

3 Begroting VWS

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012 (33000-XVI).**

Zie vergadering van 9 november 2011.

De voorzitter:

Door mij zijn schriftelijke antwoorden ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen, gesteld in eerste termijn.

Deze antwoorden zullen worden opgenomen in een bijvoegsel bij de Handelingen van deze vergadering.

(Het bijvoegsel is opgenomen aan het eind van deze editie.)¹

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de minister voor haar antwoord. Zij begint met u te vertellen hoe zij zich voorstelt dit antwoord op te bouwen.

De algemene beraadslaging wordt hervat.



Minister Schippers:

Voorzitter. Allereerst wil ik de leden danken voor de inbreng in de eerste termijn. Mijn eerste termijn wil ik zo opbouwen dat ik begin met een inleiding. Vervolgens heb ik een aantal blokjes: preventie, de Algemene Rekenkamer, betaalbaarheid en toegankelijkheid en dan overig.

In januari heb ik mijn beleidsvoornemens gepresenteerd. Mijn missie is onveranderd. De premiebetaler moet meer zorg voor zijn geld krijgen, betere zorg die minder kost per behandeling. Gezien de Europese crisis wordt die missie alleen maar urgenter. De economische groei blijft achter bij wat eerder werd verwacht en de vooruitzichten zijn zorgelijk. Tegelijkertijd zal de druk op zorg, de zorgvraag, blijven stijgen. Veel mensen wijzen naar de vergrijzing als de oorzaak van de groei van de zorguitgaven. Wij worden inderdaad steeds ouder. Maar veel belangrijker zijn de technologische ontwikkelingen, waardoor ziekten waaraan wij vroeger doodgingen nu vaak chronisch worden. Het aantal chronisch zieken verdubbelt bijna in de komende jaren. Dat is een belangrijke oorzaak van de stijgende kosten: meer geld uitgeven om langer te leven. Wij willen ook graag langer leven. Wij willen geld en energie investeren in onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en nieuwe behandeltechnieken, zodat mensen langer kunnen leven en graag een fijn leven, liefst zonder pijn en met zo min mogelijk beperkingen. Daar doen wij het allemaal voor.

Om de groeiende groep chronisch zieken nu en in de toekomst te kunnen behandelen, is een aantal zaken belangrijk, ten eerste het voorkomen van ziekten en daarna, als wij die ziekten niet hebben kunnen voorkomen, meer zelfzorg als dat mogelijk is. Is hulp echt nodig, dan is het belangrijk dat de zorg in de buurt wordt georganiseerd. Zo wordt de zorg beter en goedkoper. Deconcentratie van ziekenhuiszorg die zich daarvoor leent, heeft ook priori-

teit. De eenvoudige tweedelijnszorg moeten wij in de eerste lijn gaan leveren. 2012 zal ik intensief gebruiken om hierover afspraken te maken. Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd mij erover te adviseren hoe ik de financiering kan aanpassen, zodanig dat ik samenwerking kan bevorderen, dat ik innovatie kan bewerkstelligen en dat ik de eerste lijn kan motiveren om meer zorg te verlenen als dat moet, maar ook geen zorg als dat niet hoeft. Ook krijg ik de evaluatie van de ketenzorg en ben ik begonnen met het overleg met de eerstelijnsaanbieders, de patiënten en de verzekeraars over de vraag hoe zij dit zien en wat zij kunnen realiseren. De LHV is hiervoor uitgenodigd. Het zou goed zijn, als zij zich bij dit overleg aansluiten. De huisarts is immers de spil van de eerste lijn.

Voor medisch-specialistische zorg ga je naar een ziekenhuis of een medisch centrum. In Nederland lijken de ziekenhuizen veel op elkaar qua profiel. Ieder ziekenhuis probeert zo breed mogelijk behandelingen aan te bieden: alle zorg onder een dak. Voor de eenvoudige medisch-specialistische zorg, de laagcomplexere zorg die veel patiënten nodig hebben, ligt dat voor de hand. Te denken valt daarbij aan een behandeling aan de galblaas of blindedarm. De regionale basisziekenhuizen kunnen heel goed zijn in het leveren van deze zorg en hiervoor kiezen. Voor zorg die complexer is, waarvoor duurdere apparatuur en veel routine nodig is en waarvoor niet ieder ziekenhuis genoeg patiënten heeft, is specialisatie van ziekenhuizen efficiënter. Behalve efficiënter is de zorg in deze ziekenhuizen ook kwalitatief veel beter. Overigens gebeurt het ook al. Zo delen de A12-ziekenhuizen, vier ziekenhuizen in de regio Haaglanden, al apparatuur. Zij gebruiken gezamenlijk en gedurende de gehele week een PET-CT-scanner in Gouda. Daarvoor werd het apparaat vier dagen per week niet gebruikt.

Ziekenhuizen die matig presteren, moeten zich dus echt afvragen of ze niet beter bepaalde zorg kunnen afstoten naar ziekenhuizen die daar steengoed in zijn. Vervolgens kunnen zij zich richten op de zorg waar ze zelf goed in zijn. Dat betekent dat dan niet alle zorg in ieder ziekenhuis beschikbaar is. Echter, als daardoor de kwaliteit en de betaalbaarheid sterk verbetert, dan is dat een verstandige keuze, die we dan ook snel moeten maken. Concentratie van zorg die echt maar op een paar plaatsen kan worden gegeven, is soms ook nodig in heel specifieke gevallen, zoals bij kinderkanker.

We willen weliswaar liever geen concentratie van zorg, maar als het niet anders of beter kan, dan moet het wel. Eigenlijk beschrijf ik hier een zorgpiramide. Het begint altijd met het voorkomen van ziekte, met preventie. Als je wat hebt, kijk je eerst naar wat je zelf kunt doen. Als hulp nodig is, kun je die breed aan de basis in de buurten krijgen. Het loopt vervolgens via eenvoudige medisch-specialistische zorg in regionale ziekenhuizen en medische centra op naar complexe medisch-specialistische zorg in gespecialiseerde ziekenhuizen en medische centra, tot uiteindelijk concentratie van zeldzame, innovatieve en kapitaalintensieve zorg aan de top.

Dit is een grote omslag, maar een noodzakelijke omslag. Deze omslag gaat ook niet vanzelf. Het zal veel vergen, maar het is echt nodig om betere zorg te kunnen leveren. Betere zorg voor minder geld per behandeling. Om ervoor te zorgen dat de zorgaanbieder maximaal zijn best doet voor de patiënt, moet in het ziekenhuis alles draaien om prestatie; de prestatie die aan de patiënt geleverd wordt. Het jaar 2012 zal voor medisch-specialistische zorg in het teken staan van de invoering van belonen

Schippers

naar prestatie. Dat is een flinke verandering voor de ziekenhuizen. Zij krijgen voortaan, in plaats van een budget dat voor groot deel vaststaat, een vergoeding die afhangt van de geleverde prestaties. Van ruim 40.000 dbc's gaan we over naar ongeveer 4000 DOT-zorgproducten. Zij beschrijven beter en beknopter dan een dbc welke prestatie een ziekenhuis levert. Het B-segment, waar vrije prijzen gelden, wordt verdubbeld van 35% naar 70%. Van de verzekeraars verwacht ik dat ze scherper op prijs, kwaliteit en het aantal behandelingen inkopen. Ik bereik dat door ze meer risico te laten dragen.

De macronacalculatie wordt per 2012 afgeschaft en de ex-post risicoverevening wordt stapsgewijs afgebouwd. Het model dat ik voor ogen heb, draait om belonen naar prestatie, vrije prijsvorming, keuzevrijheid en dynamiek. Allemaal maatregelen met als doel de prestaties voor de patiënt te verbeteren; betere prestaties voor een scherper tarief. Het eindmodel verwacht ik, conform de strategische zorgagenda, in 2015 te bereiken. Door de veranderingen in 2012 kunnen voor de ziekenhuizen grote schommelingen in de omzet ontstaan. Zorgvuldigheid is dan ook belangrijk. Daarom zullen de schommelingen in het eerste jaar voor 95% en in het tweede jaar voor 70% gedempt worden. Dat betekent dat er zelfs in het eerste jaar van de overgang ruimte blijft voor groei en krimp op basis van prestaties. Zo kunnen ziekenhuizen zich maximaal blijven inzetten voor de patiënt.

De zorg anders en slimmer organiseren is echt noodzakelijk om meer zorg uit de zorgpremie te halen. Dat is een belangrijke eerste stap. Een tweede stap is dat we alleen nog zinnige en zuinige zorg collectief betalen. Iedereen heeft daarin een eigen rol. De patiënten, die niet altijd die extra foto, dat extra onderzoek of die behandeling kunnen krijgen als de arts aangeeft dat dit geen zinnige zorg is omdat het niet helpt of ook vanzelf overgaat. De arts, die dit zijn patiënt vertelt en voet bij stuk houdt als hij echt van mening is dat iets niet zinvol is. Of als hij een medicijn voorschrijft dat voor eigen rekening komt. Behalve als het voor chronisch zieken is. Dat lijkt logisch, maar we hebben hiermee niet zulke goede ervaringen. Als deze nuance in de praktijk namelijk niet wordt toegepast en de arts voor iedereen het chronische teken op het recept zet, dan verdwijnt zo'n medicijn of behandeling uit het pakket. Ook voor die mensen van wie we allemaal vinden dat het wel in het pakket zou moeten zitten. Als wij op landelijk niveau kijken naar de mate waarin artsen zich aan hun eigen richtlijnen, protocollen en standaarden houden, zien wij ook een grote spreiding. In het ene ziekenhuis opereren artsen gewoon veel sneller dan in het andere. De ene arts schrijft veel duurdere medicijnen voor dan de andere in dezelfde situatie. Sommige diagnoses worden in bepaalde regio's volstrekt onverklaarbaar veel vaker gesteld dan in andere regio's. Het is ontzettend belangrijk dat wij door gepast gebruik van zorg de strijd aangaan met volmestijgingen. Hier zit de lucht: zorgverlening die beter niet kan worden verleend of zuiniger kan met een even goed of zelfs beter resultaat. Zowel in het akkoord met de medisch specialisten en de ziekenhuizen over de honoraria en de kwaliteit van zorg, als in het hoofdlijnenakkoord dat ik heb gesloten met ziekenhuizen, zbc's en zorgverzekeraars, zijn hierover afspraken gemaakt.

Maar uiteindelijk zit de arts aan de knoppen. Uit zijn pen komt het geneesmiddelenrecept. Hij bepaalt welke behandeling hij kiest. De arts is dus doorslaggevend. Hij moet worden gesteund door het ziekenhuis. Zonder die steun wordt het voor hem ook een lastige opgave. De

zorgverzekeraar moet dit opnemen in de afspraken die hij met ziekenhuizen en zbc's maakt. De volumebeperking tot 2,5% netto gaat hierover. Die gaat erover dat wij geen zorg leveren die niet nodig is. Dat is de uitdaging voor de komende jaren.

Mevrouw Leijten (SP):

Gepast gebruik. Het klinkt vriendelijk, maar wat wordt hiermee bedoeld? Gisteren was de minister op de radio. Toen zei zij dat mensen op het sterfbed moeten leren los te laten. Kan zij drie voorbeelden geven van behandelingen die mensen niet meer krijgen als "gepast gebruik" wordt toegepast? Wordt een leeftijdsgrens gehanteerd? Is "naderend sterven" een criterium? Hoe kan een arts beslissen om wél te behandelen als hij dat opportuun vindt als een ziekenhuis of een verzekeraar het te duur vindt?

Minister Schippers:

Mevrouw Leijten haalt een radio-interview aan, maar dat moet zij wel goed doen. Ik heb gezegd dat ik een leeftijdsgrens leeftijdsdiscriminatie vind. Ik vind dat een arts moet besluiten of een behandeling medisch noodzakelijk is, maar ook of het helpt. Helpt het als ik dit voorschrijf? Wordt iemand daar beter van of niet? Helpt het bij de kwaliteit van leven of rek ik een sterfbed dat al treurig genoeg is? Dat zijn belangrijke vragen waar artsen in de dagelijkse praktijk mee worstelen. Bijna overal waar ik kom word ik hierop door artsen aangesproken. Zij zeggen dat zij zich ernstig storen aan het feit dat de patiënt, maar voornamelijk de familie in de laatste fase de neiging heeft om maar door te behandelen, terwijl wij allemaal weten dat het zinloos is. Daar gaat het om.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik denk dat het heel goed is als de arts daar samen met familie en patiënt goed naar kijkt en daarbij kan adviseren. Maar deze minister maakt afspraken over gepast gebruik. Ik vraag naar die afspraken. Wanneer wel en wanneer niet? Als er geen leeftijdsgrens is, vraag ik mij af in welke situatie dan wel of niet behandeld wordt. Als wij iemand een openhartoperatie laten ondergaan, weten wij ook niet of dat succesvol zal zijn of dat de patiënt zal overlijden. Iemand kan nog vijftien jaar gezond leven, maar kan ook gehandicapt uit de operatie komen. In de gezondheidszorg hebben wij helaas niet altijd garanties. Wat betekent de afspraak over "gepast gebruik" tussen ziekenhuizen en verzekeraars voor de behandeling van patiënten?

Minister Schippers:

Ik ben het met u eens dat het leven niet zo maakbaar is als wij vaak graag willen. Gepast gebruik betekent dat men zich aan zijn eigen protocollen, standaarden en richtlijnen houdt. Het gaat er niet om wat ik maak in een toren-tje ergens ver weg. Het gaat erom wat artsen en wat wetenschappelijke verenigingen zelf vinden dat in een bepaalde situatie moet worden gedaan. Het is altijd mogelijk om op individuele gronden met goede argumenten van een protocol of richtlijn af te wijken, maar die protocollen en richtlijnen zijn niet voor niks gemaakt. Mensen hebben zich daarover gebogen. Zij zeggen: in een bepaalde situatie moet een arts dit of dat doen, opereren of juist niet opereren.

Schippers

Mevrouw **Leijten** (SP):

De SP is erg voor dat soort professionele afspraken. Wat de SP wel gevaarlijk vindt – en dat gebeurt altijd bij dit soort discussies – is dat gepast gebruik in één zin wordt genoemd met beperkte volumegroei. Dan kan er ineens niet meer behandeld worden waar dat wel mogelijk is, of er komt een leeftijdsbeperking. Als dat niet haar bedoeling is, raad ik de minister aan om in geval van besparingen of volumegroei niet meer te spreken over gepast gebruik. Laat dat aan de professionals zonder een financiële molensteen om hun nek.

