijke gezondheidszorg op peil houden en verder versterken en hoe kunnen wij de stijgende kosten in de hand houden? Wat de SGP betreft, draait het in dit debat om die vragen. Bezuinigingen zijn nodig. Het gaat wat ons betreft dus niet om de vraag of er bezuinigd moet worden maar hoe er bezuinigd moet worden. Wij zijn er voorstander van om dit zo slim mogelijk te doen. Concreet betekent dit dat wij er sterk op zullen letten of zorgmijding wordt voorkomen, want anders ben je op de lange termijn misschien wel meer geld kwijt. Een tweede punt is of wij de beweging van de tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn verder op gang brengen. Een volgend aandachtspunt is dat instellingen die goed gedrag vertonen, daar daadwerkelijk voor worden beloond. Zo zijn nog wel meer punten te noemen, maar dit zijn voor ons belangrijke criteria voor de beoordeling van de plannen en voor het stellen van kritische vragen in dit debat. Onze insteek in dit debat is immers: kan het op een aantal punten niet slimmer? Is het niet te veel «dit doen we niet meer» in plaats van «dit doen we anders en innovatiever»?

Ik vraag de minister allereerst waardoor de overschrijding van 255 mln. is veroorzaakt en wat de achterliggende oorzaken zijn. Klopt het dat overschrijdingen voor het overgrote deel plaatsvinden bij vrijgevestigden en nieuwe toetreders, die niet gebonden zijn aan contractuele afspraken met de verzekeraar? En is de generieke korting in dat geval geen straf op

goed gedrag voor instellingen die wel onder contractuele afspraken vallen? Zij hebben immers weinig invloed op de overschrijdingen gehad, aangezien zij door de verzekeraars minder uitbetaald krijgen als zij hun productieafspraken niet nakomen en niet betaald worden voor het wegwerken van bestaande wachtlijsten met eigen middelen. We hebben een brief gezien van een instelling, waarin staat dat het budget de afgelopen vier jaar niet is toegenomen, zelfs niet met prijscompensatie, maar dat wel ieder jaar meer cliënten zijn geholpen. Er is dus een goede beweging geweest, maar die wordt niet beloond. Kan dat niet meer worden ingebracht in de systematiek?

Gelet op de impact op de geestelijke gezondheidszorg, hechten wij eraan dat alle alternatieve mogelijkheden onderzocht zijn om beoogde besparingen te realiseren. Waren er echt geen andere opties? Is het mogelijk om als alternatief bezuinigingsvoorstel akkoord te gaan met een bindende meerjarenafspraak voor alle ggz-instellingen? We hebben begrepen dat de ggz-instellingen hiervoor al een voorstel hebben ingediend dat gemiddeld meer dan 600 mln. per jaar zou opleveren via ambulantisering, e-health en preventie. Wat is de reactie van de minister daarop? Wij vinden het cruciaal dat vrijgevestigden en nieuwe toetreders onder hetzelfde budgetteringsregime gaan vallen.

De SGP-fractie vraagt zich verder af of het voor mensen met een ernstige psychische problematiek niet nadelig uitpakt als zij geconfronteerd worden met een eigen bijdrage in de tweede lijn. Leidt dat niet tot zorgmijding van mensen die in die lagere inkomenscategorie zitten maar met een forse problematiek kampen, bijvoorbeeld verslaving? Dan zou het gevolg zijn dat je op termijn uiteindelijk meer kosten krijgt, ook al bespaar je op de korte termijn misschien een hoop.

De SGP is niet tegen het introduceren van remgelden, eigen bijdragen, maar loopt wel op tegen het onderscheid dat nu gemaakt wordt tussen de behandeling in de tweedelijns ggz en andere vormen van curatieve zorg, de somatische zorg. Wat is het verschil tussen iemand met een manisch-depressieve stoornis en iemand met MS? Waarom is er dan dat verschil in eigen bijdragen? Zou het dan niet verstandiger zijn om voor de gehele curatieve zorg eigen bijdragen te introduceren? Die kunnen dan, vanwege de grotere doelgroep, lager zijn maar wel met het gewenste remmende effect op het totaal.

De **voorzitter**: U hebt nog een halve minuut.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Dat is niet veel. Nog los van de inhoudelijke argumenten pakt ook de psychologie van het verschil in die eigen bijdragen beroerd uit.

In die halve minuut pak ik er nog het punt uit van het uit het pakket verdwijnen van de kortdurende dbc's. Dat kan heel goed. Kort gezegd: «licht kan kort» is niet hetzelfde als «kort is licht», maar het vergt misschien iets meer dan een halve minuut om dit toe te lichten. «Licht kan kort» zal over het algemeen opgaan, zodat een lichte problematiek kortdurend kan worden behandeld, maar alles wat kort gebeurt, hoeft niet per se licht te zijn. Er kunnen ook juist zwaardere chronische cliënten zijn die bijvoorbeeld wel te maken hebben met slechts een beperkt aantal medicatiecontacten met psychiaters. Kan die maatregel daarom niet toch nog tegen het licht worden gehouden in plaats van bijvoorbeeld het aftoppen van behandelingen met een lange duur?

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD): Voorzitter. Mijn excuus voor het feit dat ik later binnenkwam. Iedereen weet dat er veel debatten tegelijkertijd worden gevoerd. Voor een fractie met slechts twee zetels is het niet altijd mogelijk om overal aanwezig te zijn. Ik zal dit debat straks ook weer moeten verlaten. Om die reden zal ik mij qua spreektijd bescheiden opstellen, in de hoop straks wat meer ruimte te laten voor interrupties van

collega's. Ik wilde hier wel heel graag bij zijn, want de tranen springen je in de ogen als je kijkt naar de hardvochtigheid waarmee dit kabinet de gemakkelijkste prooiën kiest voor zijn bezuinigingsoperaties. We zijn er echt compleet van ondersteboven dat nu ook de geestelijke gezondheidszorg keihard wordt aangepakt. Ik kan daar geen andere verklaring voor vinden dan dat dit kabinet het wel makkelijk vindt om een soort «eigen schuld, dikke bult»-sentiment te vertalen in harde maatregelen die juist de allerkwetsbaarsten in onze samenleving treffen. Ik weet dat de oppositie in dat opzicht zeer kritische vragen heeft gesteld. De minister en de staatssecretaris mogen de inbreng van de Partij voor de Dieren ook tot de meest kritische inbrengen rekenen. Ik doe een dringend beroep op het kabinet om vooral te luisteren naar de zorgvuldige en gefundeerde kritiek en om de oren te openen voor de alternatieven die mogelijk zijn. Natuurlijk moet er bezuinigd worden, maar ik voer vanmiddag in de plenaire zaal een debat over de Hedwigepolder. Als een paar boeren protesteren, kunnen er biljoenen over tafel. Dat is niet te verkopen, zeker als het gaat om mensen die zelf niet kunnen komen protesteren en die geen georganiseerde lobby, zoals de LTO, hebben. Ik wil hier duidelijk maken dat ik dat echt onverteerbaar vind. Zoals gezegd: ik moet helaas weer naar een ander debat, maar ik laat dit graag over aan de rest van de oppositie. Mevrouw Leijten heeft al beloofd dat haar inbreng mede namens ons zal zijn. Ik heb er alle vertrouwen in dat zij dat met grote zorg zal doen. Hartelijk dank.

De **voorzitter**: Ik verzoek de minister en de staatssecretaris om vooraf aan te geven hoe de verdeling van de beantwoording zal zijn, zodat wij als Kamer weten hoe de interrupties moeten worden gepleegd. De Kamer is strak gehouden. Ik verzoek de bewindslieden ook vriendelijk om hun inleidingen te bekorten en alleen in te gaan op de vragen van de Kamer. Ik spreek met de Kamerleden af dat elk Kamerlid per bewindspersoon vooralsnog maximaal een keer mag interrumperen. Als wij meer tijd hebben, kunnen wij dat uitbreiden. Ik denk dat de minister ons aan het begin zal vertellen hoe de indeling is en ik herhaal mijn verzoek om de inleidingen kort te houden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik kan mij best voorstellen dat niet iedereen een interruptie heeft bij beide bewindspersonen. Zou je ook gewoon zelf mogen kiezen hoe je je twee interrupties verdeelt?

De **voorzitter**: Ja, dat is prima.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De staatssecretaris zal ingaan op twee vragen, maar ik ben even kwijt welke dat zijn.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Dat is een vraag van mevrouw Leijten en een vraag van mevrouw Voortman.

Minister **Schippers**: Voor de rest zal ik dus in eerste instantie de vragen beantwoorden.

Ik verzet mij tegen het beeld dat de ggz door dit kabinet niet serieus wordt genomen en dat dit kabinet de ggz hardvochtig afbreekt. De ggz groeit in deze kabinetsperiode. Dat past niet bij het beeld van afbraak. Ondanks alle maatregelen nemen in deze kabinetsperiode de uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg toe. Er gaan in deze kabinetsperiode dus miljoenen extra naar de geestelijke gezondheidszorg, bovenop wat daar nu naartoe gaat. Ik verzet mij dan ook tegen het beeld dat de geestelijke gezondheidszorg een ondergeschoven kindje zou zijn. Het gaat om matigen van de groei. Dat is nodig, zoals enkele woordvoerders al hebben aangegeven. In nog geen negen jaar zijn de uitgaven meer dan verdubbeld. We zien dat jaarlijks 10% meer mensen een beroep doet op de geestelijke gezond-

heidszorg. Wij zullen dus moeten bekijken hoe wij die uitgaven beheerst kunnen laten groeien – het gaat dus niet om krimpen, maar om beheerst laten groeien – en tegelijkertijd de geestelijke gezondheidszorg verbeteren.

Het gaat dus om remmen van de groei. Wij doen dat via drie wegen, ten eerste via de aanbieders. Wij vragen hun inderdaad om de broekriem aan te trekken. Een aantal woordvoerders heeft gevraagd om een reactie op het rapport van PricewaterhouseCoopers. Ik weet niet hoeveel woordvoerders dat rapport hebben gelezen, maar wij hebben het nagevraagd bij PricewaterhouseCoopers en dat rapport komt aan het eind van deze zomer. Het persbericht is dus «het rapport». Ik moet zeggen dat ik daar problemen mee heb. Als je op de radio en in de andere media zulke woorden gebruikt, moet je mij op zijn minst de gelegenheid geven om daar een reactie op te geven. Dat betekent dat ik moet kunnen inzien wat PwC beweert. Dat kan ik niet. Ik moet het doen met een persbericht. Maar goed, ook bij de big four is het waarschijnlijk crisistijd. De eerste weg is dus dat wij de aanbieders vragen om de broekriem aan te trekken. Ten tweede nemen wij een pakket maatregelen. Dat betreft de aanpassingsstoornissen. Daar ging mijn opmerking over tijdens de persconferentie. Ik weet dat het dan koren op de molen is om dat op de hele ggz te laten slaan. Ik heb ook heel vaak in de kranten gelezen dat ik de hele ggz maar een soort welvaartsaandoening vind waar je bij de buurvrouw, op de koffie, uit kunt komen. Integendeel, het ging mij om de aanpassingsstoornissen. Dat heb ik daar ook aangegeven, omdat ik die eruit ga halen; daar moest ik dus ook een motivatie voor geven. Het gaat mij niet om schizofrenie of om andere ziektes die wij allemaal kunnen zien als wij op werkbezoeken in de geestelijke gezondheidszorg praten met patiënten en met behandelaren. Ik haal dus alleen de aanpassingsstoornissen uit het pakket.