Minister **Schippers**:

Ik verschil daarin toch van mening. Gepast gebruik heeft allerlei effecten die de kwaliteit van leven betreffen. Die effecten betreffen geld en die effecten betreffen van alles en nog wat. Dat moet je kunnen benoemen. Ik ben het wel met u eens dat wij moeten uitgaan van de richtlijnen en de standaarden die de sector zelf op goede gronden vaststelt. Die mensen zijn daarin deskundig en weten wat op dat moment state of the art is. Daar moeten wij ons dus op richten. Laten wij daar maar eens mee beginnen, want daar is nog een wereld te winnen. Dat is eigenlijk de kern van mij hele verhaal.

De agenda voor de somatische zorg geldt evenzeer voor de geestelijke gezondheidszorg. Het jaar 2012 wordt een stevig jaar voor deze sector. Toch moet er ook in de geestelijke gezondheidszorg een slag worden gemaakt om de stijgende zorgvraag het hoofd te bieden. Ook hier is de opbouw van de zorg eerst preventie, dan zelfzorg als dat kan, vervolgens basiszorg in de buurt en daarna specialistische zorg in de tweede lijn.

De ggz moet ook worden afgerekend op prestatie. Het project Routine Outcome Measurement levert daarvoor een vehikel dat behoorlijk vooruit is op de somatische zorg omdat de uitkomst, het resultaat, wordt gemeten. Ik wil met de sector, met de patiënt en met de verzekeraars afspraken maken zodat we een kwalitatieve slag kunnen maken. Een slag waarvan de patiënt beter wordt omdat hij beter kan worden geholpen, maar ook een systeem waarin de beste prestaties worden beloond, waardoor het voor de mensen die er werken, loont om beter te zijn en aan te kunnen bieden wat echt nodig is.

Het jaar 2012 wordt financieel een moeilijk jaar voor de geestelijke gezondheidszorg, dat zie ik echt in. Maar ook voor de geestelijke gezondheidszorg zit er in deze kabinetsperiode groei. Het is dus echt zaak om vooruit te kijken en te werken aan de toekomst. Mijn complimenten gaan dan ook naar de sector: zij zijn over hun eigen schaduw heengestapt en zitten bij ons aan tafel om samen met ons te werken aan een goede agenda voor de toekomst.

Het kabinet heeft het vaste voornemen om de schulden af te lossen die de overheid heeft gemaakt om de bankencrisis het hoofd te bieden. Hoge schulden betekenen veel rente betalen en dat geld kunnen wij veel nuttiger besteden. Daarom moeten wij in deze periode 18 mld. bezuinigen. Tegelijkertijd mogen de collectieve zorguitgaven in deze kabinetsperiode groeien van zo'n 60 mld. naar 75 mld. in 2015.

We teren daarbij in op de collectieve uitgaven van de overheid. Waar andere departementen een pas op de plaats maken, zoals Onderwijs, of zelfs bezuinigen zoals Defensie dat moet doen, groeien wij door. Dat geldt ook voor de persoonlijke huishoudboekjes van mensen. Veel mensen krijgen in deze moeilijke economische tijd nau-

welijks een loonsverhoging, maar de premie van de zorgverzekering stijgt jaar op jaar. Daardoor blijft er minder geld over voor andere dingen.

Wij zullen er dan ook voor zorgen dat de stijging beperkt blijft tot de afgesproken 15 mld. In andere jaren zijn de overschrijdingen vaak elders gedekt, maar daarvoor hebben wij niet gekozen. De overschrijdingen worden zo veel mogelijk teruggehaald waar zij plaatsvinden; dat zullen wij de komende jaren doen. De strategische agenda ligt op schema en dat is nodig om de zorg klaar te maken voor de toekomst.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Ik wil nog even terug naar het punt over de ggz. Ik sluit mij aan bij de complimenten die de minister de sector geeft, maar ik ben na het lezen van de schriftelijke beantwoording wel erg benieuwd wat de invoering van de eigen bijdrage precies betekent voor het jaar 2012. De minister zegt dat wij na 2012 moeten komen tot een gezamenlijke aanpak. Dat is mooi, maar wat betekent de invoering van de eigen bijdrage vanaf 2012 waarvan Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland zeggen: sorry, het is gewoon niet uitvoerbaar!

Minister **Schippers**:

De eigen bijdrage gaat per 1 januari 2012 in en de verzekeraars worden daarop in de budgetten afgerekend. Zij zullen dat zelf onderling moeten regelen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Wat betekent dat dan? De zorgverzekeraars zullen dat wel moeten doen, terwijl zij waarschuwen voor hoge invoeringskosten. Welke rekening krijgen wij uiteindelijk als samenleving gepresenteerd op het moment dat het in 2012 niet goed verloopt?

Minister **Schippers**:

Ik weet dat er bij zorgverzekeraars weinig animo is om deze extra taak op zich te nemen. Dat is logisch. Men wil het liefst zo min mogelijk taken. De sector heeft de eigen betalingen nooit gewild. Dus dat die niet enthousiast is, begrijp ik ook. Maar we leven wel in een parlementaire democratie en dat betekent dat als er in dit huis een besluit wordt genomen over invoering van eigen betalingen, dit uiteindelijk uitgevoerd moet worden. We hebben in andere sectoren in het verleden ook allerlei eigenbetalingsystemen ingevoerd, waarbij het net zo goed toen de verantwoordelijkheid was van de verzekeraars en degenen voor wie de eigen betaling gold, of dat nu de geneesmiddelenknaak was of anderszins. En dat is in dit geval ook zo.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Ik vind het toch merkwaardig. Op de een of andere manier voelt de minister zich wel verantwoordelijk en meldt zij met enige trots dat er na 2012 een gezamenlijke aanpak komt. Maar dan zou ik toch mogen verwachten dat deze minister ook haar verantwoordelijkheid al neemt vanaf het moment van invoering? Dat kun je toch niet zeggen: dan is het aan de zorgverzekeraars en vanaf 2012 is er die gezamenlijke aanpak? De minister zal er toch ook garant voor moeten staan dat het zorgvuldig gaat gebeuren per 1 januari 2012?

Schippers

Minister Schippers:

Natuurlijk moet dat per 1 januari 2012 zorgvuldig gebeuren, maar de wet verbiedt mij gewoon om het zelf uit te voeren. De wet verbiedt mij om daarin in te grijpen. Het is Europees zo geregeld dat uiteindelijk de partijen zelf uitmaken hoe ze dat regelen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Wat betreft de eigen bijdrage heeft de minister aangegeven dat die niet via het CAK kan. Het systeem van het CAK maakt het niet mogelijk die eigen bijdragen te innen. Nu geven de instellingen aan dat hetzelfde probleem voor hen geldt. Dus dan gaat het argument van het CAK ook hierbij op. Ik zou wel graag willen dat de minister dan dezelfde argumenten gebruikt en dat ze zegt: als dit niet inbaar is, moeten we het niet op deze manier doen.

Minister Schippers:

Als een besluit wordt genomen waarbij de verantwoordelijkheid om dat te uitvoeren bij het veld ligt en ik daarbij niet kan ingrijpen, dan ga ik ervan uit dat het zorgvuldig gebeurt. Dan vind ik het echt veel te ver gaan om als men het nu nog niet precies weet terwijl er nog tijd is, nu bij voorbaat al de conclusie te trekken dat het niet gaat lukken.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Dan zou de minister er ook voor kunnen kiezen om de inning alsnog via het CAK te doen. Want dan geldt daarbij net zo goed dat je niet bij voorbaat kunt zeggen dat het daar niet zal lukken.

Minister Schippers:

Nee, want ik heb in een vroegtijdig stadium al aangegeven dat dit niet het geval is. De tijd die ertussen zit, hebben de partijen kunnen gebruiken om het wel op een zorgvuldige manier zelf vorm te geven.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik denk dat wij het hier niet over eens gaan worden. Ik vrees dat we volgend jaar hier een discussie over krijgen en dat dan zal blijken dat die 11 mln. niet gehaald zijn.

Minister Schippers:

Uiteindelijk zal ik dat gewoon in de tarieven verwerken.

De heer Van der Veen (PvdA):

Ik denk dat de minister en wij helemaal niet zo veel van mening verschillen over het eindplaatje dat de minister schetst als het gaat over de organisatie van de zorg, maar veel meer over de weg ernaartoe. De minister geeft aan prikkels te geven en goed gedrag te belonen en slecht gedrag af te straffen. De werkelijkheid nu is, dat als gevolg van de overgang naar marktwerking, het volume sterk stijgt, hetgeen ook uit NZa-onderzoek blijkt. Uit het promotieonderzoek van mevrouw Hasaart blijkt dat medische verrichtingen waaraan verdiend wordt in het kader van de dbc-structuur meer worden gedaan dan verrichtingen waar minder aan verdiend wordt. Van de umc's hoor ik dat ze steeds meer als een soort afvalputje gaan dienen voor die verrichtingen waar in algemene ziekenhuizen te weinig op verdiend wordt. Deelt de minister dit inzicht?

Minister Schippers:

We hadden 35% eigen prijzen; dat verdubbel ik naar 70%. Dat betekent dat voor 70% van de zorg – waar het een

derde was, wordt het twee derde – ziekenhuizen zelf kunnen bepalen wat de prijs is. Ze kunnen dus zelf een kostendekkende prijs vaststellen. Ik ben er het afgelopen jaar ook tegen aangelopen. Vandaar dat ik deze grote stap wilde zetten. Er werden namelijk een aantal behandelingen onderbeprijsd. Ziekenhuizen legden er financieel op toe als ze een bepaalde behandeling deden. Dat is de reden dat ik heb gezegd dat wij toe moeten naar maximaal vrije prijzen zodat iets kostendekkend geprijsd wordt. Met die maatregel heb ik dus juist het aantal dingen dat in het verleden niet kostendekkend kon worden uitgevoerd ernstig teruggedrongen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft mij over de 30% die ik er niet in heb meegenomen aangegeven dat het product onvoldoende stabiel is, dat ik het product onvoldoende kan prijzen of dat het onverstandig is, omdat het bijvoorbeeld in één plaats in Nederland kan worden gegeven. Dan heeft het namelijk weinig zin. Ik heb dit echter nu juist met die vrije prijzen ondervangen, waar het kon.

De heer Van der Veen (PvdA):

Het gaat er nu juist om dat het promotieonderzoek van mevrouw Hasaart vooral betrekking heeft op dat gedeelte waar de vrije prijzen al bestonden. Daar is sprake van een overproductie van de zaken waaraan verdiend wordt en een onderproductie van zaken waar verlies op wordt gemaakt en van het doorschuiven naar de umc's. Als ik de minister beluister, heeft zij ontzettend veel geloof in de toekomst, maar de werkelijkheid ligt toch anders.

Aanvullend hierop heb ik een volgende vraag. De minister benadrukt in haar betoog heel sterk de rol van de zorgverzekeraars. Zij moeten het allemaal in de gaten houden. De werkelijkheid is echter dat de zorgverzekeraars nauwelijks enig risico lopen en hun risico afdekken in de premie, en vooral dat de premie die de zorgverzekeraars in rekening brengen ook al geen onderscheidend criterium meer is, nu UVIT en Achmea, de twee grootste zorgverzekeraars in Nederland, exact dezelfde premie hebben. Graag wil ik ook daar een antwoord op van de minister. Waar baseert de minister dan nog op dat de zorgverzekeraars de zaak onder druk houden?

Minister Schippers:

Om op het eerste onderdeel in te gaan, juist de prijzen zijn niet eenzijdig. Het is niet zo dat aanbieders of verzekeraars die in hun eentje kunnen vaststellen. Het vaststellen van prijzen gaat nu juist in gesprek tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Als er vrije prijzen zijn, kun je dus zo beprijzen dat het in ieder geval kostendekkend is. Als het namelijk niet kostendekkend is, is er een probleem en dan zegt de zorgverzekeraar dat hij een zorgplicht heeft. Hij zal dan toch ergens moeten inkopen. Ik zie dus niet met de heer Van der Veen dat dit systeem niet waterdicht zou zijn.

Het tweede onderdeel gaat over het systeem met verzekeraars. Wij hebben daar natuurlijk veel vaker over gedebatteerd, ook over vragen als wat de rol van de verzekeraars moet zijn en wat ons zegt dat zij die rol ook gaan oppakken. Ik verwachtte deze vraag en heb gisteren ook de inbreng van de heer Van der Veen gehoord. Daarom heb ik het verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid erop nageslagen. Als de heer Van der Veen deze rol van de verzekeraars namelijk niet wil, dan vraag ik me af wat hij dan wel wil. Ook in zijn eigen verkiezingsprogramma blijft de verzekeraar de zorginkoper die zorg inkoopt voor zijn patiënten voor een scherpe prijs en een goede kwaliteit.

Schippers

teit. Als dit niet zo is, moet ik eerst horen wat het alternatieve model is. Als ik namelijk geen alternatief model heb, dan rest ons het verbeteren van dit model, zodat we betere resultaten krijgen.

De voorzitter:

Wil de minister proberen om de woordvoerder niet rechtstreeks aan te spreken?

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Dit antwoord typeert de minister: het zoeken naar theoretische alternatieven. Ik vraag echter om de werkelijkheid van dit moment. De minister ontkent die echter, ook in haar antwoord. Ik vraag iets heel anders dan een beschouwing over het verkiezingsprogramma van de Partij van de Arbeid. Ik vraag naar de cijfers en ontwikkelingen op dit moment. Ik constateer dat zorgverzekeraars zelfs al niet op de premie met elkaar concurreren. Daarover wil ik graag een antwoord van de minister.

Minister Schippers:

Ik ben juist bezig met het zoeken naar praktische oplossingen. Ik kijk naar de werkelijke praktijk, ik zie wat er in de praktijk gebeurt en ik zie dat zorgverzekeraars onvoldoende concurreren. Ik ga de achtervang van de zorgverzekeraars, waarbij zij hun verliezen en hun winsten aan elkaar doorgeven, in een paar grote stappen fors afbouwen. In 2012 neem ik al de grootste stap door de hele macrona-culatie af te schaffen. Daardoor zet je zorgverzekeraars al aan tot het door ons gewenste gedrag. Dat is juist gebaseerd op de situatie in de praktijk waarin ik de concurrentie onvoldoende van de grond vind komen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ten aanzien van het uitbreiden van het vrije segment heb ik een vraag over de behandeling van mensen met hiv. Deze behandeling valt nu nog onder de vergunning en de Wet voorbehouden medische behandelingen. De minister is voornemens om ook mensen met hiv te vermarkten. Waarom wil zij dit gaan doen en hoe wil zij ervoor zorgen dat deze mensen geen prooi worden op de zorgmarkt?

Minister Schippers:

Ik ga niet uit van dergelijke terminologie. Er zijn namelijk heel ernstige ziektes, waardoor mensen ontzettend ziek zijn, die worden beprijsd in het vrije segment, waarvoor heel goede en integere behandelingen worden gegeven in ziekenhuizen. Die mensen zijn geen prooi, voor die mensen wordt in de ziekenhuizen de beste zorg geleverd om hen weer beter te maken. De Wet op bijzondere medische verrichtingen beschermt speciale verrichtingen, waarvan de overheid vindt dat ze zo innovatief of zo specialistisch en nieuw zijn, dat ze niet zomaar in alle ziekenhuizen mogelijk zijn. Als een behandeling, na jaren doorontwikkeling, gangbaarder is geworden, kan op een gegeven moment worden besloten dat deze in meer ziekenhuizen kan. Dat heeft niets te maken met vermarkten; dat heeft ermee te maken dat iets in het begin heel speciaal is, maar op een gegeven moment zo gangbaar wordt dat andere partijen het ook kunnen doen en het bijvoorbeeld dichterbij huis kan worden geleverd.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De SP maakt zich er zorgen over dat er zo onvoorzichtig wordt aangekondigd dat de behandeling overgaat naar het reguliere segment, waar over prijs wordt onderhan-

deld tussen ziekenhuizen en verzekeraars, en dus uit de reikwijdte van de wet verdwijnt. Wij zouden graag een advies van het College voor zorgverzekeringen zien om te weten of dit inderdaad een goede zaak is, en daarover later met de minister spreken. Ik vraag haar hierbij om geen onomkeerbare stappen te zetten voordat hierover met de Kamer is gesproken.

Minister Schippers:

Dit soort beslissingen wordt nooit zomaar op het ministerie genomen, door een ambtenaar die ineens denkt: we gooien even hiv uit de Wet op bijzondere medische verrichtingen. Dat gaat dus altijd op basis van advies. Ik weet niet of het CVZ hierover specifiek heeft geadviseerd. Ik zal dit nog even nagaan en zal dat in tweede termijn laten weten.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Naar aanleiding van de inleiding van de minister heb ik twee vragen. De minister zegt dat zij aan tafel zit met de eerste lijn, maar niet met de Landelijke Huisartsen Vereniging. Mij lijkt het juist van ontzettend groot belang dat die ook aan tafel komt.

Verder sprak de minister over de concentratie van top-specialistische zorg op beperkte plaatsen, bijvoorbeeld van de kinderoncologie. Is de minister niet met mij van mening dat het kwetsbaar is om zorg slechts op één plaats in Nederland te concentreren, hoe complex deze ook is?

Minister Schippers:

Ik kan de LHV niet dwingen. Wij zitten met alle eerstelijns-partijen, inclusief de gezondheidscentra, rond de tafel. Natuurlijk hoort de LHV daarbij; niet voor niets zei ik dat de huisarts de spil is in onze gezondheidszorg. Ik ga echter niet over de LHV, ik kan niets meer doen dan haar uitnodigen. Ik hoop dat wij haar binnenkort kunnen verwelkomen. Ik nodig haar via dit debat nogmaals uit om te komen en om mee te denken over hoe wij na deze periode met elkaar een agenda kunnen opstellen. Dat is namelijk echt nodig. In de afgelopen periode ben ik er wel achter gekomen dat er vaak partijen zeiden dat er afspraken waren gemaakt, terwijl andere dat weer ontkenden. Ik wil daar echt vanaf, ik wil dat er gewoon op papier komt te staan welke partij iets doet, wat zij daarvoor krijgt, en wat er gebeurt als dat niet lukt. Dit is eigenlijk een beetje wat we ook met de ziekenhuizen hebben gedaan.

Over de concentratie van kinderoncologie bestaat echt een misvatting. Wat wordt namelijk geconcentreerd? Met name de indicatiestelling, dus met name dat deel van de zorg waarvoor er maar een paar specialisten zijn, van wie je de behandelingen moet concentreren. Dat is slechts een klein onderdeel van de praktijk van die zorg. De rest van de zorg gebeurt gewoon in de regio waar de kinderen wonen, gewoon in de ziekenhuizen waar dit nu ook gebeurt. Wij zouden het punt echt missen als wij zeiden: we gaan daar niet aan beginnen, het gebeurt op één plek in Nederland. Als een behandeling zo weinig patiëntjes kent, moet je de kennis bundelen en de behandeling op één plek geven. Ik denk dat zoiets de kwaliteit van de zorg echt vooruit zal helpen.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Even doorgaand over de concentratie: de minister noemde slechts één voorbeeld. En over de huisartsen het volgende. Ik zag gisteren of eergisteren in mijn box een brief

Schippers

langskomen van de huisartsen, waarin stond dat zij echt met de minister aan tafel willen. Ik hoop dat dit wordt losgetrokken door dit debat, want afspraken maken is werkelijk de enige mogelijkheid.

Minister Schippers:

Voorzitter. Over preventie bestaan veel misverstanden. Ik zeg hier dan ook graag dat ik dé minister ben van preventie. Dat is misschien een ander soort preventie dan door sommigen in de Kamer wordt voorgesteld. Ik ben niet voor niets de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dat is niet toevallig. Daarvoor is bewust gekozen. Sport en gezondheid liggen zo in elkaars verlengde dat een combinatie voor de hand ligt. Dat is heel goed terug te zien in mijn beleid. Om gezonde keuzes gemakkelijk te maken, komt er een impuls voor sport in de buurt. Ik doe een beroep op alle partijen in de buurt, van de supermarkt en de Rabobank tot de scholen, de naschoolse opvang en het welzijnswerk, om de handen ineen te slaan en van sport iets te maken dat hoort bij de dag, zodat sport een natuurlijk onderdeel van de dag wordt, dichtbij en veilig. Sport en bewegen zijn cruciaal om een slechte levensstijl te veranderen. Sport is goed tegen overgewicht en depressie en diabetes wordt ermee tegengaan; sport helpt in elk geval in het omgaan met en genezen van diabetes.

Ik heb in relatie tot preventie dus duidelijke keuzes gemaakt. Die heb ik in de nota Gezondheid dichtbij ook genoemd. Het kabinet kiest daarbij voor een omslag in leefstijlbeleid. Dat vinden wij nodig omdat het in de afgelopen jaren steeds meer het terrein was geworden van overheid en professionals. Het gaat in de eerste plaats juist om mensen zelf, om hun gezondheid en hun verantwoordelijkheid daarvoor. Mensen beslissen zelf over hun levensstijl. Zij maken de hele dag door keuzes: wanneer en wat zij eten, gaan fietsen of de auto nemen, al dan niet een borrel drinken. Daarom is het kabinet terughoudend met verboden, ongeraagd advies en keuzes beperken vanuit de overheid. Daarom zetten wij in op doen, op het praktisch gemakkelijk maken om gezond te leven. Ook kennisverspreiding gaat gewoon door, niet via massamedia campagnes, maar wel gericht op de leefwereld van met name jongeren. Dat gebeurt via social media; goedkoper en veel effectiever. Dat gebeurt ook via scholen en met logo's; in de supermarkt wordt met een logo duidelijk gemaakt wat in die categorie gezond en minder gezond is. Aan de hand van etiketten op producten wordt het mogelijk gemaakt om bewuster te kiezen.

Met andere vormen van preventie, zoals gezondheidsbescherming, wordt gewoon doorgedaan of daarin wordt meer geïnvesteerd. Ik doel daarbij op bescherming tegen gezondheidsrisico's waarop mensen zelf geen invloed hebben. Op dat punt moeten mensen op de overheid kunnen rekenen. Wij blijven bijvoorbeeld investeren in infectieziektebestrijding en voedsel- en productveiligheid. Kijk verder eens naar darmkankerscreening, waarmee veel leed zal worden voorkomen en waarin op termijn zo'n 40 mln. per jaar wordt geïnvesteerd. Met die investeringen en het feit dat er meer geld komt voor sport en bewegen in de buurt, durf ik te stellen dat wij meer geld investeren in preventie dan veel kabinetten, zo niet alle kabinetten, voor ons.

Enkele fracties, zoals die van D66, de PvdA en GroenLinks, stellen voor om nieuwe preventie-interventies als de gecombineerde leefstijlinterventie op te nemen in het basispakket. Ik ben daarvan geen voorstander. Gezond leven is een keuze van mensen zelf. Zij be-

slissen zelf wat zij daarvoor over hebben en dragen daarvoor in principe zelf de kosten. Dit moet niet via de zorgpremie ten laste worden gebracht van anderen. Mevrouw Wiegman van de fractie van de ChristenUnie presenteert namens haar fractie de preventienota Samen gezond. Ik waardeer een dergelijk initiatief om constructief en kritisch mee te denken met beleid of juist te markeren dat de ChristenUnie hierover anders denkt. Hopelijk begrijpt u dat ik niet in één nacht het rapport de aandacht kan geven die het verdient. Ik stel voor om in het notaoverleg van 19 december over de landelijke nota Gezondheid dichtbij terug te komen op de voorstellen die u in uw nota hebt gedaan.

De voorzitter:

Probeert u alstublieft om elkaar niet rechtstreeks aan te spreken.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Voorzitter. De minister zegt dat zij dé minister van preventie is. Misschien mag ik dan zeggen dat ik dé woordvoerder preventie ben. Zij zegt verder dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor de keuzes die zij maken. Dat is zeker waar. Ik ben dat helemaal met haar eens. Mensen hebben echter lang niet altijd de gelegenheid om die gezonde keuze te maken. Er is een grote groep mensen in Nederland die, ofwel omdat zij er te weinig vanaf weten ofwel omdat zij niet in staat zijn om die keuze te maken, niet de goede keuze maken en een ongezonde leefstijl hebben. Ik heb gisteren gevraagd, ook aan de heer Mulder, wat wij nu eigenlijk aan het doen zijn als wij alleen de gevolgskosten van een ongezonde leefstijl in de basisverzekering opnemen. Ook de minister weet dat 50% van de grote ziekten welvaartsziekten is en dat deze welvaartsziekten veroorzaakt worden door een ongezonde leefstijl. Is het niet onze verantwoordelijkheid om mensen te helpen bij het veranderen van hun leefstijl, zodat we veel meer grip krijgen op de kosten en op de leefsituatie?

Minister Schippers:

Wij helpen, maar op een andere manier dan vorige kabinetten. Wij investeren in doen. Mevrouw Dijkstra vraagt of wij niet de gelegenheid zouden moeten vergroten voor doen. Dat is precies wat wij doen. Wij investeren veel geld in sport in de buurt. Bewegen is de sleutel voor een andere levensstijl. Bij alle gezondheidsdoelen die wij stellen is bewegen een goed middel. Bewegen is steeds meer buiten de bebouwde kom, buiten buurten, wijken en dorpen geplaatst. Dit is het gevolg van ruimtelijkeordeningsbeslissingen en andere beslissingen. Je moet er met de tram heen of je moet een behoorlijk stuk fietsen. Het is niet gemakkelijk om tot beweging te komen. We hebben programma's opgezet voor werkende mensen. We zijn ook bezig met een nieuw programma, samen met het ministerie van Sociale Zaken, dat bewegen op het werk moet stimuleren. In het SCP-rapport staat de curve van bewegen in een mensenleven. Als je ouder wordt, gaat de curve steil naar beneden. We proberen de oudere aan het bewegen te krijgen. Ook bekijken wij of in verzorgingshuizen iets kan worden gedaan aan bewegen.

Ik kan het hier wel allemaal opsommen, maar ik heb er ook al een nota over geschreven. We investeren geld in doen. We willen bewegen makkelijk maken en dichtbij aanbieden. Wij kiezen er niet voor om het programma voor stoppen met roken in het pakket te laten. Iemand die stopt met roken, wordt daar financieel beter van. Hij heeft

Schippers

dus geen financiële drempel om te stoppen met roken. Stoppen met roken is een stap die je zelf moet zetten. Als je die stap zet, gaat het je lukken. Daar heb je misschien hulpmiddelen bij nodig, maar die hulpmiddelen verdienen je later dik terug.

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Dat is precies het onderwerp waar de minister en ik voortdurend met elkaar over in debat zijn. De minister zegt dat je zelf moet stoppen met roken en dat je daar geld aan overhoudt. Het blijkt dat mensen dit niet lukt. De financiële prikkel is kennelijk niet voldoende. Als men de rekensom maakt van de uitgaven aan sigaretten, zou niemand nog roken, tenminste, als alleen de financiële prikkel bepalend zou zijn. Er blijkt iets anders aan de hand te zijn. Sinds stoppen met roken en de farmacologische ondersteuning daarbij in het basispakket zitten, helpt dat enorm en zijn al veel meer mensen gestopt met roken dan tot dan toe het geval was. Het is blijkbaar een heel goed middel. Waarom moet het er nu uit, terwijl het zo'n goed effect heeft en op de lange duur heel veel kosten bespaart en heel veel mensenlevens redt en kwaliteit van leven biedt?

Minister **Schippers**:

Ik ben ervan overtuigd dat niemand stopt door financiële prikkels. Als roken duurder wordt, blijven mensen evenveel doorroken. Ze eten misschien wat minder en besteden minder geld aan andere zaken. Dat is nou eenmaal zo met roken. Ik geloof helemaal niet dat de financiële prikkel doorslaggevend is om te stoppen. Als je voor jezelf bepaalt dat je wilt stoppen met roken en als je besluit om daarbij medicijnen te slikken, omdat stoppogingen daarmee veel succesvoller zijn, verdient je de medicijnen terug door het stoppen met roken. Ik zie niet in waarom de niet-rokende buurman zou moeten meebetalen aan de medicijnen, terwijl degene die stopt met roken deze terugverdient.

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

De niet-rokende buurman moet ook meebetalen aan de COPD-behandeling en andere longbehandelingen van rokers. Dat noemen we solidair. Kennelijk is solidariteit niet aan de orde als wij mensen willen helpen om van een gewoonte af te komen waar zij op eigen kracht niet van af kunnen komen.

Minister **Schippers**:

Iedereen moet meebetalen aan de gevolgen van obesitas, maar het eten zit ook niet in het pakket. Er zijn grenzen. Er zijn medicijnen beschikbaar. Die zijn niet ineens verdwenen. Ook de consultaties blijven in het pakket, zeg ik tegen de heer Mulder. In mijn ogen is het namelijk de taak van de huisarts om aan mensen duidelijk te maken dat het goed is om te stoppen met roken, omdat ze anders niet van hun rothoest afkomen. Een goede zorgverlener geeft dit advies.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Ik ga graag met de minister tijdens een notaoverleg preciezer in op de inhoud van mijn nota en de concrete voorstellen die ik daarin doe. Ik vind het echter belangrijk om tijdens deze begrotingsbehandeling even stil te staan bij de basisprincipes. Uit de discussie tussen de minister en mevrouw Dijkstra blijkt wel dat bij preventie het "ik vind"

van de een staat tegenover het "ik vind" van de ander. Waar ik in mijn nota om vraag, is of wij kunnen afspreken dat preventie een kwestie is van doen, op basis van wat wetenschappelijk bewezen effectief is. Kan ik de minister vanaf vandaag daaraan houden?