Vervolgens zijn er de eigen betalingen. Ten opzichte van het regeer- en gedoogakkoord zijn die inderdaad gematigd, want daarin stond een veel hoger bedrag dat je per dbc zou moeten betalen. Ik heb dat zodanig veranderd dat je één keer een eigen betaling hebt van € 275.

Het is niet zo dat er helemaal geen eigen betalingen zijn. Er werd mij gevraagd waarom er onderscheid wordt gemaakt: wel hier maar niet in de somatische zorg. Er is echter al een eigen betaling in de ggz, namelijk in de eerste lijn. Die was er al onder het vorige kabinet: toen was er al een eigen betaling in de eerste lijn van de ggz en niet in de somatische zorg. Je kunt zien dat door die eigen betaling in de eerste lijn te veel mensen in de tweede lijn die eerste lijn overslaan, omdat je daar wel een eigen betaling hebt en in de tweede lijn niet. Dat hebben wij dus gelijk willen trekken. Is dat stigmatiserend? Nee, ik denk dat je zorg niet in blokken moet bekijken. Er is al aangegeven dat tandheelkunde heel serieuze zorg is. Als je op dat punt last hebt, is dat een grote, niet te verwaarlozen problematiek. Toch is de eigen betaling voor tandheelkunde 100%. Die vorm van zorg zit namelijk niet in het pakket. Voor fysiotherapie en straks voor diëtzorg geldt exact hetzelfde. Het is dus niet zo dat wij één soort zorg hebben. We hebben verschillende soorten zorg; sommige soorten zitten in het basispakket en je kunt natuurlijk kiezen voor aanvullende verzekeringen. Voor de onderdelen van de ggz is dat niet zo: bovenop de nog geen € 25 die dit een patiënt per maand kost, dragen wij de lasten van de ggz collectief. Dat is ook terecht, want als je een ernstige ziekte hebt, is het goed dat de rekening boven een bepaald bedrag collectief wordt opgepakt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Van de betalingen in de eerste lijn en de eigen bijdrage die er was in de tweede lijn, hebben wij altijd gehakt gemaakt, omdat wij de rekening niet aan de patiënt willen geven. Ik zou de minister echter willen vragen hoe zij reageert op de opmerking van de huisartsenvereniging, de Orde van Medisch Specialisten en vele anderen dat dit

discriminatie is van mensen die ziek zijn in hun hoofd en die niet iets hebben aan hun lichaam en dus geen somatische aandoening hebben. Vindt zij dit juist of werpt zij dit van zich en waarom dan?

Minister **Schippers**: Dat heb ik juist geprobeerd toe te lichten. Ten aanzien van verschillende vormen van zorg hebben wij in Nederland al heel lang verschillende maatregelen die ook genomen worden op basis van ontwikkelingen in die zorg. Er is één uitzondering en die geldt ook hier: onder de 18 jaar geen eigen betalingen. Ook in de geestelijke gezondheidszorg onder de 18 jaar zijn er dus geen eigen betalingen. Ook de tandheelkunde onder de 18 zit in het pakket. Die uitzondering is dus breed en geldt ook in de geestelijke gezondheidszorg, maar verder heb je in verschillende vormen van zorg altijd verschillende regimes gehad. Verscheidene woordvoerders zeggen dat het erop lijkt dat er iets heel nieuws gebeurt, maar dat is dus niet zo. Daar ging mijn opmerking over; die opmerking was niet tot u gericht, want ik weet dat u altijd erg tegen eigen betalingen bent. Voordat ik deze maatregel nam, was er echter al een eigen betaling in de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn.

De **voorzitter**: Afrondend, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat er al dan niet in het pakket zit, is ook een politieke keuze. Hier gaat het echter om zowel via de Zorgverzekeringswet als via de AWBZ verzekerde zorg waarbij je voor de psychiatrie, voor mensen die geestesziek zijn, een heel forse eigen bijdrage vraagt. Mijn vraag was of de minister dit niet discriminerend vindt. Is de minister bereid om deze maatregel te toetsen aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens? Ik steun immers iedereen die zegt dat dit discriminerend is.

Minister **Schippers**: Ik vind het ook niet discriminerend dat iemand die naar de tandarts moet, een eigen bijdrage heeft van 100%. Hij moet namelijk alle kosten zelf betalen. We hebben heel lang gehad dat je een vergoeding betaalde voor langdurige zorg, voor de vervangingskosten. Je eet dan immers in een instelling in plaats van thuis. Zulke verschillen bestaan op bepaalde momenten altijd in allerlei vormen van zorg. Is het discriminerend dat je eigen betalingen hebt in de langdurige zorg? Ik vind van niet. Daar zijn andere afwegingen gemaakt op basis van de specifieke kenmerken van die zorg. Dat geldt hier ook.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Zoals u inmiddels weet, ben ik dol op cijfers, vooral op de cijfers van dit kabinet, omdat je daar altijd heel veel in kunt vinden. De minister zegt dat de kosten van de ggz tussen 2000 en 2009 met 100% zijn gestegen. Dat klopt, maar ook in andere sectoren zijn de kosten flink gestegen: bij de ziekenhuizen met 96%, bij de paramedische praktijken met 98%, bij de tandartsen met 109%. Waarom pakt de minister dan specifiek deze sector? Een jaar of zeven geleden werd er juist geconcludeerd dat de ggz achterbleef bij andere sectoren en dat er dus juist meer geïnvesteerd moest worden in de ggz. Dat is een bewuste keuze geweest. Nu zitten wij, zoals blijkt uit de cijfers, op een niveau waarop dat ongeveer gelijk is. De eerste vraag is dus: waarom wordt de ene sector hier wel op aangevallen en waarom worden de andere sectoren hier niet op aangevallen? De tweede vraag is: dit is toch juist een bewuste keuze geweest?

Minister **Schippers**: Ook de overschrijdingen bij de ziekenhuiszorg halen wij terug. Ook daarbij gaat het om honderden miljoenen en dat gaat ook niet zonder pijn. U zult de komende tijd merken dat ziekenhuizen u vaak zullen schrijven dat zij het niet redden omdat zij de overschrijdingen terug moeten betalen. Wij vinden dat het niet goed gaat met die ziekenhuiszorg.

Dat is de reden waarom ik per 2012 prestatiebekostiging invoer voor de gehele ziekenhuiszorg en waarom wij het B-segment uitbreiden en allerlei maatregelen nemen op het punt van de ziekenhuiszorg. De maatregelen ten aanzien van de ggz staan dus niet helemaal op zichzelf. Nee, het gaat om allerlei sectoren. Ik denk trouwens dat dit nog maar het begin is, want er zal bij de geestelijke gezondheidszorg een grote omslag gemaakt moeten worden die ik samen met de sector hoop te kunnen maken. Daar kom ik straks in mijn antwoorden op terug. Ik weet dat de sector heel graag beloond wil worden naar prestatie. Dat betekent dat de sector over wil naar prestatiebekostiging. Dat is ook het voornemen, zodra dat ook maar enigszins mogelijk is. Wij staan hierbij dus pas aan het begin van de maatregelen die nodig zijn. Ik zit hier nog geen jaar; er is dus nog veel te doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag of het geen bewuste keuze is geweest om de ggz juist te laten groeien. Wat de ziekenhuizen betreft: daar heeft de minister een convenant mee gesloten. Waarom is zij er niet toe bereid om eenzelfde convenant met keiharde afspraken te maken met de ggz-sector?

Minister **Schippers**: Daar ben ik ontzettend toe bereid. Als dat komend jaar zou lukken, zou ik daar veel voor over hebben, maar u kunt van mij niet verwachten dat ik met iedereen tegelijk dit soort zware trajecten kan doen. Ik ben daar begonnen waar de nood erg hoog was, namelijk de ziekenhuiszorg. Op dat punt zijn wij een traject ingegaan. Wat mij betreft, wil ik nog twee trajecten heel graag ingaan: met de ggz en met de eerstelijnszorg.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister zegt dat het in de tweede lijn gaat om een eigen bijdrage van € 25. Er zijn in dit land mensen die heel ziek zijn. Ik vond het verschrikkelijk om die gisteren op het Malieveld te horen roepen. Een man zei: «Ik heb schizofrenie; help mij, want ik kan het niet betalen!» Die mijnheer gaat niet € 25 betalen. Hij betaalt € 275 als eigen bijdrage. Voor de geneeskundige ggz kan het nog € 150 zijn en er geldt een eigen risico van € 175. Dat is dus al € 600 en je leeft op het minimumniveau. Dan kun je geen kant op. Dit kabinet zegt dan: we gaan de kosten bij de patiënt weghalen, niet in het ziekenhuis maar wel in de ggz. Is de minister bereid om te bekijken welke groep mensen langdurig van de ggz gebruikmaken, kwetsbaar zijn en door deze maatregel ver onder het minimum zakken? Is zij bereid om deze maatregel terug te draaien voor deze mensen?

Minister **Schippers**: Het is niet zo dat wij alleen naar de patiënten hebben gekeken. Zoals u hebt gezien, wordt ook de aanbieder fors aangesproken om deze groei af te remmen. Bij de inkomensopbouw van mensen die gebruikmaken van de ggz, heeft iets meer dan een vierde een laag inkomen. Iets minder dan de helft heeft een middeninkomen en 25% heeft een hoger inkomen. Ik zal zeker monitoren wat dit betekent voor de lage inkomens. Als je een dergelijke beleidsmaatregel neemt, vind ik sowieso dat je strak moet monitoren. Dat zullen wij dus doen. Wij zullen speciaal aandacht besteden aan deze groep: gaat het goed en hoe pakt het uit? Dat kan ik in ieder geval toezeggen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Monitoren achteraf is fantastisch, maar de ggz heeft de cijfers over de mensen die geen geld hebben, geen kant op kunnen en echt onder het minimum zakken. De schizofrenie valt niet uit hun hoofd als je op hen bezuinigt. Wilt u vooraf bekijken welke mensen dit zijn? De cijfers zijn immers bekend. En wilt u deze mensen, die geen kant op kunnen, alstublieft uitzonderen?

Minister **Schippers**: Dit heb ik eigenlijk al eerder met de Kamer gewisseld: hoe zou het zijn als je eigen betalingen afhankelijk maakt van het inkomen? Dat is iets wat D66 altijd erg voorstaat. Dat is heel lastig, want dit betekent dat mensen hun inkomen moeten opgeven. Aan wie? Aan hun zorginstelling? Aan hun zorgverzekeraar? Hoe zit het met privacy en de enorme administratieve lasten die een dergelijk systeem met zich meebrengt? Al met al is dit voor mij, ook uit privacyoverwegingen ten behoeve van de patiënt, een systeem dat je niet moet willen. Voordat het Prinsjesdag is, moet het kabinet wel bekijken hoe de verschillende maatregelen voor de verschillende groepen uitpakken. Het is ook traditie dat wij dat doen. Dan pak je ook alles bij elkaar: waar zitten de plussen en waar zitten de minnen? Dat is een overallbeeld van het beleid en daar loopt ook dit in mee.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Die toezegging van een convenant noteer ik en daar ben ik blij mee. Als de minister daartoe bereid is, is zij dan ook bereid om nu niet zulke forse maatregelen op de patiënt af te wentelen? Dat is volgens mij het cruciale verschil met de kortingen die op de ziekenhuizen hebben plaatsgevonden: daar heeft de patiënt niet heel direct last van gehad. De belofte om dit goed te monitoren, moet wel waargemaakt kunnen worden. Daar heb ik grote twijfels over: hoe gaat dat gebeuren? Gaat de minister elke dag rondjes fietsen om te bekijken hoeveel gordijnen er die dag meer gesloten blijven en hoeveel mensen er die dag meer op straat zijn gekomen? Hoe wil de minister dat gaan doen om eventueel een zachte landing te kunnen realiseren?

Minister **Schippers**: Daarvoor huur je mensen in die dit prima kunnen onderzoeken, die daar goed in zijn en die dat ook op andere terreinen doen. Daar maak ik mij dus niet veel zorgen over. Het punt is dat er in de ggz al een eigen bijdrage is in de eerste lijn. Uit onderzoek en uit de vele gesprekken die ik heb gehad, blijkt dat erkend wordt dat een behoorlijke groep mensen onterecht in de tweede lijn zit. Ook internationaal gezien zit er in Nederland een behoorlijk grote groep in de tweede lijn die in andere landen niet in de tweede lijn wordt behandeld. Dat is een vorm van zorg die te duur en te lang is. Daar moet je dus maatregelen voor nemen: de eerste lijn moet niet worden overgeslagen, de zorg moet juist in de buurt worden getrokken en er moet geen zwaardere zorg worden gegeven dan nodig. Daar is die eigen bijdrage op gericht.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dit gaat een beetje langs mijn vraag heen. De minister redeneert heel sterk vanuit de gedachte: het is maar hoe je het bekijkt. Eigenlijk leggen wij nu de prikkels juist, want ik wil helemaal geen mensen inhuren om het aantal gesloten gordijnen te gaan tellen. Daar moeten wij met elkaar geen zorggeld in willen steken. Er zijn ook ontzettend veel kosten op de ggz afgewenteld vanuit de gehandicaptenzorg en vanuit de ziekenhuiszorg. Dan moeten wij gewoon eerlijk zijn over de cijfers en niet weer nieuwe mensen gaan inhuren voor dingen die ik helemaal niet wil weten en niet wil zien. Het komt nu te veel bij de patiënt terecht en dat is oneerlijk. Binnen de ggz moeten nu, bij gebrek aan een goede en gerichte prestatie-bekostiging, al jarenlang dubbele administraties gevoerd worden. Daar zijn ook ontzettend veel kosten mee gemoeid. Laten wij dat dan als eerste aanpakken.

Minister **Schippers**: Zodra het mogelijk is om verantwoord naar prestatiebekostiging over te gaan, zal ik de eerste zijn die daar een voorstel toe doet, maar de prikkels liggen nu evident verkeerd. Als je voor de lichtere zorg een eigen betaling vraagt en voor de zwaardere zorg niet,

moet het je niet verwonderen dat men direct naar de zwaardere zorg stapt. Dat is een logisch gevolg.

De heer **Van der Staaij** (SGP): In convenanten en afspraken ziet de minister op termijn kennelijk nog wel mogelijkheden; althans, zij wil het gesprek daarover aangaan. Als we tegelijkertijd beginnen met een eigen bijdrage in de tweede lijn, komen er dan in die tweede lijn niet heel veel uitvoeringslasten en uitvoeringsvragen, juist voor de zwaardere doelgroepen waarvoor wij een oplossing moeten vinden? Misschien zijn er op een andere manier ook besparingen te realiseren. Zouden niet eerst de mogelijkheden uitgeput moeten worden om op een andere manier geld te besparen voordat wij aan die eigen bijdrage in de tweede lijn toekomen?

Minister **Schippers**: Alle manieren om de uitgavengroei te remmen tot een normaal pad dat ongeveer gelijk loopt met het pad van de curatieve zorg, zijn onderzocht. De groei die mevrouw Voortman noemde voor andere sectoren, is echt substantieel lager dan in de ggz; de ggz groeit sneller. Wij hebben dus naar allerlei manieren gekeken. We zijn niet onbewust uitgekomen op een eigen betaling. Als er een eigen betaling is voor een lichte zorg, moet je niet raar opkijken als die lichte zorg wordt overgeslagen; dat wordt misschien ook aangeraden als men denkt dat dit voor de patiënt scheelt. Je moet dus naar het geheel kijken: welke zorg vervangt welke zorg en hoe behandelt je de lichte zorg ten opzichte van de zwaardere zorg in dezelfde kolom?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik begrijp dat punt, maar tegelijkertijd zien wij dat mensen die zware zorg nodig hebben, in problemen kunnen komen door die eigen betaling of zorg gaan mijden. Dat is een negatieve prikkel die ervoor in de plaats komt. Dan lossen we dus het ene probleem op maar creëren we weer een ander probleem.

Minister **Schippers**: De suggestie wordt gewekt dat dit allemaal mensen zijn met een bijstandsuitkering. Dat is in de praktijk gewoon onjuist. Bijna drie kwart van die mensen heeft een middeninkomen of een hoger inkomen. Is het dan gek om mensen te vragen om een kleine bijdrage te betalen voor de zorg die zij gebruiken en die wij voor het allergrootste deel collectief betalen? Ik vind dat geen rare vraag.

De **voorzitter**: Mevrouw Bouwmeester wil haar tweede en laatste interruptie plaatsen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De minister wil iets in de lichtere zorg doen en pakt vervolgens zeer kwetsbare mensen die op het minimum zitten. Zij zijn de klos. Dat zijn de mensen ...

De **voorzitter**: Graag uw vraag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik richt mij op die zware gevallen. De minister zegt heel terecht dat zij die mensen in de buurt wil helpen met ACT- en FACT-teams, maar de perverse prikkel is dat zij die mensen een eigen bijdrage oplegt van minimaal € 300. Die mensen worden niet meer in de buurt geholpen; zij vallen uit de zorg. Het hele argument van de minister vervalt dus en de prikkel staat de verkeerde kant op.

De **voorzitter**: Uw vraag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Erkent de minister dat mensen met een heel zware problematiek ook de dupe worden van deze maatregel en vindt zij niet gewoon dat die mensen uitgezonderd moeten worden?

Minister **Schippers**: Nee, ik heb geprobeerd om uit te leggen welke gedachten achter deze maatregelen liggen en waarom wij juist voor deze maatregelen hebben gekozen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit kabinet denkt: one size fits all; of je nou sterk bent of niet en of je nou geld hebt of niet, dat interesseert ons niet; we halen het gewoon bij je weg. Dit kabinet veroorzaakt dat mensen uit de zorg vallen. Dat is onmenselijk en onveilig en veroorzaakt kosten. U hebt boter op uw hoofd als u daar gewoon geen antwoord op geeft; het is schandalig.

Minister **Schippers**: Ik kijk hier op deze manier tegenaan: van degenen die premie betalen, wordt steeds meer premie gevraagd om de ggz te bekostigen. Vind ik dat erg? Nee, want anders zou ik de ggz niet laten groeien. Wij laten de ggz groeien, omdat wij die zorg overeind willen houden. Als wij die zorg niet beheerst laten groeien, ontstaan echter situaties waarin ik me echt zorgen ga maken over mensen met schizofrenie in de toekomst, want wij willen ook dan een gezonde en betaalbare zorgsector en wij willen dat er ook dan nog steeds draagvlak is in de samenleving om die solidariteit te betalen. Ik vind dus dat wij de verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg moeten laten meewegen in dit soort beleidsdossiers.

Ik had nog een heel klein stukje van mijn inleiding. Wat mij betreft, komt er een gesprek op gang tussen de patiëntenbeweging, de aanbieders en de zorgverzekeraars en iedereen die hierbij betrokken is, om te bekijken wat nodig is om deze sector een stap vooruit te helpen. De huidige dubbele administratie is immers vreselijk. Daarover wordt terecht steen en been geklaagd. Ik geef direct toe dat dit veel te lang duurt. We moeten met zijn allen bekijken hoe wij de sector zo snel mogelijk perspectief geven, waarbij de instellingen die het heel goed doen, kunnen groeien en andere, die het minder goed doen, minder. Ik ben daar zeer gemotiveerd voor.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Bouwmeester. Ik heb geprobeerd om op de site de plannen en de onderbouwingen van het alternatief van de PvdA te vinden. Dat is mij slechts heel gedeeltelijk gelukt. Ik heb er in ieder geval uit opgemaakt dat er zeer wordt ingezet op meer zorg dicht bij huis. Dat is precies wat ik met name in de ggz wil, omdat de eerste lijn daar in vergelijking met de somatische zorg zeer mager is. Daar zijn de maatregelen echt op gericht en daar zullen die gesprekken over moeten gaan: hoe kunnen wij dit ook in de eerste lijn versterken, hoe zetten wij die POH in en hoe zetten wij de teams in waarmee wij experimenten hebben gedaan die ontzettend goed werken? Die hele omslag naar zorg in de buurt moet van de grond komen. Daar is veel voor nodig en dat is ook niet zomaar met een knip gedaan. Daar moeten wij dus bijzonder op inzetten. Mevrouw Wiegman stelde een vraag over het bedrag dat is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Dat is destijds overgeheveld op basis van de toenmalige stand. De AWBZ betaalt de langdurige bedden. De Zvw betaalt de kortdurende bedden en de ambulante zorg. De NZa heeft een advies gegeven om die knip tussen de AWBZ en de Zorgverzekeringswet te corrigeren. Ik heb dat advies overgenomen. Dit wordt al in 2011 gecorrigeerd. Het structurele advies wacht ik af, maar ik ben het er dus mee eens dat wij daar een probleem moeten oplossen en dat gebeurt al in 2011.

Valt de BOPZ-patiënt onder de eigen betaling? Nee, die valt daar niet onder.

Mevrouw Wiegman refereerde aan een motie van de ChristenUnie, waarin ernstige psychische stoornissen worden uitgezonderd die voor de betrokkenen zelf en voor anderen een bedreiging vormen. Ja, dat is de BOPZ en de crisisopvang en die worden uitgezonderd van eigen betalingen.

Mevrouw Leijten vroeg naar de verslavingsproblematiek, PTSS, trauma, depressie en eetstoornissen. Die zitten allemaal in het basispakket en blijven daarin. Zij vallen dus ook allemaal onder de collectieve solidariteit die wij in het basispakket hebben.

Wie int de eigen betaling? De overheid bepaalt niet wie die betaling int. De eigen betaling wordt dus in overleg met de verzekeraar en de instelling geïnd.

D66 is zelf ook niet tegen eigen betalingen. Als het D66-verkiezingsprogramma wordt uitgevoerd, komen er ook eigen betalingen voor de tweedelijnszorg. Het is dus geen principieel punt dat gebruik van zorg tot een bepaald gedefinieerd plafond door de betrokkene zelf wordt betaald.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): In het D66-programma worden de kwetsbare mensen hier juist wel van uitgezonderd. Dat is de achtergrond van de ook door anderen aan de minister gestelde vraag of zij bereid is om de mensen die nu eigenlijk geen eigen inkomen hebben en al van de bijstand leven omdat zij niet in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving, niet te raken met een eigen bijdrage. Ik heb begrepen dat het gaat om ongeveer 179 000 mensen. Wat ons betreft, worden die mensen uitgezonderd.