Minister **Schippers**:

Als je iets in een pakket stopt, moet het in ieder geval wetenschappelijk bewezen effectief zijn. Er zijn echter meer afwegingen voordat je iets in een pakket stopt. Er zijn ook politieke afwegingen, gekleurd door je visie op de samenleving. Wat is de verantwoordelijkheid van mensen? Wat nemen wij collectief op? Het is dus niet waardevrij. Wij kunnen niet zeggen: wij parkeren het bij een wetenschappelijke instelling, dan zijn we van het debat af. Er zal altijd debat zijn, omdat uw visie op de samenleving anders is dan de mijne. Dat komt in een debat bij elkaar of niet.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Kunnen we dan op z'n minst afspreken dat we het het meest doorslaggevend laten zijn en dat we elkaar op die wetenschappelijke feiten – prima om die te bespreken in het licht van onze ideologieën – af kunnen rekenen. In dat licht verbaast me eigenlijk wel de snelheid waarmee de darmkankerscreening in het pakket is opgenomen. Juist over de effectiviteit van die screening bestaan veel vragen, terwijl er enorme investeringen mee gemoeid zijn. Ik heb dat ook aan het eind van mijn nota laten zien. Het zijn ingewikkelde rekensommen. Natuurlijk is elke dode er een te veel, zeker als je het kunt voorkomen. Maar als het gaat om de financiële keuzes die we maken, waarom dan die keuze voor de darmkankerscreening?

Minister **Schippers**:

Dat is heel simpel. Op basis van wetenschappelijk onderzoek, wat u graag wilt, is de kosteneffectiviteit kraakhelder, veel helderder dan voor veel andere dingen die we doen. Het is kraakhelder dat dit ontzettend wijs is om te doen. Anders zou ik er ook niet zo veel geld in investeren.

De heer **Mulder** (VVD):

Voorzitter. Ik werd door de minister uitgelokt.

De **voorzitter**:

Daar hoeft u niet op te reageren, hoor. U kunt sterk zijn. Dan help ik.

De heer **Mulder** (VVD):

Maar ik ben ook een beetje verslaafd aan debatteren.

De **voorzitter**:

Ach jee.

De heer **Mulder** (VVD):

De VVD-fractie kan zich voorstellen dat de huisarts aan mensen die langskomen en hoesten, het advies geeft: stop met roken, want u leeft gemiddeld tien jaar korter en ook nog in een slechtere gezondheid. Op dat punt ben ik het eens met de minister en met haar beantwoording van de vraag. Maar het gaat een stap verder als we uit het basispakket ook de intensievere vormen van gedragsverandering betalen. Series van ten minste vier contacten in de periode van één tot enkele maanden, individueel of in groepsverband, dat is toch een gedragsverandering? De minister zei net dat de mensen daar de kosten zelf van

Schippers

dragen. Als de minister consistent is en consequent in haar redenering, haalt ze dus dat deel uit het basispakket. Mijn vraag is of de minister bereid is, dat te doen.

Minister Schippers:

Deze zorg is integraal onderdeel en niet te splitsen van de zorg die zorgverleners leveren. De zorgverlener zegt in een gesprek dat de patiënt moet stoppen. De patiënt gaat naar huis en gaat daarover nadenken. Hij denkt: dat wil ik wel. Hij gaat terug naar de huisarts en vraagt om hulp en advies om dat het beste te doen. Zo gaat dat. Het is onderdeel van zorg die zorgverleners horen te geven. We hebben het in de Zorgverzekeringswet zo geregeld dat we functioneel bekostigen. Als iemand zegt "die zorg kan ik ook leveren", mag dat. Ik vind het echt iets wat een zorgverlener hoort te doen. Het gaat niet alleen om roken, maar ook om afvallen of stoppen met drinken. Als een zorgverlener ziet dat iemand echt moet veranderen om te overleven, geeft hij advies. Hij verwijst die persoon door en hij heeft ook nog eens een nagesprek. Daar gaat het om. Veel meer is het niet.

De heer Mulder (VVD):

Stel dat een Kamermeerderheid dit deel uit het pakket wil halen. Is het dan technisch uitvoerbaar om dat te doen?

Minister Schippers:

Het is technisch nauwelijks uit te voeren, het levert financieel niets op en het is ook nog eens een keer heel onverstandig.

De heer Mulder (VVD):

Het is wel ontmoedigingsbeleid, maar ik denk nog even na over wat ik daarmee ga doen.

De voorzitter:

Dat was niet echt een vraag.

De heer Van der Staaij (SGP):

De minister wil bij preventie vooral verleiden en niet te veel overheidsnormen opleggen, maar is dat beleid wel toereikend om een trendbreuk voor elkaar te krijgen bij alcohol bijvoorbeeld, zodat mensen minder gaan drinken? Ik hoorde pas nog het verhaal dat bij een uitgaansgelegenheid soms een ambulance stand-by staat om mensen die te veel hebben gedronken, naar het ziekenhuis te brengen. Dat is toch absurd? Wat moet worden gedaan om die trend te doorbreken?

Minister Schippers:

Misschien was ik daar onduidelijk over, maar ik probeer ook een beetje samen te vatten. Wij stellen wel degelijk normen. Wij hebben leeftijdsnormen, leeftijdscriteria, leeftijdsgrenzen. Wij hebben strafbaarstelling als jongeren alcohol in bezit hebben onder een bepaalde leeftijd, althans als het aan mij ligt. Dat ligt nog bij de Eerste Kamer. Wij hebben dus wel degelijk normen, maar in Nederland handhaven wij niet. Wij stellen normen vast maar vervolgens worden ze nergens gehandhaafd. Je moet ook handhaven als je normen stelt en als je met elkaar zegt: dat gaan we doen. Anders heeft het geen enkele zin.

De heer Van der Staaij (SGP):

Dat is een terecht punt. Daar ben ik het helemaal mee eens, maar dan blijft mijn vraag. Kennelijk zijn wij er met elkaar aan gewend. Aangezien in een radioprogramma

wordt gezegd dat de wereld zo in elkaar zit, zijn wij er kennelijk aan gewend geraakt dat bij uitgaansgelegenheden soms ambulances bij de hand worden gehouden om jongeren die te veel gedronken hebben, naar het ziekenhuis te krijgen. Dat is toch absurd? Wat moet er gedaan worden om die trend te doorbreken? Ik zeg niet dat de minister dat kan met één druk op de knop, maar vraag wel om hier het debat te voeren over de vraag waar de verantwoordelijkheid ligt waardoor wij met elkaar zeggen: wij streven ernaar dat dat soort absurde situaties zich niet meer voordoen in de toekomst.

Minister Schippers:

De heer Van der Staaij zegt het al: jongeren die te veel gedronken hebben. Wij hebben een norm. Die hebben wij niet voor niks. Wij vinden dat de overheid beschermend mag optreden jegens de jeugd, omdat jeugdigen nog volwassen moeten worden en opgroeien. Voor hen stellen wij leeftijdsgrenzen maar wij handhaven niet. Als een jongere dronken binnenkomt, is ergens al iets niet goed gegaan. Ik heb het zelf ook gezien. Ik ben ook op werkbezoek geweest bij discotheken. Ik heb in een vorig leven heel veel in discotheken getapt. Er komen meisjes aan de bar die twaalf zijn maar er uitzien als negentien. Daar is wat op gevonden. Daar hebben ze die bandjes op gevonden. Ze moeten hun paspoort of identiteitsbewijs laten zien. Dan kun je in ieder geval zien dat iemand een bepaalde leeftijd heeft. Dan kan iemand die achter de tap staat, dat gemakkelijk in zijn tapbeleid betrekken. Daar moeten wij met z'n allen naartoe. Wij moeten ervoor zorgen dat dat soort voorbeelden verspreid wordt, zodat wij dat in heel Nederland kunnen toepassen. Die ambulance is wat mij betreft zeker niet de norm, maar wij hebben ook heel slecht gehandhaafd.

Mevrouw Leijten (SP):

Het gaat over preventiebeleid en de vraag wat wij in het basispakket doen. De SP is er erg tevreden over dat darmkankerscreening erin is opgenomen. Het is kosteneffectief om vroegtijdig op te sporen. Daarmee voorkomen wij hoge kosten van behandeling in een later stadium. Maar stoppen-met-rokenprogramma's zijn ook echt kosteneffectief. Waarom haalt de minister die er dan uit?

De voorzitter:

Dat is net uitvoerig aan de orde geweest, maar misschien was u er toen even niet. De minister hoeft zichzelf niet te herhalen.

Minister Schippers:

Kosteneffectiviteit is voor mij niet het enige argument om iets in een basispakket te doen. Vanaf de trechter van Dunning in de jaren tachtig hebben wij al de vraag gesteld: kan iemand iets voor eigen rekening nemen en zelf verantwoordelijkheid dragen? Dat is ook een belangrijk argument. Op die basis heb ik het per 2012 niet meer in het pakket opgenomen.

Mevrouw Leijten (SP):

Roken is een zeer ernstige verslaving. De minister zegt dat het om leefstijl gaat en dat mensen het zelf maar moeten terugverdienen door niet te roken. Gaat zij dit dan ook invoeren voor mensen die aan heroïne of crack verslaafd zijn?

Schippers

Minister Schippers:

Mensen die roken, kunnen prima functioneren in de samenleving, hun geld verdienen en hun kinderen opvoeden. Het is gewoon een ongezonde gewoonte of verslaving, zo u wilt. Van die verslaving moet je zelf willen afkomen. Daar zijn hulpmiddelen voor. Dat kost geld. Dat verdient je later terug.

Mevrouw Leijten (SP):

Dat is niet coherent. Als je verslaafd bent, word je in Nederland geholpen om daarvan af te komen. Sommige mensen kunnen dit op eigen kracht. Dat is heel knap, maar sommige mensen worden daarbij geholpen. Dat is goed voor de samenleving en bovendien is het kosteneffectief. Welke lobby geeft de doorslag bij de minister, die van de volksgezondheid of die van de tabaksindustrie?

Minister Schippers:

Het is misschien voor sommige mensen heel moeilijk om te begrijpen dat je zoiets ook gewoon van mening kunt zijn. Je kunt dit al van mening zijn voordat je een politieke partij kiest. Als ik de VVD kies, sta ik niet onder de invloed van een lobby. Ik kies voor de VVD omdat die partij standpunten heeft die bij de mijne passen. Ik ben heel goed in staat om mijn eigen standpunt te bepalen. Bovendien heb ik zelfs de enorme lobby van de preventie weten te weerstaan. Je moet in dit land sterk in je schoenen staan om die lobby te weerstaan.

De heer Van der Veen (PvdA):

Ik sluit mij aan bij de minister. Wij zijn het niet eens over preventie. Ik zal daarover dus verder geen vragen stellen aan de minister. Een partijgenoot van de minister, de heer Mulder, heeft een keer opgemerkt dat je voor preventie maar zelf moet betalen. Met andere woorden: als je meer geld hebt, kun je meer gezondheid kopen. Ik wil in dit verband de overstap maken naar iets wat ik gemist heb in de inbreng van de minister, namelijk het grote probleem van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Die verschillen tussen arm en rijk lopen steeds verder op. Hoe denkt de minister in het kader van de preventie die gezondheidsverschillen te verkleinen?

Minister Schippers:

De heer Van der Veen citeert de heer Mulder. Ik ben het niet eens met de woorden van de heer Mulder. Als ik het daarmee eens zou zijn, zou ik namelijk nooit zo'n gigantisch programma van sport in de buurt hebben. Als ik mij probeer in te denken hoe de liberale fractie denkt, zou je kunnen zeggen dat je sporten maar zelf moet betalen. Dat kan, maar dat doe ik niet. Ik vind bovendien dat wij veel te veel alleen kijken naar achterstandswijken. In dorpen in Limburg en Drenthe is het namelijk ook slecht gesteld met het bewegen en het sporten onder jongeren. Daar schrik je erg van. Wij moeten dus een omslag maken en onze krachten bundelen met die van de scholen. Wij moeten bezien hoe wij na school, gecombineerd met de school en bij de naschoolse opvang het sporten en bewegen in de buurt iets kunnen laten zijn dat je iedere dag gewoon doet. Sporten moet niet iets bijzonders zijn dat je een keer in de week doet. Je moet gewoon iedere dag sporten.

De heer Van der Veen (PvdA):

Ik ben blij met de reactie van de minister op de stelling van de heer Mulder. Ik herhaal mijn vraag in dat verband

nog even. Hoe pakt de minister de sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan? Ik kan zien dat sporten daarbij een belangrijke rol speelt, maar het gaat veel verder. Eerder is al aan de orde geweest dat er geconcentreerde actie van alles en iedereen in een wijk of een buurt nodig is om die verschillen zo veel mogelijk te verkleinen. In de nota Zorg dichtbij komen die verschillen nauwelijks aan de orde. Wat gaat de minister dus expliciet doen om dit grote probleem van de sociaaleconomische zorgverschillen in Nederland, ook vergeleken in Europees verband, te verkleinen?

Minister Schippers:

Het programma Sport en Bewegen in de Buurt is ook daarvoor bedoeld. Enkele programma's lopen al. Dit is namelijk geen heel nieuw beleid. De heer Van der Veen weet net zo goed als ik dat ik het beleid van mijn voorganger voortzet. Ik schaf het gedeeltelijk af omdat ik het niet effectief of niet goed vind. De kern van het beleid van mijn voorganger zet ik echter door. In Amsterdam loopt een dergelijk programma. Daar zijn de kinderen aan het sporten en tegelijkertijd worden de moeders bijgelicht over wat gezond is. Ik ben bij een aantal van die sessies aanwezig geweest. Daar werd bijvoorbeeld uitgelegd dat appelsap helemaal niet zo gezond is, omdat het vol met suiker zit. De ouders van de kinderen die op dat moment aan het bewegen zijn, worden over dat soort zaken voorgelicht. Dat zijn heel goede voorbeelden van programma's waarin wij het doen en het bewustzijn kunnen verbinden.