Minister **Schippers**: Die gedachtewisseling heb ik eerder gehad. Als je dit doet op basis van inkomen, krijg je een ontzettend ingewikkeld systeem dat veel meer kost en veel minder oplevert. Uiteindelijk wordt ook de privacy van mensen geschonden omdat allerlei inkomensgegevens bij de zorgverzekeraar of de instelling komen. Daar hebben wij dus niet voor gekozen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Net als bij ongeveer elk debat hierover komen wij hier niet uit met elkaar. Mensen die dit echt niet kunnen betalen, moeten via een andere weg zien hoe zij aan dit geld komen of gaan de zorg mijden. Ik ben er eerlijk gezegd van overtuigd dat er op het punt van het oplossen van privacyproblemen nog veel meer mogelijkheden zijn en dat wij daar veel beter naar moeten kijken.

Minister **Schippers**: Een van de argumenten om die afspraak in het regeer- en gedoogakkoord over een eigen betaling van € 425 voor iedereen sterk terug te brengen en om die ook maar één keer te heffen, was om niet een ingewikkeld systeem op basis van inkomen te hoeven maken. Daarmee is die eigen betaling van heel zwaar – in mijn ogen te zwaar – teruggebracht naar haalbaar, ook voor degenen met minder inkomen.

Dan de vraag over de koppeling van prijs aan kwaliteit en behandelresultaten. Dat is precies de agenda waaraan wij moeten werken. Die kun je niet rond krijgen in ruim een halfjaar, maar het is wel heel hard nodig dat wij daar met zijn allen aan werken. Daarvoor is een gezamenlijk traject nodig. Wat mij betreft, gaan wij dat traject snel in. Ook het tegengaan van upcoding en het bereiken van een scherpere productstructuur zullen daar onderdeel van uitmaken, evenals de 24/7 beschikbare ACT-teams.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra wil haar tweede interruptie plaatsen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik zou heel graag willen weten hoe de minister dit voor zich ziet. Zij zei dat zij heel druk bezig is geweest met de ziekenhuizen; misschien komt er nu dus meer tijd voor de ggz. Zij zei ook dat zij ook met deze sector graag een convenant wil sluiten. Ik zou echter heel graag willen weten welke stappen zij gaat nemen en welke tijd daarvoor staat. Wij moeten immers vaststellen dat deze minister heel ingrijpende maatregelen in deze sector neemt, nog voordat dit allemaal is besproken. Zo is het met de ziekenhuizen niet gegaan: daar is eerst het convenant

gesloten en vervolgens zijn er maatregelen genomen. Eigenlijk is dit dus de verkeerde volgorde, maar ik hoor graag wat wanneer gaat gebeuren.

Minister **Schippers**: Ik ontken dat er met de ziekenhuizen eerst een convenant was, want dat convenant moet nog ondertekend worden. De maatregelen die ten aanzien van de ziekenhuizen genomen zijn, stonden in het regeer- en gedoogakkoord en staan dus los van het convenant. Dat geldt ook voor deze maatregelen: die staan in het regeer- en gedoogakkoord. Ook met de ziekenhuizen heb ik dus niet eerst een convenant kunnen sluiten om vervolgens de maatregelen te nemen. Ik wil mij erop richten om per 2013 over te gaan naar een nieuw systeem. Dat klinkt heel ver weg, maar dit betekent dat je dit jaar alles zo solide in elkaar moet hebben staan dat ook de rekenmeesters van dit kabinet daar vertrouwen in hebben en hun fiat hiervoor kunnen geven. Je hebt dus eigenlijk een halfjaar om met zijn allen dit traject van het begin tot het eind rond te krijgen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Een nieuw systeem in 2013; is de minister dan bereid om de maatregelen die de ggz nu het meest treffen – met name de eigen bijdrage voor de tweedelijnszorg voor patiënten, want in de curatieve zorg bestaat op dit moment geen eigen bijdrage – uit te stellen tot 2013?

Minister **Schippers**: In de eerste lijn van de somatische zorg is er ook geen eigen betaling, wel in de ggz. Het startpunt is dus anders. Over het algemeen is het niet zo dat je als reactie op behoorlijke overschrijdingen de eigen bijdrage opheft. Dat is geen logische reactie. Ik kan mij dat ook gewoon niet veroorloven. Als wij dit zouden laten zitten, betekent dat een gigantische premieverhoging. Het moet immers ergens vandaan komen. Als onderdelen van dit pakket niet worden gedaan, zullen de premies behoorlijk stijgen, terwijl wij de premies nu proberen te beheersen. De heer Mulder vroeg wat ik vind van het alternatief om de heel zware zorg te bekorten. Dat is door beroepsbeoefenaren zelf aangedragen. Als onderdeel van de agenda moeten wij zeggen: is de heel zware zorg dan nu te lang en te zwaar? Kan dat korter? Dan moeten wij daar zeker over praten, maar mijn eerste reflex zou zijn: hoe zwaarder en duurder de zorg, hoe meer die thuishoort in het collectieve pakket en hoe minder animo ik heb om die er juist uit te gooien. Dan zou je juist aan de achterkant beginnen. Je kunt dus niet zomaar luchtig besluiten om dit alternatief in te voeren, de kortdurende dbc's erin te houden en de zwaarste dbc's eruit te gooien of te bekorten. Dan zou ik eerst een uitgebreide analyse willen hebben die aantoont hoe verantwoord dit is. Misschien is dit verantwoord, maar dat kan ik nu niet beoordelen. Dat wil ik nu, op deze termijn, dus niet doen.

De **voorzitter**: De tweede interruptie van de heer Van der Staaij.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het valt mij op dat dit ook wordt aangedragen door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: als daar 15 mln. voor nodig is – daar hebben wij het over – dan heeft zij liever dat de lange dbc-productgroepen worden afgetopt. Zij vindt het aanpakken van de kortdurende dbc-productgroepen schadelijker, omdat daarin juist ook de zwaardere gevallen zitten die slechts incidenteel contact nodig hebben met de psychiater, bijvoorbeeld voor medicatie.

Minister **Schippers**: Het gaat in die categorie wel om de ziekste patiënten. Ik vind het nogal wat om dat nu te doen. Ik wil zeker het gesprek aangaan over hoe dit precies zit en over eventuele aanpassingen, maar ik voel mijzelf niet zeker genoeg om dit nu, op deze termijn, zo te beslissen. Het gaat immers om heel zieke mensen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): De minister wil hier dus wel over in gesprek gaan. Is er dan geen ruimte om dat op een zodanige termijn te doen dat de voors en tegens goed door de minister worden afgewogen voordat zij de knoop definitief doorhakt?

Minister **Schippers**: Ik vind het heel noodzakelijk – en ik wil daar ook ambtelijk behoorlijk wat capaciteit op zetten – om voor de ggz te bekijken hoe wij slagen kunnen maken en hoe wij het systeem dat wij met zijn allen in gang hebben gezet, kunnen verbeteren. Daarbij wil ik dit betrekken. Ik vind het nu, op deze termijn waarop ik besluiten moet nemen omdat wij dat met zijn allen – ook met de Kamer – hebben afgesproken, te vroeg om dit soort besluiten te nemen. Er is echter nog een heel traject te gaan en ik zal dit zeker meenemen in het gesprek. De opbouw van de overschrijding is als volgt: gebudgetteerd en niet-gebudgetteerd 93 mln., vrij gevestigd 150 mln. en de eerste lijn 12 mln. Gezamenlijk is dat 255 mln. Dat zijn de cijfers die wij nu hebben. Volgens mij heb ik de meeste vragen beantwoord.

De **voorzitter**: Na de beantwoording door de staatssecretaris bekijken we, voordat we aan de tweede termijn beginnen, wat er is blijven liggen.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Voorzitter. Ik heb twee vragen gekregen, van mevrouw Leijten en van mevrouw Voortman. De vraag van mevrouw Voortman werd onderstreept door mevrouw Bruins Slot. Die vragen gingen over de gevolgen van de eigen bijdrage voor respectievelijk een gezin met kinderen en de schooluitval van kinderen. Deze maatregel heeft geen betrekking op kinderen onder de 18 jaar. Alles wat te maken heeft met het jeugdbeleid, neem ik mee in de stelselbrief over jeugd. Die brief kan de Kamer tegemoet zien. Over de raakvlakken tussen verschillende maatregelen, bijvoorbeeld op het punt van de schooluitval, ben ik in gesprek met mijn collega van OCW. Ik verwacht niet dat deze maatregelen effect zullen hebben, ook niet wat de ouders betreft, maar ik waak daar wel voor. Ik ben hierover juist in gesprek omdat we die problemen niet willen laten escaleren. Wij willen die problemen voor zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Kan de staatssecretaris garanderen dat kinderen geen behandeling wordt onthouden als een gezinsbehandeling nodig is en als de ouders de eigen bijdrage niet kunnen of niet willen betalen?

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Er is duidelijk aangegeven en ook uitgelegd dat deze maatregel geen betrekking heeft op kinderen onder de 18 jaar.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister geeft nooit antwoord. Dat doet zij slim, maar ook de staatssecretaris is er tegenwoordig al in getraind om geen antwoord te geven. Garandeert de staatssecretaris dat geen kind behandeling wordt onthouden als een gezin of ouders behandeling nodig hebben ten behoeve van de veiligheid in het gezin maar als zij daar vanwege de financiële beperking van afzien? Ja of nee? Nu niet eronderuit draaien; nu een keer antwoord geven!

De **voorzitter**: Via de voorzitter, alstublieft.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Mevrouw Leijten en ik doen dit met enige regelmaat zo. Het gaat om een specifieke maatregel op dit moment. Er is geen directe correlatie van die maatregel en een effect daarvan op kinderen. Op maatregelen ten aanzien van kinderen in de setting van het gezin ga ik in mijn brief in. Ik zeg ook altijd tegen mevrouw Leijten dat ik garanties in het grote nooit afgeef. Er kunnen

immers een heleboel verschillende dingen gebeuren, maar het zal niet aan de maatregel liggen die wij vandaag bespreken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat was dus een heel lang «nee».

De **voorzitter**: Er zijn veel vragen blijven liggen; dat dacht ik al. De minister gaat nu eerst verder met de beantwoording van de vragen waarvan zij heeft ontdekt dat die zijn blijven liggen. Daarna zal ik inventariseren welke vragen er dan nog steeds liggen.

Minister **Schippers**: Ik heb nog een stapeltje gevonden; sorry daarvoor. Mevrouw Dijkstra vroeg naar de ACT. Dat is een heel mooie en heel belangrijke ontwikkeling. Er zijn nu nog wel verkeerde prikkels in het systeem die verhinderen dat dit echt fors van de grond komt. Er wordt nu immers ook gestimuleerd om verblijf in de AWBZ te doen. Wij inventariseren hoe wij die prikkels kunnen omkeren in een stimulans. Begin 2012 kom ik met een brief hierover.

Mevrouw Dijkstra vroeg naar concrete plannen voor de preventie en de ketenzorg. Ik wacht op een evaluatie van de effecten van de ketenzorg door de commissie die nu in den brede onderzoek doet, dus niet alleen ten aanzien van de ggz maar ook ten aanzien van andere ketens. Aan het eind van dit jaar kom ik met de resultaten.

De CDA-fractie vroeg naar de POH-GGZ. Daarover heb ik advies gevraagd aan de NZa: hoe kan ik de eerste lijn versterken, hoe kan ik de preventie versterken, hoe kan ik de e-health en de POH-GGZ versterken? Eind dit jaar komt de NZa met het advies.

De **voorzitter**: De tweede interruptie van mevrouw Wiegman.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Met mijn eerste interruptie probeerde ik al te vragen hoe wij de prikkels leggen. De minister is ervan overtuigd dat dit in haar bezuinigingsvoorstellen goed voor elkaar is, maar ik hoor nu welke dingen wij nog moeten afwachten: een brief over de ACT en de effecten van de ketenzorg. Dat is niet niets. Hoe verstandig is het dan om vanuit een bepaalde volledige overtuiging deze keuze te maken, terwijl al deze onderdelen zo cruciaal zijn voor veel betere en gerichtere keuzes?

Minister **Schippers**: Er moet ook veel gebeuren; dat heb ik ook aangegeven. Feitelijk zitten we aan het eind van het eerste jaar van deze kabinetsperiode. Er moet in de ggz ongelooflijk veel gebeuren. De ggz wacht al jaren op de overgang naar een nieuw systeem; die overgang is steeds uitgesteld. Ik ben niet van plan om dat uit te stellen, maar daarvoor heb ik wel een aantal zaken nodig. Ik denk echter dat de maatregelen die wij nu nemen, daarmee niet in strijd zijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat denk ik wel. Ik raad de minister echt aan om een andere volgorde te kiezen. Er worden alternatieven aangedragen. Probeer met de sector te bekijken hoe je op korte termijn bepaalde snelle bezuinigingen kunt realiseren. Bekijk bijvoorbeeld nog eens goed waar op korte termijn tussen intramuraal en extramuraal geschoven kan worden om snelle winsten te behalen, maar neem niet de voorgestelde rigoureuze maatregelen terwijl wij nog op zulke essentiële informatie zitten te wachten.

Minister **Schippers**: Voor de goede orde: het gaat om heel veel geld. Als wij niets doen, vragen wij de premiebetaler om dat geld bij te lapen. Dat gaat ook om mensen met een laag inkomen. Als ik dat doe bij alle maatregelen waarvoor dit mij de afgelopen week is gevraagd, leg ik zo'n beetje de hele rekening van die 3 mld. bij de premiebetaler. Daar wil ik

voor waken, want dan wentel je de kosten eenzijdig af op de Nederlandse burger. Daar heb ik niet voor gekozen.

De CDA-fractie stelde een zeer terechte vraag over de informatieverbetering; ook de zorg daarover is terecht. Wij zijn dat traject ingegaan op het niveau van verschillende departementen – Financiën en VWS – maar wij gaan dit traject ook in met de sector en de zorgverzekeraars: hoe kunnen wij de informatievoorziening veel beter op orde krijgen? In de hele gezondheidszorg – dus niet alleen in de ggz – is immers nauwelijks bij te sturen. Je hoort altijd achteraf wanneer iets is gebeurd. Als je halverwege het jaar weet hoe het met de uitgaven gaat, kun je rond de tafel gaan zitten en zeggen: het gaat niet goed, want er zit ineens een enorme stijging in; hoe gaan wij dit aanpakken? Nu hoor je het echter achteraf, wanneer het allang heeft plaatsgevonden. Dan kun je nooit meer iets bijsturen en is alles al torenhoog geworden. Soms kun je met kleine maatregelen iets bijsturen, waardoor de gevolgen niet zo groot zijn. Dit is in de gehele zorg en ook in de ggz dus een grote zorg en ik ben er echt vanaf de dag waarop ik minister ben geworden, aan gaan werken om dit op te lossen.

Mevrouw Bouwmeester en mevrouw Wiegman vroegen hoe wij het aantal bedden gaan verminderen. Het inboeken van een harde opbrengst door ambulantisering per 2012 was niet goed mogelijk. Verder vergt ambulantisering tijd, omdat verzekeraars hierover afspraken moeten maken met instellingen en omdat de productieafspraken voor volgend jaar reeds worden gemaakt. Het is nog onvoldoende duidelijk welk deel van de opbrengsten van de ambulantisering zal neerslaan in de Zorgverzekeringswet en welk deel in de AWBZ. Begin 2012 kom ik met een brief over de ambulantisering van de ggz.

Worden bij het schrappen van de dbc alleen lichte gevallen geraakt? In veel gevallen wel. Ik kan dat niet voor 100% zeggen.

Mevrouw Bruins Slot vroeg of een eigen bijdrage is gekoppeld aan een opening en een sluiting van een dbc. Ja, dat is gekoppeld aan een dbc, maar een dbc staat na opening voor één jaar.

Dure dbc's kunnen door derden, dus door lager gekwalificeerden, worden uitgevoerd. We kennen in de gezondheidszorg de «verlengde arm»-constructie. Ik bekijk niet alleen in deze sector maar in de gehele gezondheidszorg hoe wij met taakherschikking de groei van het aantal mensen dat zorg nodig heeft, kunnen opvangen. Overigens moeten dbc's wel door een BIG-geregistreerde behandelaar worden geopend en gesloten.

Mevrouw Voortman vroeg naar kinderen met ouders met psychiatrische problematiek: wat is de stand van zaken inzake de inventarisatie van de financiering, hiaten en knelpunten van de KOPP/KVO-interventies? Het goed leveren van die preventieve zorg is belangrijk. Op 22 maart heb ik een inventarisatie toegezegd van de stand van zaken met betrekking tot de financiering van dit aanbod. Die inventarisatie wil ik gebruiken om daar waar het minder goed gaat, de goede voorbeelden te laten zien. Naar verwachting zal de eindrapportage half juli beschikbaar zijn. Dat betekent dat ik die eindrapportage samen met mijn reactie na het zomerreces naar de Kamer zal zenden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De minister had het zojuist over de dbc «kortdurend» en zei dat het vaak om lichte gevallen gaat. Is zij bereid om bij de uitvoering te bekijken wat zij met de zwaardere gevallen gaat doen?

Minister **Schippers**: Het lastige is dat je in de ggz niet zo kunt finetunen als in de curatieve zorg. In de somatische zorg kun je bepaalde onderdelen uit het pakket halen, maar hier is het gewoon één blok; daar zitten licht en zwaar in. Als je er een dbc uit haalt, haal je dus alles eruit. Dat is iets wat wij echt moeten bekijken: kunnen wij dit nou niet slimmer doen?

De **voorzitter**: Ik bekijk welke vragen zijn blijven liggen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hoe gaat de minister aan minister Opstelten uitleggen dat agenten in de toekomst weer daklozen moeten beboeten, verjagen en opsluiten? Hoe gaat zij aan de mensen in de omgeving en de mantelzorgers uitleggen dat het gerechtvaardigd is om mensen zorg te onthouden? Ook van de CDA-fractie is een vraag blijven liggen, namelijk of volgens de minister sprake is van discriminatie omdat er een eigen bijdrage is in de psychische zorg en niet in de somatische zorg. Ook daar krijgen wij graag antwoord op.

De **voorzitter**: Ik heb het idee dat de CDA-fractie over haar eigen vragen gaat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb die vraag ook twee keer gesteld en heb geen antwoord gekregen.

De **voorzitter**: Dan is het ook uw vraag; dat is heel helder. We gaan verder met inventariseren. Welke vragen zijn er van u blijven liggen, mevrouw Bouwmeester?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Vindt de minister het naast keihard bezuinigen ook nog belangrijk dat de kwaliteit in de ggz omhoog gaat om te voorkomen dat wij mensen moeten opsluiten? En vindt de staatssecretaris dat wij mensen met complexe zorgvragen aan hun lot moeten overlaten en dat een televisieprogramma nodig is om Brandon de zorg te geven die hij verdient?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Er liggen van mij nog vragen aan de minister: iets meer visie en zicht op de oorzaken van de huidige overschrijdingen en op de relatie tot het wegwerken van wachtlijsten. De overschrijdingen zouden ook wel eens te maken kunnen hebben met de invulling van de klinische capaciteit bij de ggz-instellingen waarvoor VWS al voor 2008 een toelating heeft afgegeven, wat echter niet is meegenomen in de begroting van de curatieve ggz.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister heeft een heel korte opsomming gegeven van waar zij allemaal aandacht aan gaat besteden, onder andere de upcoding. Ik heb echter gevraagd wat zij daaraan gaat doen. Gaat zij een onderzoek starten en hoeveel denkt zij daarmee te besparen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De collegialiteit van mevrouw Leijten kent geen grenzen; dank daarvoor. Er zijn echter ook nog een paar andere vragen blijven liggen. We krijgen straks de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Gelden de voorwaarden die nu gelden voor de BOPZ en de eigen bijdrage, ook voor die nieuwe wetten?

De **voorzitter**: Die vraag is al beantwoord.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een andere vraag betreft de budgettering en de Nederlandse Zorgautoriteit: redt de NZa het om het in 2012 voor elkaar te krijgen? Ik wil ook iets meer weten over hoe de minister, nu zij beide sectoren budgetteert – dat is op zich prima – een impuls wil geven, zodat de eerstelijnszorg uiteindelijk kan gaan groeien.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mijn vraag over nieuwe toetreders en vrijgevestigden is blijven liggen: gaan zij onder hetzelfde budgetterings-regime vallen?

De **voorzitter**: Dat waren de resterende vragen uit de eerste termijn. Na de beantwoording van deze vragen gaan we naar de tweede termijn.

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten vroeg wat mijn collega's van dit beleid vinden. Dit is kabinetsbeleid. De minister van Veiligheid en Justitie, de minister van SZW en alle andere ministers weten dus dat deze voorstellen zijn gedaan en hebben daar allemaal goed naar gekeken. De conclusie is dat het beeld van het kabinet niet hetzelfde is als het beeld dat mevrouw Leijten hiervan heeft. Dat kan.

Hetzelfde geldt voor de vraag over het vermeende discriminerende karakter. Ik heb aangegeven dat er heel veel verschillende vormen van zorg zijn waar sprake is van misschien wel 100% eigen betaling of waar wij collectief helemaal geen rekening oppakken. Ik zie dat discriminerende dus echt anders; daar zijn wij het gewoon niet over eens.

Mevrouw Wiegman vroeg naar de oorzaken van de huidige overschrijdingen en wees op de switch van 2008. Dat heb ik behandeld, in die zin dat er in 2011 een correctie is, omdat de overgang toen natuurlijk plaatsvond op basis van de cijfers die toen golden. Het is echter inderdaad zo dat bij de langdurige zorg de rekening bij de AWBZ ligt en dat er bij de andere zorg een knip in zit, bij de Zorgverzekeringswet. Voor 2011 corrigeren we dit en we wachten het advies af over een structurele oplossing. De NZa heeft op dit punt dus al een correctie toegepast voor 2011.

De door mevrouw Dijkstra genoemde upcoding maakt onderdeel uit van het onderzoek dat de NZa momenteel uitvoert naar de overgang op prestatiebekostiging en naar de productstructuur.

Op de BOPZ zit geen eigen betaling. Gaat de budgettering door de NZa lukken? Ja; althans, de NZa heeft aangegeven dat zij dit denkt te kunnen doen. Daar heb ik dus alle vertrouwen in.

Worden beide sectoren gebudgetteerd? Ja, maar als het aan mij ligt, is dat voor beide sectoren tijdelijk, het liefst zo kort mogelijk. Maar goed, we zullen zien of dat gaat lukken.