Ik ben in ieder geval niet van plan om een boete, een hogere premie dus, op ongezond gedrag in te voeren. Het ongezond gedrag komt immers met name voor in de lagere sociale klasse. Daar plussen wij al van alle kanten via zorgtoeslagen en anderszins de premie bij. Wij kunnen dan wel een boete opleggen en die vervolgens weer extra bijplussen, maar ik denk dat dit niet helpt. Ik zie ook niet op welke wijze je dit moet toepassen en handhaven. Daarom wil ik die weg niet opgaan. Ik wil de weg opgaan van het doen. Als de wijk zich daartoe leent of als mensen in de buurt dat willen – ik leg namelijk geen blauwdruk op – kun je altijd kennisoverdracht op het gebied van voedsel et cetera daaraan koppelen.

De heer Van der Veen (PvdA):

Ik ben bij met het antwoord van de minister over de toeslagen, want dat is inderdaad allemaal flauwekul. Mij ging het om een gericht actieprogramma voor de sociaaleconomische zorgverschillen. Mag ik de minister zo begrijpen dat wij een diepgaander verhaal over de sociaaleconomische zorgverschillen tegemoet mogen zien, als het punt preventie aan de orde is? Ik denk namelijk dat dit thema echt een debat waard is.

Minister Schippers:

In mijn nota wordt die groep door het gerichte doen juist meegenomen. Als er één groep indifferent is voor bijvoorbeeld overheidscampagnes, is dat de plaspauzegroep, die naar de wc gaat als er spotjes zijn. De informatie waarmee de overheid de bevolking goed denkt te informeren, gaat totaal voorbij aan die groep. Die groep heeft er veel meer aan als je naast de deur ervoor zorgt dat de kinderen kunnen bewegen en dat zij er iets van kunnen leren.

Schippers

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Het is inderdaad een beetje vreemd dat wij nog uitgebreid zullen spreken over het preventiebeleid, maar dat bij deze begrotingsbehandeling ook zaken aan de orde zijn als het schrappen van vergoedingen uit het basispakket, bijvoorbeeld voor diëten en ondersteuning bij het stoppen met roken. Als de minister zegt dat wij normen die wij stellen, ook moeten kunnen handhaven, ben ik het wel maar eens. Ik wijs toch op kritiek van leden van de Gezondheidsraad, die het onverteerbaar vinden dat wij aan de ene kant miljarden uitgeven aan het inrichten van onze samenleving die aantoonbaar ongezond is voor mensen – geen uitdaging om te bewegen, geen natuur en overal prikkels om veel en vet te eten – en aan de andere kant miljarden uitgeven om mensen weer gezonder te maken. Binnen de Verenigde Naties wordt al langer gesproken over een norm voor groen in de leefomgeving van mensen. Dat zou een handhaafbare en goed afdwingbare norm zijn, waarvan wij ook weten dat die enorm positieve effecten zal hebben. Is deze minister bereid om vanuit haar ministerie af te spreken dat in de leefomgeving van mensen groen gegarandeerd is en daarvoor een norm te stellen?

Minister **Schippers**:

Gisterenochtend ben ik begonnen met dit debat. Voor de begrotingsbehandeling hadden wij een debat over een voorstel van de SP om een landelijke norm te stellen voor speelruimte in de wijk. Ik heb daarin gezegd dat wij druk in gesprek zijn met gemeenten over hoe wij die zorg in de buurt van de grond krijgen. Ik wil dat niet doen aan de hand van een blauwdruk, want Leeuwarden is niet Amsterdam en is niet Dalen. Het gaat om grote en kleine steden in heel verschillende delen van het land. Ik wil de gemeenten een hand reiken om dat samen van de grond te trekken. Ik wil daaraan financieel bijdragen. Ik wil niet dat de landelijke overheid taken overneemt die evident op het gebied van de ruimtelijke ordeningstaken van de gemeenten liggen. Zij bepalen hoe zij hun gemeente inrichten. Ik wil daar niet in treden en daarin niet inbreken. Ik wil wel de hand toesteken en zeggen: laten wij samen niet alleen het groen aanleggen, maar ook voorkomen dat het poepveldjes worden en ervoor zorgen dat er nog op gesport wordt.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

Dat is mij te vrijblijvend. Groenonderhoud is duur. Zeker nu er wordt gekort op hun fondsen bouwen gemeenten, in overleg met hun projectontwikkelaars, zo veel mogelijk huizen bij elkaar en als het lukt, komt er een beetje groen om de wijk heen. Als je pech hebt, bezuinigt de staatssecretaris toch maar wel op de natuur en dan staat die wijk er, maar komt dat groen er niet. Ik snap dat de minister wel erop wil vertrouwen dat gemeenten groen ook belangrijk vinden, maar door de stijgende kosten van het groenonderhoud zien gemeenten zich genooddaakt om de kwetsbaarste waarden als eerste op te offeren. Zij hoeven geen verantwoordelijkheid te dragen voor de volksgezondheidsbegroting. Ik zie het dus fout gaan. Het zou mij een lief ding waard zijn – en dan gaat de Kamer wel in discussie met de minister van Infrastructuur en Milieu om het signaal door te geven – als de minister van Volksgezondheid zegt dat zij een groennorm wil en daaraan wil trekken. Dan leggen wij hem op en dan is die ook te handhaven.

De **voorzitter**:

Dit zijn echt veel te lange vragen, het zijn hele inleidingsen. Ik ga die gewoon van de spreektijd aftrekken. Ik zal dat bij iedereen doen. Ik zeg het nu tegen u, maar het had voor een aantal anderen ook kunnen gelden. Ik zal dit echt doen. Het is dus geen loze waarschuwing.

Minister **Schippers**:

Ik ben ook geen voorstander van betonnen jungles. Nu zit de economie wat tegen en ontstaan er wat gaten in steden. Het valt gewoon onder de gemeentelijke autonomie. In de gemeentelijke autonomie is er ook een politiek, er is een gemeenteraad die wordt gecontroleerd. Die dynamiek moet je ook handhaven. Het Rijk heeft altijd de neiging om iets te bedenken wat het goed vindt, om dat aan heel Nederland op te leggen en voorbij te gaan aan de gemeentelijke politiek en autonomie. Dat wil ik in dit geval niet doen.

Voorzitter. Ik kom bij de Algemene Rekenkamer. Het Nederlandse zorgstelsel presteert goed. Meer dan 1 miljoen mensen werken met grote inzet in de zorgsector, huisartsen, verplegers, kraamhulpverleners en medisch specialisten. Al deze professionals zorgen er samen voor dat iedere Nederlander kan rekenen op goede zorg. Dat doen zij in de circa 100 Nederlandse ziekenhuizen, de 1000 instellingen voor langdurige zorg en de 100 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of als een van de 33.000 vrij gevestigde beroepsbeoefenaren. Ik ben trots op de prestaties van de Nederlandse zorg en op de wijze waarop die is georganiseerd. Op basis van mijn hervormingsagenda werk ik aan verbetering van de kwaliteit en de financiële houdbaarheid, waarbij de goede toegankelijkheid tot zorg op peil moet worden gehouden. In dat kader wil ik enkele woorden wijden aan mijn verantwoordelijkheid als minister. Ik zal daarbij ook expliciet ingaan op het rapport van de Algemene Rekenkamer van de afgelopen week en met name op de drie centrale thema's, te weten het instrumentarium, de informatievoorziening en de ramingen.

Toen ik gisteren de bijdrage van de heer Van der Veen beluisterde, leek het alsof de Algemene Rekenkamer mijn beleid had doorgelicht. Ik wil erop wijzen dat de Rekenkamer heeft gekeken naar de periode vanaf 2000. In die periode zijn kabinetten van verschillende samenstelling verantwoordelijk geweest voor de beheersing van de zorguitgaven en zijn de begrotingen hierin de Tweede Kamer behandeld en goedgekeurd.

Het is niet op basis van mijn bevel of mijn expliciete goedkeuring dat zorgaanbieders zorg verlenen en daarmee samenhangend uitgaven doen. In Nederland wordt zorg niet door de overheid zelf uitgevoerd, maar door de vele private instellingen en beroepsbeoefenaren binnen de spelregels die wij daarover met elkaar hebben afgesproken. De verleende zorg vloeit voort uit de aanspraken die zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze aanspraken worden hier in het parlement bepaald. Zo hebben de zorginstellingen ook voldoende vrijheid van handelen om op basis van professionaliteit hun werk goed en effectief te doen, om goede zorg te leveren. Ik heb de zorginstellingen dus niet aan de leiband of aan het touwtje en dat is maar goed ook.

Dat heeft wel gevolgen voor mijn sturingsmogelijkheden, voor de informatiestroom en uiteindelijk ook voor de uitgavenbeheersing. Natuurlijk beschik ik over instrumenten om de zorguitgaven te beheersen en ik pas deze instrumenten ook toe. Zo wordt jaarlijks de omvang van

het verzekerde pakket bepaald. Toch treden er vaak overschrijdingen op. Per definitie is daarbij sprake van vertraging tussen het moment dat een overschrijding wordt geconstateerd en het moment dat een compenserende maatregel daadwerkelijk kan worden doorgevoerd. Dat is niet alleen geen nieuwe constatering, maar ook geen negatieve kwalificatie. Het treffen van maatregelen moet zorgvuldig gebeuren en vergt tijd, omdat hiermee de omvang van de verzekerde zorg wordt gewijzigd in een verzekeringssysteem. Dat is lastig, zo niet onmogelijk gedurende het lopende jaar. Uiteraard wordt uw Kamer betrokken bij de aanpassing van de verzekerde zorg via voorhangprocedures. Het gaat er bovendien vooral om dat de uitgaven structureel op het afgesproken pad blijven. Indien een overschrijding in enig jaar echt niet binnen datzelfde jaar binnen de zorg kan worden gecompenseerd, dient deze overschrijding in ieder geval intertemporeel te worden gecompenseerd.

De Algemene Rekenkamer constateert in haar rapport dat ik over te weinig instrumenten zou beschikken. Dat het instrumentarium tekortschiet, komt door de geregleerde marktwerking, aldus de Algemene Rekenkamer. De Algemene Rekenkamer komt niet met een aanbeveling hoe het dan wel moet. Ik begrijp dat ook wel. Als je de huidige sturingsfilosofie verwerpt, moet je een scherpe keuze maken: ofwel volledige marktwerking ofwel strakke regulering. Dat betekent een keuze voor Las Vegas en tweedeling in de zorg of voor Moskou met wachtlijsten en matige kwaliteit. Het is een keuze tussen Amerikaanse toestanden en zorgkolchozen. Ik wil geen van beide kanten op. Ik hecht aan solidariteit tussen oud en jong, arm en rijk, gezond en ongezond. Ik hecht aan doelmatigheids-prikkels waarbij zorgverleners zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen zonder bureaucratische rompslomp. Ik hecht aan keuzemogelijkheden voor de patiënt. Ik kies dus voor de gulden middenweg en voor de huidige sturingsfilosofie, geregleerde marktwerking. Ik kies dus voor verbetering van het instrumentarium dat daarbij hoort. Die verbetering streef ik langs de volgende wegen na.

In de eerste plaats noem ik de concrete aanpak voor 2012: meer risico voor zorgverzekeraars, invoering van de prestatiebekostiging en verdere liberalisering van de tarieven. In de tweede plaats zal het slimmer organiseren van de zorg, waarop het kabinet inzet – dat is de zorgpiramide – een grote kwaliteits- en efficiencyverbetering betekenen. In de derde plaats heb ik de gereedschapskist die er altijd voor iedere minister is: het pakket, de eigen betalingen, de tariefmaatregelen. Tot slot zijn voor de middellange en langere termijn de Taskforce beheersing zorguitgaven, het CPB en de SER bezig. Overigens evalueren wij de instrumenten die wij inzetten. Ik acht dat van groot belang. Dat gebeurt soms met ex-ante-evaluaties, bijvoorbeeld de in- en uitstroomadviezen van het CVZ. Maar wij doen ook ex-postevaluaties, bijvoorbeeld van de pakketmaatregel mondzorg in 2008 en van het eigen risico, die ik u recentelijk nog heb toegestuurd. Ik kan mij in het voorgaande weliswaar niet vinden in de conclusies van de Rekenkamer, maar ik ben het wel eens met de conclusie dat de informatievoorziening moet worden verbeterd. Vanaf de eerste dag van mijn ministerschap heb ik dit opgepakt en ben ik bezig geweest om via de taskforce en ook via het hoofdlijnenakkoord het veld te committeren. Ik wil sneller en beter inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven en laat daarom een early warning systeem ontwikkelen, waardoor het mogelijk wordt om al tijdens het lopende jaar afwijkingen van de zorguitgaven

ten opzichte van de ramingen te signaleren. Ik kan dan in een eerder stadium dan nu het geval is, zien waar zich mogelijke overschrijdingen voordoen en wat de risico's zijn, zodat tijdig passende maatregelen kunnen worden genomen.

Verschillende sprekers hebben geconstateerd dat de cijfers voortdurend veranderen. Dat is helaas waar, maar dat is overal het geval, dus ook in de zorg. Nieuwe feiten en nieuwe realisatiecijfers leveren nieuwe en andere inzichten op. Als het CBS nieuwe cijfers over de Nederlandse export in het eerste kwartaal publiceert, dan zal het Centraal Planbureau zijn inzichten aanpassen. Als de minister van Financiën nieuwe realisatiecijfers over de btw-opbrengsten tot en met juli heeft, dan zal hij die meenemen in zijn meest actuele belastingramingen. Drie maanden later zal hij ook de inzichten tot en met oktober meewegen in zijn actuele belastingramingen. Meer inzicht in de realisatie leidt altijd tot aanpassing van de ramingen, dat geldt voor economische cijfers, belastingen en ook voor de zorg.

Ik hecht aan het vergroten van transparantie in de zorg. Tegen de achtergrond van het rapport van de Algemene Rekenkamer en datgene wat er gisteren tijdens het debat is gezegd, wil ik verkennen of ik aan zorgverzekeraars kan opleggen dat zij alle door Vektis verzamelde relevante data, direct en kosteloos aan mij beschikbaar stellen. Dat maakt het voor mij mogelijk om sneller, kwalitatief betere analyses te maken van de ontwikkelingen in de zorg. Ik overweeg ook deze data kosteloos beschikbaar te stellen aan universiteiten en onderzoekers, zodat ook zij in de gelegenheid zijn analyses te maken. Alleen een radicale verandering maakt het mogelijk om de zorg echt transparant te maken. Die transparantie is de beste garantie voor het realiseren van doelmatigheid.