Het groeien van de eerste lijn is heel uitdrukkelijk een groot deel van de onderzoeksopdracht aan de NZa. Daarover heb ik de NZa dus een behoorlijke lijst vragen gesteld.

De heer Van der Staaij vroeg naar de nieuwe toetreders. Alles valt onder hetzelfde regime, in tegenstelling tot de huidige situatie, waarin nieuwe toetreders – nou ja, soms bestonden zij al een tijdje – voor het afrekenen een ander regime hadden dan de gebudgetteerden. Dat gebeurt vanaf 2012 onder één regime. Als wij overgaan, gaan we weer met zijn allen tegelijk over naar een nieuw regime. Dat onderscheid is er dus juist uit.

De **voorzitter**: Dan was er nog een vraag aan de staatssecretaris. Klopt dat?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag was gericht tot beide bewindslieden. De vraag aan de staatssecretaris gaat over de complexe zorgvragen en de vraag aan de minister is hoe wij ondanks deze kaalslag een kwaliteitsverbetering krijgen.

Minister **Schippers**: Kwaliteit is een heel belangrijk aandachtspunt. Zodra een patiënt geen passende zorg krijgt maar bijvoorbeeld te zware of te lange zorg, is dat geen kwaliteit; integendeel. Als een patiënt opgenomen wordt in een instelling terwijl hij eigenlijk beter zorg in de buurt zou kunnen krijgen, is dat geen kwaliteit. Zowel de maatregelen die wij nu nemen als de maatregelen die wij in de toekomst willen nemen, zijn er dus juist op gericht om de patiënt en de zorgverlener die bij elkaar passen, bij elkaar te brengen; niet meer maar ook niet minder.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Voorzitter. Op het punt van de complexe vraag in de AWBZ was er in die situatie geen enkele sprake van een probleem met de middelen, integendeel. Ik maak er ook bezwaar tegen dat deze woordvoerder het enerzijds voortdurend heeft over mensen en anderzijds het geval opvoert van een individuele jongen die duidelijk heeft aangegeven niet als zodanig in beeld te willen worden gebracht om privégegevens in dit debat te bespreken. Dat vind ik niet netjes. De complexe zorg heeft in elk geval niets te maken met wat wij vanmorgen bespreken.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer en die van de bewindspersonen. Wij gaan nu over op de tweede termijn waarin de woordvoerders twee minuten spreektijd per fractie krijgen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Het is duidelijk dat dit kabinet denkt kwaliteit te bereiken door gewoon heel veel geld weg te halen. Ik sprak vanmorgen echter met de moeder van Diego. Diego is een jongen die schizofreen is, in psychoses verkeerde, geen inkomen heeft en in verschillende zorglijnen zit. Hij had met vier loketten te maken, met vier verschillende indicatieformulieren. Het ging steeds mis met hem, het ging op en af, want toen hij weer beter was, stopte hij met het gebruik van zijn medicijnen. Wat is het antwoord voor deze jongen en zijn moeder? Het antwoord is: het is allemaal heel ingewikkeld, maar betaal maar € 300, dan krijgt u opeens goede zorg. Deze jongen heeft in een psychose iemand vermoord en moet daarmee leren leven. Zijn moeder zegt tegen mij: ik hoop dat jullie de ggz kunnen verbeteren om dit in de toekomst te voorkomen. Ik kan echter niets tegen haar zeggen. Het antwoord van dit kabinet voor deze heel kwetsbare groep mensen is namelijk: eigen bijdrage en de kwaliteit gaat omhoog. Minister, ik sta gewoon voor schut. Er is geen antwoord. Omdat ik dit zo erg vind, zal ik een motie indienen. Ik hoop dat de CDA-fractie die net grote woorden sprak die motie steunt. Of het CDA steunt de motie of het CDA accepteert de consequentie dat de kwaliteit niet verbetert. De eerste fractie van de coalitie die het volgende spoeddebat aanvraagt omdat er heel veel dingen mis zijn, mag zich nu alvast heel goed afvragen of deze kaalslag nog verantwoord is.

De heer **Mulder** (VVD): De PvdA-fractie komt met een alternatief. Ik heb geleerd dat als een linkse partij met een alternatief komt, je daarnaar welwillend moet luisteren. Dat doen zij namelijk niet elke dag. Mijn concrete vraag is als volgt. In de brief van de minister worden acht maatregelen genoemd die 593 mln. moeten opleveren. In de doorberekening van het CPB heeft de PvdA aangegeven dat lichtere vormen van ggz-behandeling uit het pakket kunnen. Welke van die acht maatregelen wil de PvdA nu precies terugdraaien? Welke bezuinigingsmaatregelen staan daartegenover? Ik hoorde het punt van de medisch specialisten; collega Van der Veen wilde nog andere pakketmaatregelen terugdraaien. Dat moet ook gedekt worden. Het is onmogelijk om iets twee keer uit hetzelfde potje te dekken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben heel blij met deze vraag. Het gaat om mensen. Het is goedkoop om goede zorg te leveren want daarmee worden problemen en dure zorg voorkomen. Dat is ook het verschil in de benadering van uw partij en mijn partij. De heer Mulder vraagt heel concreet naar het alternatieve plan. Het staat in een motie. Omwille van de tijd kon ik het helaas niet uitgebreid vertellen, maar ik ga dat nu wel doen. Mijn fractie wil geen eigen bijdrage in de tweedelijns-ggz, geen verhoging van de eigen bijdrage in de eerste lijn of vermindering van het aantal zittingen en geen eigen bijdrage voor verblijf in geneeskundige ggz. De eerste lijn moet versterkt worden om te voorkomen dat mensen de

dure tweede lijn ingaan. Het is het een of het ander. Dat is voor een deel te bereiken door te schuiven binnen de ggz. Er zijn dan minder bedden, maar meer intensieve zorg aan huis, zonder eigen bijdrage. Met een eigen bijdrage werpen wij namelijk zo'n hoge drempel op dat mensen uit de zorg vallen. Dat verwijt ik de VVD, de coalitie en de minister ook. Het is ook voor een deel te bereiken door het verlagen van de norminkomens van medisch specialisten en bestuurders, en voor een deel door het verbeteren van de doelmatigheid. Ik dien straks mijn motie in en die kan de heer Mulder dan lezen en ondersteunen. Dan hoeft hij ook niet de verantwoordelijkheid op zich te nemen van het misgaan met mensen die een heel ingewikkelde zorgvraag hebben.

De heer **Mulder** (VVD): Als ik het zo snel bereken, dan steunt de PvdA-fractie de helft van de bezuinigingen van het kabinet. Dat is goed nieuws.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Laat ik proberen om in deze tweede termijn nog een nieuw argument naar voren te brengen. Het feit dat ik als vertegenwoordiger van de ChristenUnie op het Malieveld stond, was toch wel bijzonder. De ChristenUnie staat immers niet bekend om het protestachtige karakter. Mij is echter in de afgelopen weken opgevallen dat zelfs christelijke instellingen die normaliter niet voorop staan in protesten zeggen dat het te gortig is en te ver gaat. Ik vind dat tekenend voor de situatie. Uit de antwoorden van de minister blijkt dat er nog veel onduidelijkheid is. Er zijn brieven toegezegd over ACT en de effecten van de ketenzorg. Er is onvoldoende zicht op ambulantisering. Er loopt nog een onderzoek naar de prestatiebekosting en een onderzoek van de NZa naar de oorzaken van de groei. Als dat allemaal nog niet duidelijk is, dan moet ik constateren dat de minister enkel en alleen budgetgestuurd bezig is en de inhoudelijke argumenten er simpelweg zijn bijgezocht. De informatie waar nu nog naar gezocht wordt, hebben wij gewoon nodig. Ik heb begrepen dat het punt van die ambulantisering wel hard is. Dat zou wellicht nog gebruikt kunnen worden want er is een business case van de KPMG. Ik adviseer de minister om die erbij te pakken en te gebruiken.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Het verkiezingsprogramma van de ChristenUnie is doorgerekend door het CPB. In de analyse van het CPB staat: Daarnaast komt er een eigen bijdrage van € 5 per ligdag in ziekenhuizen en een eigen bijdrage voor tweedelijns ggz-behandelingen. Hoe hoog is de eigen bijdrage die de ChristenUnie op dit moment wil?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Uit het verkiezingsprogramma van de ChristenUnie wordt duidelijk dat wij niet vies zijn van hervormingen en veranderingen in de zorg. Op het moment dat je maatregelen doorvoert, moet je echter wel goed weten wat je aan het doen bent. Ik ben vandaag toch nog wat op zoek naar het antwoord op de vraag of bepaalde prikkels verkeerd liggen. Ik wil best kijken naar vormen van eigen bijdragen. In het verkiezingsprogramma van de ChristenUnie staat dat dat gerelateerd wordt aan inkomens. Dat gaat gelijk op, zonder eenzijdig voor de ggz. Ik ben daar gewoon heel eerlijk in. Dan moet de informatie wel op orde zijn. Als een verschuiving van tweede lijn naar eerste lijn gewenst is, dan is het raar dat in de huidige voorstellen niet alleen wat wordt gedaan binnen die tweede lijn maar ook het aantal zittingen in de eerste lijn wordt teruggeschoefd. Dan ben je gewoon bezig met allerlei tegengestelde bewegingen. Die inconsequentie komt u niet tegen bij de ChristenUnie.

De heer **Mulder** (VVD): Dit is wel heel bijzonder. Vaak willen politici voor de verkiezingen geen moeilijke maatregelen bespreken maar voeren zij

die na de verkiezingen in, maar hier gebeurt het tegenovergestelde: de ChristenUnie kondigt van tevoren een verhoging van de eigen bijdrage in, een moeilijke maatregel, maar nu hoor ik daarvoor geen voorstel.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik geloof dat ik het zojuist heb uitgelegd. Wij willen best hervormen, maar niet eenzijdig. Er worden nu knopen doorgehakt op zeer weinig informatie. Dat is echt een cruciaal verschil. Ik vind het jammer dat de VVD-fractie niet consequent bezig is geweest. Het verhaal is voortdurend gericht op toename van de kosten in de gezondheidszorg. Open er dan ook de ogen voor dat veel samenhangt met de toenemende vergrijzing. Ik vind het niet eerlijk om de kosten van de vergrijzing heel beperkt op het bordje te leggen van gehandicapten en mensen die langdurig psychiatrische zorg nodig hebben. Dat is niet «eerlijk delen».

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. In de eerste termijn verweet ik de minister dat zij als een boekhouder bezig is en geen visie heeft op de gezondheidszorg. Zij kijkt enkel naar de kosten en wil overschrijdingen terughalen. Op de maatschappelijke winst van mensen die niet meer op straat leven maar met ondersteuning thuis zijn, gaat zij echter niet in. Als een boekhouder kijkt zij enkel naar de cijfers en niet meer naar de mensen. Ik vind dat eigenlijk heel erg.

Ik vind het bovendien heel erg dat dit kabinet zegt uit solidariteit te handelen. De AWBZ-premie wordt echter geheven over de eerste twee inkomensschijven. Dat betekent dat iemand met € 3 000 bruto per jaar 12% van zijn inkomen betaalt terwijl iemand met € 100 000 bruto per jaar 4% van zijn inkomen. Dat is de solidariteit van dit kabinet. De armere inkomens moeten solidair zijn met de hogere inkomens en mensen die ziek zijn moeten vooral solidair zijn met degenen die een premie betalen en nog niet ziek zijn. Het is de omgekeerde wereld. Het is een uitdrukkelijke keuze om de ggz te discrimineren met de eigen bijdrage. Dat zijn niet alleen mijn woorden. Het zijn de woorden van de huisartsen, van de medisch specialisten, van de hele sector zelf. De minister ziet dat echter anders. Zij is bezig met boekhoudkunde.

Als het dan toch gaat over boekhouden, dan graag het volgende. Ik vroeg haar gewoon: wie gaat die eigen bijdrage innen? De behandelaars zullen dat niet doen want dat zet de behandelrelatie onder druk. Zorgverzekeraars zullen dat niet doen, want zij willen echt niet met de last zitten van onbetaalde rekeningen. Die lopen gewoon debetrisico. Wie gaat die bijdrage innen? De minister zegt dan dat het veld dat zelf moet oplossen. Zij boekt een bezuiniging in die zij helemaal niet gaat halen want van een kale kip kun je niet plukken. De rekening voor een niet betaalde eigen bijdrage kun je niet neerleggen bij een instelling die al een gigantische korting krijgt. De zorgverzekeraar gaat die niet innen. Zij hebben dat gewoon ook al aangegeven. Ik vraag de minister of zij niet bezig is met kortzichtig beleid omdat het niets oplevert. Wil zij de boekhoudbril afzetten en de gezondheidszorgbril opzetten? Zij is immers de minister van gezondheidszorg. Kan zij aangeven hoe zij het in hemelsnaam gaat doen met de inning van de eigen bijdrage?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik bespeur bij de minister geen bereidheid om de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz uit te stellen tot er antwoorden zijn op alle vragen die nog beantwoord moeten worden en uitkomsten zijn van alle onderzoeken die nog lopen. Ik bespeur ook geen bereidheid om een uitzondering te maken voor de groep mensen die langdurig psychiatrische zorg nodig hebben, geen inkomen hebben uit werk en bijna niets overhouden om van rond te komen, laat staan dat zij een eigen bijdrage van een paar honderd euro kunnen betalen. De minister heeft gezegd dat de gevolgen voor deze groep worden gemonitord. Is zij zich ervan bewust dat zij die helemaal

niet kan monitoren omdat zij straks niet meer zichtbaar zijn, omdat zij de zorg gaan mijden, omdat zij die een eigen bijdrage moeten betalen helemaal niet meer in het zicht van de minister zullen komen? Ik verzoek haar om zich daarvan goed bewust te zijn.

Wat mij betreft, wordt er een omgekeerde volgorde gehanteerd. Eerst worden maatregelen genomen en pas daarna volgt het overleg met de sector. Ik verzoek de minister om zich hierop te bezinnen en om dat om te draaien.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Mijn vragen uit eerste termijn zijn beantwoord. Ik ga daarom in tweede termijn alleen kort in op het akkoord dat de minister met de sector wil sluiten. Mijn fractie ziet daarnaar uit in relatie tot de dubbele administratie en de prestatiebekostiging. Ook de knelpunten in het interdepartementaal beleidsonderzoeken kunnen daarin aan de orde komen. Daarin staat onder andere dat er niet altijd transparantie is in de sector, dat er onvoldoende evidence based wordt gewerkt en dat er niet altijd geprotocolleerd wordt gewerkt. Als er een bestuurlijk akkoord komt, dan graag op deze vragen een antwoord.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De heer Mulder heeft net gezegd dat hij welwillend wil kijken naar voorstellen van linkse partijen. Er zijn al veel voorstellen gedaan maar ik wil er toch nog drie neerleggen. Dat zijn voorstellen die ik liever niet doe, waarvan ik ook weet dat zij niet nodig zijn, maar als wij daarmee dit van tafel kunnen halen, dan doe ik ze toch. Ten eerste: verhoging van het eigen risico, dan spreiden we in ieder geval de lasten. Ten tweede: ook een eigen bijdrage in de somatische zorg. Ten derde: dyslexie uit het pakket. Dat zijn maatregelen waar ik niet achter achtersta, maar die ik bereid ben om te nemen als dan vervolgens het hele pakket van tafel gaat. Is de heer Mulder daartoe bereid?

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Allereerst die eerste maatregel: de verhoging van het eigen risico. In ons verkiezingsprogramma staat dat wij dat eigenlijk willen verhogen naar € 300. Uit de kabinetsvoorstellen blijkt dat de VVD dat niet heeft kunnen realiseren. Daaruit is af te leiden dat daarvoor geen meerderheden zijn in de constructie waarin wij nu werken. Daarmee is de eerste oplossing, de verhoging van het eigen risico, van tafel.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb nog twee voorstellen gedaan.

De heer **Mulder** (VVD): Dyslexie hebben wij zelf in het pakket geholpen als ik goed ben geïnformeerd. Mevrouw Leijten claimt dat nu. Wij hebben dat samen gedaan. Dat ligt dus niet voor de hand. Ook het invoeren van eigen bijdragen is complex. Ik heb daarvoor ook een paar keer gepleit, maar ik weet dat daarvoor geen meerderheden zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan moet de heer Voortman zijn mond houden over welwillend willen kijken, want dat wil hij helemaal niet.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik kan mijn betoog in eerste termijn herhalen. Mijn fractie ondersteunt de maatregelen die genomen worden. Ik vind het jammer dat er steeds gezegd wordt dat wij niet bereid zijn om te luisteren naar alternatieven. Er zijn wel alternatieven in woord, maar daaraan zit een bedrag gekoppeld. Ik heb geen voorstellen gezien waaraan bedragen gekoppeld zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het maakt niet uit in welk debat wij zitten in deze dagen. Gisteren hebben wij geprobeerd om een constructief debat te voeren met de coalitie en de PVV over de toekomst van de patiëntenorganisaties. Dat gaat over 4 mln. Er is niet eens een bijdrage te vragen van de

farmaceutische industrie. Kom dus niet aan met de bewering dat wij het niet proberen en geen alternatieven neerleggen. U wilt op de macht van één zetel de hele zorg kapot bezuinigen. De PVV heeft zijn zin want de ggz wordt gestigmatiseerd. Mensen die zich niet maatschappelijk opstellen, hoeven ook geen solidariteit te verwachten van de maatschappij. Het staat letterlijk in allerlei debatverslagen. Gefeliciteerd.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik werp dit echt verre van mij. Ik heb het nu over dit debat. Waar zijn de voorstellen van de SP-fractie om wel die bezuiniging te halen zonder deze maatregelen door te voeren? Laat ze maar zien, dan kijk ik ernaar.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ons voorstel is al veel langer om de AWBZ-premie eerlijker te verdelen zodat niet lage inkomens 12% betalen en hoge inkomens 4%. Wij kunnen dat voorstel met gemak weer doen maar dan krijgen wij weer de klacht van overbodige moties. Wij hebben de voorstellen, maar u kiest er niet voor. U kiest er wel voor om de ggz te stigmatiseren. Dat hebt u altijd gedaan.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, ik sta een interruptie toe, maar houdt u zich dan wel aan de spelregels. Mevrouw Gerbrands had haar betoog afgerond?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ja. Hier ga ik niet meer op in.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het is goed dat zowel de staatssecretaris als de minister bevestigd hebben dat er voor jongeren onder de 18 jaar geen eigen bijdrage gaat komen. Op het punt van het monitoren van de gevolgen voor de lage inkomensgroepen ben ik tevreden met de toezegging dat de minister daarmee echt aan de slag gaat. Mijn concrete vraag is wel hoe zij dat precies gaat invullen. De bereidheid om een convenant met de sector te sluiten, is goed. Dat lijkt mij ook een belangrijke basis om verder te werken aan het oplossen van de oorzaken van de overschrijdingen. Heeft de minister er inmiddels vertrouwen in dat zij de sector om tafel krijgt? Ik las in de brief dat de minister hoopt in het najaar een bestuurlijk akkoord te kunnen sluiten. Inmiddels zegt zij dat een aantal onderzoeken waarschijnlijk wat later gepubliceerd wordt. Hoe gaat de minister met die samenloop om?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat zijn natuurlijk prima vragen, maar ik verwacht ook dat mevrouw Bruins Slot in haar tweede termijn conclusies weet te trekken. Als zij waarde hecht aan het convenant en aan de uitkomsten van de onderzoeken die lopen, is zij dan voorstander van het voorlopig afzien – laten wij zeggen met één jaar – van invoering van een eigen bijdrage?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is een duidelijke vraag van de collega van de ChristenUnie. In eerste termijn heb ik al duidelijk gezegd dat de CDA-fractie, hoe lastig dat ook is, vindt dat er op dit moment bezuinigd moet worden. In elk geval moet er in de ggz gekort worden om de groei niet dramatisch te laten stijgen. Wij hebben in de toekomst anders geen bestendige zorg. Wij moeten daarvoor nu echt beslissingen nemen. Uitstel betekent dat je het probleem alleen maar groter maakt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat is natuurlijk nog maar de vraag. Men kan zich überhaupt de vraag stellen of de bezuinigingen die voorgesteld worden wel echt bezuinigingen zijn gelet op de te verwachten toename van kosten op andere terreinen. Als mevrouw Bruins Slot werkelijk waarde hecht aan uitkomsten van

onderzoeken en werkelijk waarde hecht aan een convenant, dan zou zij bereid moeten zijn om mee te bewegen en te durven zeggen dat die eigen bijdrage nog echt een stap te ver is. Die helpt het proces niet verder maar blokkeert het juist.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is apart om te horen van iemand die in het verkiezingsprogramma het voorstel tot het invoeren van een eigen bijdrage heeft staan. Ik heb dus een heel dubbel gevoel bij deze vraag. Die vraag is ook een herhaling uit de eerste termijn. Ik heb toen heel duidelijk gezegd dat een aantal maatregelen bedoeld zijn om de oorzaken van de overschrijdingen op te lossen. Er moeten nu aan de achterkant duidelijke maatregelen worden genomen om ervoor te zorgen dat alle mensen in de toekomst nog goede toegang tot de zorg hebben.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik krijg geen antwoord op mijn vraag. Het is leuk om naar mijn verkiezingsprogramma te verwijzen ...

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot gaat over haar eigen antwoorden. Zo is het nu eenmaal. Het woord is aan mevrouw Voortman van GroenLinks.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Het is inmiddels duidelijk geworden dat de coalitiepartijen en de gedoogpartner nog geen millimeter over hun eigen schaduw willen springen. Sterker nog, zij kruipen nog wat verder in hun schaduw weg. Voor geen enkel alternatief is ruimte. Ik sluit mij aan bij de opmerking die mevrouw Leijten heeft gemaakt over de eigen bijdrage: hoe wil het kabinet die innen als de sector niet meewerkt?

Het kabinet geeft aan dat een uitzondering in relatie tot het inkomen onmogelijk is. Kan er dan in elk geval een uitzondering worden gemaakt voor de chronische patiënten? Kan bekeken worden of voor sectoren waarin zorg mijden te verwachten valt een uitzondering kan worden gemaakt? Is er nog ergens een millimeter ruimte?