Mevrouw Leijten (SP):

De keuze voor Las Vegas of Moskou is wel erg kort door de bocht. Ik stel vast dat de keuze voor de vrije markt leidt tot zorgkolchozen, zoals de minister zei, omdat het fusie op fusie is om de strategische positie in de markt te waarborgen, ongeacht of het nu gaat om zorgverzekeraars of zorginstellingen. Het schokkende is dat de minister aangeeft geen enkel instrument te hebben om controle uit te oefenen op het geld dat wij met z'n allen voor de zorg opbrengen. Is de minister bereid om de twee miljard die op de plank ligt bij de zorgverzekeraars af te romen en deze in te zetten voor de zorg?

Minister Schippers:

Er wordt natuurlijk gekeken naar wat er met dat geld gebeurt. Niet voor niets hebben we de Nederlandse Zorgautoriteit. Daar gaat het echter niet om. Bij de zorgverzekeraars is er sprake van een achterliggend risicosysteem en een premiesysteem waarmee zij hun geld incasseren. Het geld dat zij op de plank hebben liggen, is gedeeltelijk voor hun solvabiliteit. Dat is dus geen dood geld. Gisteren is dat in het debat wel vaker aangehaald, maar de solvabiliteitseisen zijn er natuurlijk niet voor niets. Het gaat erom dat als het slecht gaat met een verzekeraar, men toch kan uitkeren aan verzekerden, zodat de verzekerde de zorg krijgt waarvoor hij verzekerd is.

Mevrouw Leijten (SP):

De minister volgt het geld dan misschien wel, maar ze heeft er geen grip meer op. En wat doen de zorgverzekeraars? Zij hebben buffers voor de solvabiliteit. De SP-frac-

Schippers

tie vindt die buffers weliswaar te hoog, maar die discussie hebben we al gevoerd. In elk geval ligt daar bovenop nog 2 mld. Tegelijkertijd heeft de minister ruzie met de huisartsen over de korting die zij opgelegd krijgen. Waarom roomt zij die 2 mld. niet af, zodat ze de huisartsen niet hoeft te korten? Dat lijkt mij een heel simpele vraag.

Minister Schippers:

Dat is een centraal, aanbodgestuurd systeem waarbij de overheid budgetten toedeelt. Deze budgetten kun je terughalen en afromen, want zij zijn van de overheid. Dat systeem hebben we gehad, maar dat was niet zo'n succes. Dat is de reden waarom we zijn overgegaan op een ander systeem.

Mevrouw Leijten (SP):

Nu hebben we dus het systeem dat we veel premie betalen die vervolgens terecht komt in een black box bij de zorgverzekeraars. Verder krijgt de minister geen gegevens; ze heeft dat allemaal uit handen gegeven. Er ligt dus dood geld. Als er nu ergens in de sector sprake is van een overschrijding, die wellicht gewenst is door verschuiving van beleid, dan moet die sector gekort worden. Ik zou zeggen: haal het geld daar vandaan waar het zit en room dus die 2 mld. af bij de zorgverzekeraars. De minister kiest hier partij. Zij kiest partij voor het geld en niet voor de patiënt en de premiebetaler.

Minister Schippers:

Op basis van de ramingen die wij als VWS opstellen, bekijken wij of er meer groei is dan is toebedeeld. Wij maken die ramingen omdat wij het geld aan sectoren moeten toedelen. Met dit instrument kunnen wij besluiten om het geld op de een of andere manier terug te halen. Er zit een echt manco is ons systeem. Ik heb mij dat vanaf dag één gerealiseerd. Vanaf die dag zijn wij met man en macht bezig om de informatievoorziening te verbeteren. Ik ben het helemaal met de Rekenkamer eens dat de informatievoorziening in de zorg waardeloos en onvoldoende is. Vanaf dag één dat ik minister ben, werk ik daar snoeihard aan.

De voorzitter:

Minister, pardon, mijnheer Van der Veen. Dat eerste komt misschien ooit nog, maar nu nog even niet.

De heer Van der Veen (PvdA):

Nou, ik weet niet of ik de minister benijd.

Met die Rekenkamer hebben wij een heel belangrijk punt. Er gaat in de zorg meer dan 70 mld. om. Dat rekenen wij tot de collectieve middelen. Zolang wij dat doen – of het nu Las Vegas is of Rusland – hebben wij goede controle en goed toezicht nodig. Die 70 mld. bepaalt welke zaken wel of niet in het pakket zitten, en dus ook de koopkracht.

Ik heb niet de minister aangevallen, want het onderzoek heeft betrekking op de afgelopen tien jaar. Deze minister heeft nu de verantwoordelijkheid. Als gewaarschuwd mens telt zij nu voor twee. De Rekenkamer zegt dat de minister eigenlijk geen verantwoordelijkheid kan nemen voor die 70 mld. Wat is er dan tegen om in zo'n situatie de Rekenkamer een check te laten doen op de betrouwbaarheid van de cijfers en met aanbevelingen te laten komen voor hoe het verder kan? Ik begrijp de reactie van de minister niet. Die doet mij denken aan een voorzitter van een raad van bestuur die tegen zijn raad van commissarissen

zegt: een accountant hebben wij niet nodig, want wij regelen het zelf wel.

Minister Schippers:

Wij hebben wel een accountant, alleen de afrekening komt zo laat. Dat komt door die informatievoorziening. Het is een gemiste kans dat wij een systeem hebben waarin wij binnen publieke randvoorwaarden een particuliere uitvoering hebben van ons zorgverzekeringssysteem. Ik heb net opgesomd hoeveel partijen er wel niet bij betrokken zijn. In dat unieke systeem, een integratie van publiek en privaat, moeten wij zorgen voor een goede vormgeving. Daartoe biedt het rapport echter zo weinig. Ik ben het eens met de passages over de informatievoorziening, maar over de andere delen blijft het hangen in de analyse. Met kijkt met een centraal aanbodgestuurd oog naar het huidige systeem en dat leidt niet tot waardevolle conclusies waar wij ook echt iets mee kunnen. Ik ben op zoek naar stappen tot verbetering.

De voorzitter:

Ik vraag de minister om wat beknopter te antwoorden.

De heer Van der Veen (PvdA):

Ik begrijp de reactie van de minister, maar voor ons is dit een zwaar punt. Wat is er tegen om de Rekenkamer te vragen om in maart of mei op die afrekendag bij het verhaal van VWS een advies te presenteren? Dat kan. De minister kan dat vragen. Het is geen enkele formele wijziging. De Rekenkamer moet daarnaast nadrukkelijker ook in formele zin worden betrokken bij de beoordelen van het BKZ. Dat vraagt veel meer tijd. Binnenkort hebben wij een AO waarin dit verhaal aan de orde kan komen. Ik vraag de minister om in dat AO een voorstel te doen om de Rekenkamer op structurele wijze te betrekken bij het beoordelen van het BKZ. Deze zaken zijn voor ons uitermate belangrijk, ook in het beoordelen van de begroting.

Minister Schippers:

Het staat iedereen, ook de Kamer, vrij om zo'n verzoek aan de Algemene Rekenkamer te doen. Waarom heb ik daar minder fiducia in? Omdat ik in reactie op het stuk van de Rekenkamer uitleg dat er heel andere cijfers zijn van het CPB en van VWS. Wij zitten in een vroeg stadium van uitleg en van uitwisseling van gedachten over hoe het ervoor staat. Ik heb er weinig fiducia in dat wij zo'n enorme stap kunnen zetten in maart.

Mevrouw Dijkstra (D66):

De minister heeft het over de verschillende cijfers en ramingen. Daar zit hem juist het probleem. Dat heeft de Rekenkamer ook geconstateerd. Hoe gaat de minister daarmee om? Waarom hanteert zij de cijfers van VWS?

Minister Schippers:

Wij hebben een zorgraming voor de komende vier jaar, de middellange termijn. Deze wordt opgesteld door het CPB. Op basis van die raming vindt politieke besluitvorming plaats; dat gebeurt bij de formatie en dan gebruik je de cijfers van het CPB. Daarna worden er keuzen gemaakt over investeringen en bezuinigingen in de verschillende sectoren. Die keuzen gaan over de vraag hoeveel geld wij aan onderwijs willen besteden, hoeveel aan zorg en hoeveel aan infrastructuur. Het resultaat daarvan is het Budgettair Kader Zorg. Waarom gebruiken wij de CPB-cijfers niet om dat toe te delen? Omdat die daarvoor te grof zijn;

Schippers

die zijn daarvoor ongeschikt. Wij moeten een eigen VWS-raming maken van de zorguitgaven omdat de CPB-cijfers niet fijnmazig genoeg zijn om de algemene groei van de zorguitgaven te verdelen over de verschillende sectoren. Dat is wel nodig, omdat ik die sectoren vervolgens wil afrekenen op de afspraken die wij binnen de sectoren maken.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Jaarlijks vindt overschrijding plaats. De raming van het budget is dus jaarlijks te laag en dat is precies waar de Algemene Rekenkamer op duidt. De vraag is: wat gaat de minister daaraan doen?

Minister Schippers:

Daar zit de crux in de informatievoorziening. Omdat ik achteraf pas informatie krijg als het geld al is uitgegeven, kunnen we niet bijstellen. Als ik eerder informatie krijg – en dat heb ik nu in het hoofdlijnenakkoord afgesproken, bijvoorbeeld met de ziekenhuizen – en als ik in juni kan kijken hoe het staat met de gerealiseerde productie in de ziekenhuizen, dan kunnen wij op dat moment al bijstellen. Dan heb je veel minder drastische maatregelen nodig om de ziekenhuisproductie bij te stellen. Nu is alles al gebeurd en uitgegeven. Dat is de crux. Ik deel met de Algemene Rekenkamer de overtuiging dat de informatievoorziening veel sneller moet. Daarvoor heb ik een reeks van maatregelen genomen, maar dat is volstrekt nog niet genoeg. Ik ga daar gewoon nog een tijdje mee door.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Ik wil toch nog even terugkomen op wat de heer Van der Veen zei. Het is heel belangrijk dat de Rekenkamer, die dit heeft geconstateerd, daar veel dichterbij zit. Daardoor krijgen wij als Kamer een instrument om veel beter te controleren.

Minister Schippers:

Dat is aan de Kamer.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

De minister heeft natuurlijk gelijk als zij zegt dat er ook zaken kunnen veranderen. Ze heeft ook gelijk als ze zegt dat het rapport van de Rekenkamer ook gaat over de periode voordat zij minister werd. Het is goed om dat toch even te markeren. Ik vind het wel jammer dat zij het rapport niet omarmt en zegt: ik ga het anders doen; een deel heb ik misschien al wel gedaan, maar ik ga hiermee verder aan de slag. Zij gaat ook niet in op een aantal concrete zaken. De Rekenkamer geeft aan dat zaken als de eigen bijdrage en tariefkortingen in de praktijk weinig opleveren. Sommige maatregelen leveren al bij voorbaat een minder hoog resultaat op. Het voorstel van de Algemene Rekenkamer is om compenserende maatregelen actief te monitoren, zodat wij achteraf niet overvallen worden. Zou de minister daarop een heldere reactie kunnen geven?

Minister Schippers:

De laatste maatregelen die ik heb genomen, zijn niet meegenomen in het rapport van de Algemene Rekenkamer. Het rapport was op een gegeven moment gereed. Ik wijs het rapport zeker niet af. Ik omarm wel degelijk een belangrijk deel van het rapport over de informatievoorziening. Het overige deel ik niet. U stelt dat de eigen bijdrage en tariefkortingen weinig opleveren, maar dat hebben wij nou net laten onderzoeken. Dat rapport heeft u in uw be-

zit. U weet precies wat eigen bijdragen doen, in min en in plus. Het is cruciaal dat wij wel degelijk ex-post- en ex-ante analyses uitvoeren over de maatregelen die wij nemen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

De Rekenkamer geeft een aantal voorbeelden waar dat niet helder gebeurt. Ik denk erover om in de tweede termijn een motie in te dienen waarin staat wat wij precies bedoelen. Dat lijkt mij het handigst.

Minister Schippers:

Naast de informatievoorziening vanuit de sector wil ik ook de informatievoorziening naar de Kamer verbeteren. Op dit moment verschaft ik op reguliere basis vier keer per jaar informatie aan de Kamer. Dat gebeurt via de begroting, via de Voorjaarsnota, de Najaarsnota en het Jaarverslag. Ik bekijk mede op basis van de motie-Van der Veen op welke wijze ik de begroting beter kan inrichten om de Kamer het gewenste inzicht te bieden. In mijn reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer heb ik al laten weten dat ik in de begroting bijvoorbeeld een goed historisch overzicht van de daadwerkelijke nettozorguitgaven zal opnemen. Ook zal ik de verschillen tussen de CVZ-cijfers en de VWS-cijfers voortaan in de begroting toelichten.

Veel woordvoerders hebben gisteren uitgebreid aandacht besteed aan de betaalbaarheid en de toegankelijkheid. En dat is terecht, want dat is een belangrijk onderdeel. Allereerst wil ik mevrouw Leijten van de SP echt oprecht complimenteren voor het degelijke werk dat zij heeft verricht met haar plan. Dat zij de moeite heeft genomen om dat zo uit te werken en aan het CPB voor te leggen, echt chapeau daarvoor! Het zal haar echter wellicht niet verbazen dat ik het met het rapport niet eens ben, maar het is wel degelijk werk.

Voorzitter: Agema



Minister Schippers:

Voorzitter. De zorg is duur en wordt in de toekomst nog duurder. Ik probeer het stelsel zo in te richten dat de kosten niet meer stijgen dan nodig is. Anders dan de SP denkt, was niet alles beter ten tijde van de Ziekenfondswet. Ook toen waren er namelijk veel wanbetalers. Ook toen steeg de nominale premie in sommige jaren flink. Ik wil even in herinnering roepen dat in 2002 de premie van € 181 tot € 365 is gestegen. Dat is een verdubbeling van de premie in een jaar. De ziekenfondsuitgaven stegen tussen 2000 en 2005 ook met gemiddeld 8% per jaar. De SP doet niet aan beheersing van de zorgkosten, maar wil wel een groot deel van de bevolking vrijwaren van die stijgende kosten. In dit voorstel lijkt dat te lukken door de rekening eenzijdig bij hoge inkomens te leggen. In het SP-voorstel gaan lage inkomens minder en hoge inkomens veel meer betalen terwijl de hoge inkomens nu ook al fors meer aan zorg betalen dan lage inkomens, maar daarnaast hoge belastingtarieven kennen. Een tweeverdienerhuishouden met € 100.000 inkomen betaalt nu ongeveer € 17.500 voor zorg. Dat wordt in het SP-voorstel ongeveer 15% hoger. En dat terwijl de 65-plusser met alleen AOW teruggaat van € 1800 naar € 1500.