De kostenbesparing komt op het bordje van Opstelten, Kamp en Van Bijsterveldt. De minister zegt dat zij het met hen besproken heeft en zij hierachter staan. Zij heeft echter nog steeds niet de vraag beantwoord die haar gisteren op de demonstratie gesteld werd: staat zij in voor de consequenties van dit beleid?

De minister geeft aan bereid te zijn om een convenant met de ggz-sector af te sluiten. Daarvoor is natuurlijk belangrijk dat zorg wordt gedragen voor goede verhoudingen. Als de minister echt van plan is om een convenant af te sluiten met de ggz-sector dan zou zij ervoor kiezen om nu voor één jaar andere maatregelen te nemen zodat zij volgend jaar met goede verhoudingen een convenant zou kunnen sluiten.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor hun beantwoording. Kosten in de hand houden, maar wel op de slimste manier. Dat was kort samengevat de bijdrage van mijn fractie in eerste termijn. Ik denk dat het heel belangrijk is dat wij het draagvlak zo groot mogelijk proberen te maken. Het valt mij op dat de sector zelf bereid is om de nek uit te steken en ook met concrete plannen komt. Mijn zorg is echter dat dat onvoldoende benut wordt omdat alles in een tijdsclimaat staat van «snel geregeld moeten worden». Wij krijgen in elk geval op het punt van de eigen bijdrage te maken met forse uitvoeringsproblemen en -vragen. Dat is de wat ongelukkige conclusie die ik trek op basis van de discussie die wij gevoerd hebben.

De minister zegt dat de eigen bijdrage in de eerste lijn ook wordt geheven. De vraag is echter of je daarmee kunt zeggen dat het probleem van de ongelijkheid meevalt. Misschien moet je juist zeggen dat de ongelijkheid eigenlijk nog erger is vergeleken met de somatische zorg. Is het ook

beleidsinhoudelijk te rechtvaardigen dat er onderscheid wordt gemaakt tussen somatische zorg en psychiatrische ggz?

Ik kom te spreken over het punt van de kortdurende dbc's uit het pakket. Mij valt op dat die maatregel pas in de laatste brief van de minister staat. In de eerste plannen zat die kennelijk nog niet. Door zowel de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie als het Landelijk Platform GGz wordt gevraagd of die 15 mln. niet slimmer te incasseren is, bijvoorbeeld door het af te toppen van die lange dbc-productgroep. Ik blijf het onbevredigend vinden dat als er een alternatief op tafel ligt en het budgetneutraal kan worden uitgevoerd, het gesprek wordt uitgesteld en eerst de maatregel genomen wordt. Ik vraag de minister of zij mogelijkheden ziet om in overleg met de sector de knoop anders door te hakken?

Ik heb begrepen dat het budgetteringsregime voor de vrij gevestigden per 2012 in het huidige model niet uitvoerbaar zou zijn. De minister zegt dat zij het nieuwe budgetteringsregime wil, ook voor de vrij gevestigden en nieuwe toetreders. Is dat echter al voor 2012 praktisch haalbaar?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik heb net nog een vraag gesteld aan de staatssecretaris over mensen met complexe zorgvragen. Ik heb daarop geen antwoord gehad. De minister zegt dat er een extra eigen bijdrage komt, maar dat maakt het voor mensen nog ingewikkelder. Ik vraag de staatssecretaris dan ook hoe wij kunnen voorkomen dat zij weer met een cameraploeg naar een individueel geval gaat, waarbij zij zei dat de zorg fantastisch was terwijl dat helemaal niet het geval was? Hoe voorkomen wij dat? Hoe gaat zij investeren in de kwaliteit?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Bouwmeester schetste een treurige situatie: een patiënt die in het systeem tussen de mazen van het net is gevallen. Dat gebeurde in het huidige systeem, voordat de maatregelen genomen zijn. Het is geen resultaat van de maatregelen. Het is wel een belangrijk signaal, en niet het enige helaas, dat wij zaken moeten veranderen in de ggz. Wij moeten ervoor zorgen dat er veel meer in ketens wordt gewerkt en veel meer wordt samengewerkt. Voorkomen moet worden dat mensen tussen wal en schip vallen. Ik vind het belangrijk om dat te realiseren.

De maatregelen die wij in het regeer- en gedoogakkoord hebben afgesproken, vullen wij nu in. De rapporten, onderzoeken en adviezen die ik heb uitgezet, betreffen niet zozeer het wat als wel het hoe. De richting die wij op willen gaan en de visie die daaronder ligt, is heel helder. De vraag is echter wat de olifant aan het dansen maakt: hoe krijgen wij het precies voor elkaar? Waar moet je tegenaan duwen? Daarover gaan de onderzoeken. Dat er een substitutie, een verplaatsing, van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn op gang moet komen, is echter evident. De maatregelen die wij nemen, zijn in lijn met die filosofie. Die werken niet tegen, maar zijn daarmee in lijn.

Mevrouw Leijten zegt dat de minister alleen maar naar cijfers kijkt. Kijkend naar de cijfers constateer ik dat de ggz ook na het nemen van de maatregelen groeit in deze kabinetsperiode. De uitgaven daaraan groeien zodat de mensen die dat nodig hebben zorg kunnen krijgen. Daar gaat het ook om; mensen in Nederland die zorg nodig hebben, moeten die zorg kunnen krijgen.

Met de inning van eigen bijdragen heeft de overheid niets van doen. Dat heb ik niet verzonnen, maar dat is gewoon zo. Dat is een traject van verzekeraars en instellingen; de overheid zit daar niet tussen. Zowel mevrouw Dijkstra als mevrouw Bruins Slot vroeg naar de monitoring: hoe gaan wij die precies doen en hoe weten wij dat die solide genoeg is? Ik stel voor om met het desbetreffende voorstel in september naar de Kamer te komen zodat de Kamer zelf kan bepalen of zij vertrouwen heeft in de aanpak daarvan.

De heer Mulder heeft mij verzocht om in het traject van overeenstemming bereiken met partijen aandacht te besteden aan een aantal punten. Ik zal dat zeker doen. De sector heeft echter wel een eigen verantwoordelijkheid daarin. Ik kan dus niet verzekeren dat die overeenstemming wordt bereikt. Er ligt nog een behoorlijke agenda voor. Ik kan niet anders dan zeggen dat ik het ten volle hoop.

Het starten van dat gesprek loopt parallel aan een aantal onderzoeken bij de NZa. Dat moet ook om in 2013 een stap te kunnen zetten. Wij proberen dat zoveel mogelijk parallel te schakelen.

Mevrouw Voortman vroeg of ik een uitzondering kan maken voor de chronische patiënt. Wij zorgen ervoor dat de chronische patiënt ook één keer betaalt. Iemand die een jaar in een heel zware dbc zit, betaalt even veel als iemand die veel korter in een andere dbc zit. Sta ik in voor de consequenties? Ik vind dat als je beleid maakt, je goed moet kijken naar wat het beleid doet. Je moet kijken naar de gevolgen ervan. Als het gevolgen heeft die je onwenselijk vindt, dan moet je daarop ingrijpen. Dat is zo met ieder beleid dat wordt gevoerd.

De heer Van der Staaij zegt dat hij de kosten in de hand wil houden, maar wel slim. Dat wil ik het liefste ook. Ik denk ook dat de maatregelen daaraan gedeeltelijk tegemoetkomen, hoewel niet helemaal. De slimste manier is om die substitutie tot stand te brengen, die «wat». Het «hoe» is echter moeilijker. Dat is niet alleen te zien in de ggz, maar ook in de ziekenhuiszorg. Er zit veel zorg in de ziekenhuizen die wij daar niet willen hebben. Die willen wij eigenlijk terugkrijgen in die eerste lijn. Wij zoeken ook daar naar hoe wij dat voor elkaar kunnen krijgen. Ik zou graag met die eerste lijn rond de tafel zitten om te bespreken hoe wij dat voor elkaar kunnen krijgen.

De heer Van der Staaij vraagt verder wat er beleidsinhoudelijk achter de eigen bijdragen zit. Ik ben geen tegenstander van eigen bijdragen. Ik vind het heel redelijk om boven een bepaald bedrag collectief de rekening te betalen. Boven een bepaald bedrag – dat is politiek te bepalen; in dit geval is het € 275 geworden – worden de kosten door de samenleving gedragen. De vraag is of je achter eigen bijdragen in de zorg kunt staan. Ik kan daar achter staan.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik stel graag een verhelderende vraag.

De **voorzitter**: Ik let echt op of u een verhelderende vraag stelt. Ik heb mevrouw Leijten net namelijk geen interruptie toegestaan.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Ik heb niet gevraagd om een beleidsinhoudelijke rechtvaardiging van een eigen bijdrage, maar van het verschil tussen de terreinen waarop al dan niet een eigen bijdrage wordt gevraagd.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, wat was uw verhelderende vraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): De inning van de eigen bijdrage is niet iets voor de regering, zo zegt de minister. Zij boekt echter wel 226 mln. in. Hoe kan zij dat doen als zowel de behandelaars zeggen dat zij dat niet kunnen doen vanwege de behandelrelatie en de verzekeraars echt niet het debetrisico gaan lopen van onbetaalde rekeningen. Hoe kan zij dan die 226 mln. inboeken?

De **voorzitter**: Dat was de verhelderende vraag. Punt.

Minister **Schippers**: Vind ik het discriminerend dat tandheelkunde niet in het pakket zit? Nee, dat vind ik niet. Wij hebben daarvoor gekozen. Vind ik het discriminerend dat wij een eigen betaling hebben in de eerste lijn, maar niet in de tweede lijn? Nee, maar ik vind het wel dom. Ik vind het

dom om voor lichte zorg een eigen betaling te vragen en voor zwaardere zorg niet. Ik zie daarin een onlogische stap. In Nederland zijn er allerlei regimes op verschillende vormen van zorg. Als een behoorlijk aantal mensen verkeerde zorg krijgen als gevolg van bepaalde prikkels dan moet je die prikkels goed zetten.

De overheid bepaalt het pakket. De overheid bepaalt wat er al dan niet collectief wordt gedaan. Wat wordt als eigen betaling gedaan? Wordt er überhaupt een eigen betaling ingevoerd? Is er een eigen risico of niet? Hoe hoog is dat dan? Hoe doen wij dat met de eigen bijdrage? De uitvoering vindt plaats in het veld. Zo is dat geregeld in Nederland. Een zorgverzekeraar heeft een polis waarin staat hoeveel eigen betalingen er plaatsvinden en op welke zorg een beroep kan worden gedaan voor een bepaalde premie. De zorgverzekeraar voert die polis uit. Daar zit de overheid op geen enkele manier tussen, ook niet bij het innen van het eigen risico. Zo is dat wettelijk geregeld.

Staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner**: Voorzitter. Er is een vraag gesteld over de regeling extreme zorgzwaarte voor gehandicapten in de AWBZ. Die regeling zit achter het voorbeeld dat genoemd is. Die regeling kent geen enkele financiële problematiek en staat beleidsmatig ook helemaal niet ter discussie. Een individueel geval is in het nieuws geweest en naar aanleiding daarvan is een aantal ethische vragen gesteld. Dingen zijn toen in gang gezet en dat loopt. Dat heeft helemaal niets te maken met het onderwerp van vandaag. Ik vind het ook niet verstandig om dat er met de haren bij te sleuren, want dat schept alleen maar verwarring. Ik benadruk dat de regeling extreme zorgzwaarte in de AWBZ geen enkel financieel probleem kent.