Schippers

Mevrouw **Leijten** (SP):

Als je een compliment krijgt van een VVD-minister voor een SP-plan dan moet je dat natuurlijk incasseren. Dus dat doe ik graag. Het zou echter beter zijn als de VVD-minister ook serieus zou kijken naar de koopkrachteffecten. Zij heeft het over een inkomen van € 100.000 op jaarbasis. Die mensen betalen nu 18% aan zorgkosten en mensen met een modaal inkomen en met een normaal gezin betalen 20%. Als we dan kijken naar mensen met 1 mln. op jaarbasis, dan betalen die nog maar 5%. Vindt de minister het eerlijk dat hoe meer je gaat verdienen, hoe minder je van je inkomen aan zorgkosten gaat betalen?

Minister **Schippers**:

Het is niet helemaal correct zoals mevrouw Leijten het zegt. Het percentage van je inkomen dat je aan zorgkosten betaalt, neemt toe en boven een bepaald punt neemt het uiteraard af omdat er een plafond aan zit. Dus op een gegeven moment maakt het niet meer uit of je en ton of twee ton verdient, omdat je dan aan je taks zit. Op een gegeven moment zit je op een piek en dan blijft het gelijk in absolute termen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ziehier het verschil met het SP-plan. Wij leggen de piek niet zo dat de hoge inkomens een voordeel hebben bij een grens, waardoor hun bijdrage aan zorgkosten procentueel minder wordt. Wij zeggen: dat loopt door. Dan kunnen we ervoor zorgen dat mensen met een modaal inkomen, dat 75% van onze bevolking erop vooruitgaat als het om de zorgpremie gaat. Wat is daar nu precies op tegen?

Minister **Schippers**:

Ik was juist begonnen met vertellen wat ik erop tegen heb. Dus als ik daarmee nu doorga, kan ik misschien alle vragen van mevrouw Leijten beantwoorden. De SP doet voorkomen dat haar voorstel de solidariteit vergroot. Ik vrees dat het SP-voorstel de solidariteit op het spel zet. In het SP-voorstel wordt de tweedeling vergroot tussen de groep burgers die veel zorgkosten maakt en daar vrijwel niets voor betaalt en de groep burgers die vrijwel geen zorg gebruikt en vrijwel alle kosten betaalt. En dat gaat wringen. Het SP-voorstel zet niet alleen de solidariteit onder druk maar haalt, zo geeft ook het CPB aan, prikkels weg voor kostenbeheersing bij zowel verzekeraars als burgers. Door dit voorstel stijgen de zorgkosten waardoor de premies extra omhoog moeten, maar die premiestijging zal waarschijnlijk weer meer bij de hogere inkomens vallen dan bij de lagere inkomens. In het voorstel neemt de marginale druk bij veel huishoudens toe. De prikkel om meer te werken neemt daardoor af. In het SP-voorstel zullen er dus minder mensen willen werken. Zoals het Centraal Planbureau ook aangeeft, leidt dit tot lagere belasting- en premie-inkomsten. Daardoor zijn de collectieve voorzieningen niet meer betaalbaar, tenzij de belasting- en premiepercentages weer verder omhooggaan.

Daarnaast betekent minder arbeidsaanbod misschien ook wel dat het extra personeel dat nodig is in de zorg er niet komt, omdat werken voor tweeverdienershuishoudens steeds minder aantrekkelijk wordt en dus ook voor verpleegkundigen met een partner met een bovenmodaal inkomen.

Voorzitter: Verbeet

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik citeer maar gewoon even het CPB: "De voorgestelde wijzigingen in de financiering van de zorg leiden tot een mediane koopkrachtverbetering van ¼%-punt." De helft van de getoonde huishoudens gaat er dus meer op vooruit en de andere helft gaat er minder op vooruit of op achteruit. "Vooral de lagere en middeninkomens gaan er in koopkracht op vooruit" en "25% van de getoonde huishoudens gaat erop achteruit, 75% gaat erop vooruit." Ontkent de minister dit?

□

Minister **Schippers**:

Dat ontkent ik niet, maar mijn punt is dat de mensen die veel zorgkosten maken er bijna niets meer voor betalen en de mensen die bijna geen zorgkosten maken, de rekening betalen. Dat gaat wringen. Als je dit lang laat bestaan, zegt de kleine groep, hoe klein die ook is: dankjewel, wij doen dat niet meer. Het is namelijk een kleine groep die het gros van de kosten betaalt. Dat is een groot gevaar als je een algemene basisverzekering hebt in een land.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Nu ben ik in verwarring. We zijn toch verplicht verzekerd in dit land? Wij zien bij mensen die hun premie niet kunnen betalen nou juist een probleem bij de lage en de middeninkomens. Ook het evaluatierapport ziet dat. Het gaat niet om mensen die het niet willen betalen, maar om mensen die het niet kunnen betalen. Wij zijn toch verplicht verzekerd? Gaat het niet om de vraag hoe we de lasten tussen gezond en ziek en tussen rijk en arm verdelen? Zegt de minister dan gewoon dat rijke en gezonde mensen minder hoeven bij te dragen?

Minister **Schippers**:

Nee, ik wijs op de risico's van het SP-plan. Je kunt in de samenleving natuurlijk altijd een kleine groep mensen aanwijzen die de kosten voor iedereen moeten dragen. Dat vind ik een gevaar voor dit systeem dat we solidair in elkaar hebben gedraaid. De zorgkosten stijgen en ik vind het belangrijk dat iedereen dat merkt. Dan merkt iedereen dat het iets is waar we misschien zuiniger mee om moeten gaan, zodat we het straks allemaal ook nog kunnen betalen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Dit gaat uit van het idee dat je de rekening moet betalen als je ziek bent en zorg nodig hebt. Als je die niet zou voelen, zou je er geen gebruik van maken. Het gaat uit van de consument. Het SP-plan gaat er daarentegen vanuit dat iedereen betaalt. Er is niemand die wij uitsluiten, maar wij verdelen dit eerlijk. Daarmee gaat 75% van de bevolking erop vooruit. Ik concludeer gewoon dat de minister hier kiest voor de 25% rijksten. Dat zijn wellicht degenen die zij ontmoet op de Rotary en bij de paardenvereniging.

Minister **Schippers**:

Ik heb nog nooit een Rotary van binnen gezien, maar het zal er vast heel gezellig zijn. Mevrouw Leijten gaat er in haar plan van uit dat er totaal geen overconsumptie is aan zorg, dat niemand onterecht naar de huisarts gaat en dat niemand onterecht gebruikmaakt van zorg, extra foto's maakt en onnodige behandelingen ondergaat. In haar plan wordt dit totaal niet ontmoedigd. Zorg is een schaars

goed. Daar moeten we zuinig en zinnig mee omgaan. We zien dat dit in ons huidige systeem al niet gebeurt. In het systeem van mevrouw Leijten gaat dat al helemaal niet gebeuren.

Voorzitter. Toegankelijkheid van de zorg in ons land is goed gewaarborgd. Internationaal onderzoek door de OESO geeft aan dat het Nederlandse stelsel tot de meest toegankelijke behoort. Dit mag geen verbazing wekken. De toegankelijkheid tot zorg is wettelijk gewaarborgd. We hebben een acceptatieplicht van verzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie, een gelijk basispakket voor iedereen, de AWBZ-premie, de eigen bijdrage voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de inkomensafhankelijke Zorgverzekeringswet, de eigen bijdrage en de belastingen, allemaal inkomensafhankelijk. Sterker nog, dit kabinet heeft de grondslag voor de inkomensafhankelijke premie verbreed, waardoor de inkomensafhankelijkheid in de zorg alleen maar is toegenomen. De nominale premie wordt inkomensafhankelijk gecompenseerd via de zorgtoeslag. Voor chronisch zieken en gehandicapten is er een regeling Compensatie eigen risico. We hebben de anticumulatie eigen bijdrage en de Wtcg en TOG die aanvullend compenseren. De regeling Compensatie eigen risico compenseert chronisch zieken voor bovengemiddelde eigenrisicobetalingen. De anticumulatieregeling voor eigen bijdragen in de AWBZ en Wmo voorkomt te hoge eigen bijdragen. Daarnaast compenseert de Wtcg chronisch zieken voor overige kosten, en die worden ook nog eens inkomensafhankelijk. Sociale Zaken kent de TOG-regeling die ouders van chronisch zieke kinderen compenseert. Hoewel het inkomensbeeld voor het volgende jaar niet echt florisant is, zijn de ontwikkelingen van zorgpremies en bezuinigingen op de zorgtoeslag wel evenwichtig ingepast. Via het beleid met betrekking tot wanbetalers en onverzekerden worden mensen aangepakt die wel kunnen, maar niet willen betalen.

Ik moet overigens zeggen dat een goede internationale vergelijking van de eigen betalingen lastig is. Een studie van het Commonwealth Fund meldt een gemiddelde bijbetaling, in dollars, per gezin van \$347 in Nederland, tegen \$489 in Duitsland. Voor Frankrijk staat er \$81, terwijl daar toch behoorlijke eigen betalingen zijn; waarschijnlijk komt dit doordat vrijwel alle Fransen hun eigen bijdragen herverzekeren en deze dus als premie zien. Voor het Verenigd Koninkrijk geeft deze studie \$0, België is daarin niet meegenomen. In een binnenkort te verschijnen OESO-studie staan eigen betalingen als aandeel van de gezinsconsumptie. Daarin scoort Nederland 1,5%, Frankrijk 1,6%, het Verenigd Koninkrijk 1,6%, Duitsland 2,4% en België 4,2%. Kortom, op dit gebied is er nog een lange weg te gaan.

Een aantal leden maakte een opmerking over de vergroting van het kostenbewustzijn; naast de VVD hebben CDA, D66 en de SGP aandacht gevraagd voor vraagstukken rondom het kostenbewustzijn van patiënten en burgers. Veelvuldig werd een relatie gelegd met de betaalbaarheid op de langere termijn. Voor een reactie op specifieke vragen over bijvoorbeeld de plichten van patiënten en de effectiviteit van een medische behandeling verwijs ik naar de schriftelijke beantwoording. Ik ben het eens met de leden Mulder, Van der Veen, Smilde en Dijkstra dat inzicht in de kosten het bewustzijn van alle partijen vergroot dat de zorg niet gratis is. Ik vind het een loffelijk streven om de patiënt inzicht te geven in de kosten die zijn gemaakt. De uitgangspunten die ik daarbij hanteer

zijn: zo effectief mogelijk, maar zo weinig mogelijk belastend.

Meer in het algemeen steun ik de suggestie van mevrouw Smilde om de patiënt te betrekken bij het advies dat ik heb gevraagd aan de SER over de zorguitgaven. Ik ga daar niet over, de SER is onafhankelijk en bepaalt zelf wie bij dat advies wordt betrokken, maar ik zal deze vraag in ieder geval wel doorgeleiden. Ik ervaar dit ook als een oproep om, meer dan tot nu toe, de patiënt uit te dagen om met oplossingen te komen voor de houdbaarheid van het stelsel. Ik zie dat artsen zelf ook veel initiatieven nemen om behandelingen en hun effectiviteit op hun merites te blijven beoordelen. In dat verband kan ik berichten dat op 20 juni tussen verschillende partijen – de KNMG, de NPCF, Zorgverzekeraars Nederland, ZonMw, het College voor zorgverzekeringen, de NZH en DBC-Onderhoud – een convenant is gesloten, gericht op het terugdringen van ongepast gebruik van medische behandelingen. Dit is een ongelooflijke omslag. Ik vind het echt te prijzen dat ook patiënten daaraan meedoen, dat men zegt dat een gepast gebruik echt de backbone is van een levensvatbaar en solidair systeem, en dat het echt niet gaat lukken als we zoiets niet voor elkaar kunnen krijgen.

De heer Mulder vraagt mij of ik geen prijs kan uitloven voor de beste ideeën op dit terrein. Ik vind dat een creatief idee. Een politieke partij zou ook zo'n prijsvraag kunnen uitschrijven. De NPCF heeft allerlei ideeën verzameld en daar zaten heel veel goede ideeën bij. Mevrouw Gerbrands heeft er een aantal genoemd over medische hulpmiddelen en een meetapparatuur voor het stoppen van medicatie. Dat zijn heel praktische, belangrijke ideeën uit de praktijk. De NPCF zou dus zo'n prijs kunnen uitloven, de Consumentenbond zou dat kunnen doen, partijen kunnen dat samen doen. Ik zie niet zozeer in dat de overheid een prijs moet uitloven, maar ik vind het wel belangrijk dat iedereen meedenkt en een bijdrage levert aan de oplossing van dit vraagstuk. Daarbij zijn alle creatieve initiatieven welkom.

Er is hier een debatje gevoerd over de rekening. Dat ging over de vraag of die rekening vooraf overlegd moest worden, of er tussentijds updates zouden moeten worden gegeven of dat er achteraf een rekening zou worden overlegd. Het meest hanteerbaar is dat iedere zorgaanbieder gewoon op de eigen website aangeeft wat iets kost. Hij zorgt ervoor dat zijn website up-to-date is. Ik ben een beetje bang voor een algeheel brievenschrijfcircuit waarin een rekening vooraf gestuurd wordt, er tussenstanden worden gestuurd en een rekening achteraf wordt gestuurd. Dan sturen wij elkaar allemaal brieven terwijl op de website ook gewoon gezet kan worden wat iets kost en er achteraf een rekening kan worden gestuurd. Dat lijkt mij een goed systeem. Die rekening moet eigenlijk komen van de zorgverzekeraar want zo hebben wij dat geregeld in het systeem. Ik heb vanaf het begin van mijn ministerie tegen de zorgverzekeraars gezegd: maak van je verzekerde een bondgenoot, zorg dat je hem op de hoogte houdt van wat zorg kost. Die oproep is niet geheel met applaus ontvangen en ik zie ook dat niet iedere zorgverzekeraar het doet. Ik zeg toe, de zorgverzekeraars daarop nog één keer aan te spreken. Ik neem aan dat wij daarover goede afspraken kunnen maken. Anders moeten wij het gaan afdwingen. Ik vind namelijk dat als iemand premie betaalt, hij ook inzicht moet hebben in zijn ziektekosten. Als ik dat wil afdwingen, moet ik een wetswijziging doorvoeren. In dat geval kom ik terug bij de Kamer. Mij lijkt dat zorgverzekeraars dit gewoon moeten gaan doen,

Schippers

maar goed, het afgelopen jaar is het nog niet spontaan gedaan door alle verzekeraars.

De heer Van der Veen (PvdA):

Dit is een van de vele dingen die zorgverzekeraars moeten doen. Als de minister dan toch met een wetsvoorstel komt, kan zij dan aangeven dat als zorgverzekeraars op de hoogte worden gesteld door de verzekerde van een verkeerde rekening, er een boete betaald wordt op het moment dat zij daarop geen actie ondernemen? Dat is namelijk het grote probleem: ze ondernemen geen actie op signalen van de patiënt.

Minister Schippers:

De zorgverzekeraars zijn heel lang een soort van administratiekantoor geweest. Zij moeten nu een actieve rol spelen. Met de heer Van der Veen deel ik de ergernis dat als dan een patiënt eens een keer de moeite neemt om kostenbewust te zijn en op te bellen, deze wordt afgepoeierd. Dat is natuurlijk niet de manier om met elkaar te werken. Daarnaast heeft een patiënt er weinig aan als er een rekening wordt opgestuurd waarop alleen maar codes staan. Zo'n rekening moet natuurlijk wel iets zeggen. Ik heb een heleboel rekeningen gezien waarmee je werkelijk niets kunt. Er zijn echter ook verzekeraars die wel die moeite hebben genomen en daarin veel verder zijn. Dat zijn voor mij de goede voorbeelden waaraan wij ons moeten optrekken. Ik wil niet gaan werken met boetes. Ik vind gewoon dat zij het moeten doen. Als zij het niet doen, dan kom ik terug met een wettelijke regeling.

De heer Mulder (VVD):

De VVD-fractie vindt het heel goed dat de minister die zorgkosten inzichtelijk wil maken, dus daarvoor hulde. De vraag is echter wat wij precies gaan doen. Ik heb drie voorstellen gedaan. Het eerste voorstel is vooraf laten zien wat het kost. Dat kan op een website. Het kan nu ook al. Het ziekenhuis stuurt een rekening en de zorgverzekeraar geeft achteraf een overzicht. Wil de minister het beperken tot een zorgverzekeraar die een overzicht geeft of wil zij ook dat de zorgaanbieders een rekening sturen naar de patiënt?

Minister Schippers:

Ik wil het beperken tot de zorgverzekeraar die achteraf een overzicht stuurt naar de patiënt waarin staat hoe duur de behandeling is geweest. Ik ben voor de financiële afhandeling namelijk een relatie aangegaan met mijn zorgverzekeraar, niet met dat ziekenhuis. Zo hebben wij het geregeld. De zorgverzekeraar koopt namens mij, namens de patiënt, zorg in en doet de financiële afhandeling.

Dementie is een in omvang snel toenemende aandoening. In 2002 bracht de Gezondheidsraad een rapport uit waarin de verwachting stond dat in 2010 1 op de 83 mensen zou lijden aan dementie oplopend tot 1 op de 44 in 2050. Dementie is ingrijpend voor patiënten en hun naasten. Zelfstandig functioneren maakt plaats voor afhankelijkheid en deelname aan sociale activiteiten wordt moeilijk. Zo komen familierelaties en vriendschappen onder druk te staan. Langzaam maar zeker raakt de patiënt het contact met het heden geheel kwijt en verliest hij het vermogen om dingen, situaties en mensen te herkennen, zelfs degenen die hem het meest dierbaar waren, zo schreef de Gezondheidsraad treffend en beklemmend tegelijk. Dementie is, na alle verstandelijke handicaps bij elkaar, nu al de duurste ziekte. Er is veel arbeidskracht in de

verzorgingshuizen nodig om de mensen die straks deze ziekte krijgen, fatsoenlijk te kunnen verzorgen. Daarnaast zal een groot beroep worden gedaan op de mantelzorgers om deze mensen zo lang mogelijk in de thuissituatie te kunnen verzorgen. De staatssecretaris en ik willen samen optrekken om dit vraagstuk aan te pakken. We kunnen dementie nog niet genezen, maar we kunnen wel proberen om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te maken. Schotten in ons systeem zullen waar nodig moeten wijken om de medische zorg en de verzorging, verpleging en ondersteuning met elkaar te verbinden. De staatssecretaris zegt de Kamer toe om onze aanpak voor de zomer van 2012 in een brief aan de Tweede Kamer toe te sturen. De staatssecretaris zal straks op een aantal andere aspecten ingaan, maar ik wil de Kamer nu al deelgenoot maken van een uniek initiatief dat zich aan het ontwikkelen is. Een mooi voorbeeld van innovatief samenwerken en betere zorg voor chronische zieken is het deltaplan dementie. Er is een uniek samenwerkingsverband ontstaan tussen VWS, het VUmc Alzheimercentrum, ZonMw, Alzheimer Nederland en een aantal private partijen, zoals Rabobank, Achmea, PGGM, KPMG, Philips, VNO-NCW, Nutricia, Nefarma en KPN. Zij gaan gezamenlijk een businessplan ontwikkelen met als pijlers wetenschappelijk onderzoek voor de patiënt van morgen en zorg voor de patiënt van vandaag. Dit zal leiden tot een toenemende awareness voor dementie, wetenschappelijk onderzoek op topniveau, beheersing van de kostenontwikkeling, behoud van arbeidsproductiviteit van mantelzorgers en economische kansen voor verschillende industrieën. VWS heeft een financiële bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van dit plan, maar dat niet alleen. Vanuit drie kolommen binnen VWS, volksgezondheid, curatieve zorg en langdurige zorg, denken medewerkers inhoudelijk mee bij de ontwikkeling van het plan. Ook het ministerie van Onderwijs levert een inhoudelijke bijdrage. Het deltaplan dementie sluit mede door deze samenwerking tussen overheid, wetenschap en bedrijfsleven uitstekend aan bij de innovaties die het kabinet beoogt met de start van het topsectorenbeleid. Het deltaplan dementie is de Nederlandse bijdrage aan de Europese trajecten op dit terrein. Dementie is niet uitsluitend een Nederlandse ziekte, maar komt in heel Europa voor. Dus is het zaak dat wij onze handen ineenslaan op Europees niveau. Wij willen onze inzet leveren om daadwerkelijk slagen te maken bij de innovatie van onderzoek, behandeling en zorg op het terrein van dementie. Dit maakt het deltaplan dementie een logisch vervolg op de eerder door ons ingezette projecten als het plan Zorg voor mensen met dementie en het Nationaal Programma Ouderenzorg. De staatssecretaris gaat verder in op het onderwerp dementie in haar termijn.

Mevrouw Wolbert (PvdA):

Dit is prachtig om te horen. Fijn ook dat het zo vertrouwd klinkt. Het deltaplan dementie heb ik in 2007 aan de staatssecretaris aangeboden. Het voelt dus vertrouwd en klinkt goed. Dat is mooi.

Ik hoor de minister zeggen dat er een plan ligt van de staatssecretaris en de minister over zorg en ondersteuning in de buurt.

Minister Schippers:

Bij u.

Mevrouw Wolbert (PvdA):

Bij mij in de buurt?

Schippers

Minister **Schippers**:

Bij u in de buurt ook, maar ik bedoel dat het plan in de Tweede Kamer ligt.

De **voorzitter**:

Dan is het bij mij in de buurt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Het was een grapje, voorzitter. Het plan ligt inderdaad in de Kamer. Ik heb het hier. Er staan 38 maatregelen in. Ik hoor graag van de minister welke maatregelen daadwerkelijk dichtbij en in de buurt zijn. Is darmkankerscreening daar een goed voorbeeld van?

Minister **Schippers**:

De link tussen darmkankerscreening en dementie moet ik nog even zoeken. Bij dementie gaat het natuurlijk om ketenzorg. We moeten niet in de curatieve zorg en in de langdurige zorg allemaal ons eigen dingetje doen, maar moeten door alle ketens heen goede zorg aan de patiënt leveren, waarin de patiënt centraal staat. Dit is een belangrijke inzet voor zorg in de buurt ten aanzien van dementie.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

De minister maakt er nu een grapje van, maar ze begon ermee, te zeggen dat zij samen met de staatssecretaris een plan heeft gemaakt voor zorg in de buurt. Als ik helemaal fout zit, wacht ik met mijn vragen totdat de staatssecretaris daarover aan het woord is. Ik dacht echter dat de minister zojuist toch echt praatte over zorg in de buurt. Als dat niet zo is, stel ik mijn vragen gewoon aan de staatssecretaris. Dan heb ik verder geen vragen over het geweldige dementieplan. Ik ben heel benieuwd naar de brief die de Kamer daarover krijgt.

Minister **Schippers**:

Ik begon mijn betoog met zorg in de buurt. Dat heb ik niet hieraan verbonden. Wat ik zei, is dat de staatssecretaris en ik, mede op verzoek van verschillende Kamerleden, vóór de zomer 2012 met een plan komen. Misschien zit daar de verwarring.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Het is niet interessant om uit te zoeken. Ik wacht gewoon op de inbreng van de staatssecretaris.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. Mevrouw Ouwehand heeft een brief voorgelegd die ik eventueel van haar kan krijgen en op deze manier snel zou kunnen versturen aan de heer Bleker. Zij heeft de brief prachtig voorgedragen. Ik wil haar hartelijk danken voor de moeite die ze zich heeft getroost om die brief voor mij op te stellen. Ik ben alleen niet van plan, de brief over te nemen. Dat kan haar niet verbazen. In het kabinetsbeleid is er geen sprake van een primaat van de economie boven de volksgezondheid. Integendeel, voor dit kabinet staat het volksgezondheidsbelang altijd voorop. Dat is zo op het terrein van zoönose en op het terrein van antibioticaresistentie. Op beide terreinen heeft het kabinet de Kamer brieven gestuurd over hoe het dat beleid voortvarend gaat vormgeven. Maar dat geldt ook voor andere terreinen.

Ik heb geen enkele behoefte aan meer macht ten opzichte van mijn collega van EL&I. Dat is een misverstand. We hebben het daar eerder over gehad in deze Kamer.

Het kabinet gaat uit van collegiaal bestuur. Dat betekent dat we met elkaar werken om beleid te realiseren. Volksgezondheidsaspecten zitten in al het beleid, ook in het beleid van Infrastructuur en Milieu. Op alle terreinen spelen gezondheidsbelangen een grote rol. Dat is gewoon belangrijk. Maar doorzettingsmacht van het ene ministerie ten opzichte van het andere past niet bij collegiaal bestuur. Iedereen moet die gezondheidsbelangen meewegen. Als ze dat vergeten, zal ik ze er zeker aan helpen herinneren. Dat is echter niet nodig. Tussen mijn departement en het departement van EL&I bestaat geen discussie over het uitgangspunt dat volksgezondheid ons eerste doel is. Ik kan dat hier oprecht zeggen.

Het komt ook in verschillende dossiers tot uitdrukking. Bijvoorbeeld in de forse ambities die we hebben ten aanzien van het antibioticagebruik in de veehouderij en de strijd die we op dat terrein ook duidelijk zijn aangegaan. En in de zoönosestructuur, die er geheel op is gericht om het volksgezondheidsrisico zo vroeg mogelijk op te sporen en aan te pakken en waar het ministerie van VWS op alle lagen het voortouw neemt. Een ander voorbeeld is de recente EHEC-uitbraak. Er was nog weinig bekend over de bron van deze bacterie. Hoewel bekend was dat voorzorgsmaatregelen ten aanzien van komkommer- en spruitentelers konden leiden tot forse schade voor deze sector, hebben mijn collega en ik niet getwijfeld over het nemen van deze maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid.

Kortom, ik herken het betoog van mevrouw Ouwehand niet en ben van mening dat dit kabinet de volksgezondheid altijd voorop laat staan. Ik ben overigens prima in staat om het belang van de volksgezondheid te verdedigen als dat nodig is. En mocht dat nodig zijn, dan ben ik ook prima in staat om eventueel zelf een briefje te sturen. Maar daar houd ik helemaal niet van, meestal bel ik gewoon op.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD):

De minister houdt bij hoog en bij laag vol dat het niet nodig is dat zij doorzettingsmacht heeft wanneer de economische belangen van de landbouw een bedreiging gaan vormen voor de volksgezondheid. De Eerste Kamer heeft een motie aangenomen met algemene stemmen, dus met steun van VVD, CDA en PVV, waarin daarom wel wordt verzocht. De minister kan nu wel doen alsof het allemaal geregeld is, maar haar eigen gezondheidsdiensten en adviseurs hebben er nog steeds regelmatig kritiek op, bijvoorbeeld voor de Q-koorts, dat de maatregelen alweer zijn versoepeld. De minister laat op geen enkele manier blijken dat we het niet nog een keer gaan maken. 19 doden, Q-koorts; mensen werden niet gewaarschuwd voor een dodelijke bacterie en zijn gewoon gaan fietsen in gebieden waar ze ernstig risico liepen. Het is ook fout gegaan. Mensen zijn chronisch ziek geworden. Uit niets blijkt dat deze minister nu zegt: dat gebeurt mij nooit meer. Er is geen onderbouwing voor haar geruststellende woorden. Daarom vragen wij die doorzettingsmacht.

Minister **Schippers**:

Over de motie in de Eerste Kamer is bij de algemene politieke beschouwingen uitgebreid gesproken. De minister-president heeft het kabinetsstandpunt direct na indiening van die motie uitgebreid aan de Kamer laten weten. Ik heb daarna nog een aantal keren op verzoek van de Kamers in brieven uitgelegd hoe wij dat vorm hebben gege-

Schippers

ven. Bij zoönose bijvoorbeeld hebben wij de volksgezondheid leidend gemaakt in de hele signaleringsstructuur die wij hebben opgebouwd om die te lijf te gaan. Wij hebben daar correspondentie over gehad en verschillen daarover van mening. Bij collegiaal bestuur bestuur je collegiaal. Daarbij zijn gezondheidsbelangen niet ondergeschikt. Gezondheidsbelangen staan voorop. Die zijn ook in die structuur verankerd. Wat gebeurd is bij Q-koorts, was uniek. Wij hebben daar een heel debat over gevoerd naar aanleiding van het rapport van de commissie-Van Dijk. Dat was een unieke situatie. Mevrouw Ouwehand zei dat er mensen aan het fietsen waren, maar er was ook heel weinig bekend. Zij vraagt: gebeurt dat nooit meer? Dat kan ik niet zeggen, want ik weet niet welke zoönose waar ik nog nooit van gehoord heb, ineens de kop opsteekt of welke ziektes ineens ergens uitbreken. Ik ben sinds een jaar minister. Als zoiets gebeurt, gebeuren er allerlei dingen. Eén kenmerk is dat je in het begin niet precies weet wat er aan de hand is. Dat is de rode draad. Dat maakt het zo moeilijk. Dat maakt het ook zo moeilijk om maatregelen te nemen. Je kunt op een gegeven moment zeggen dat er geruimd moet worden, maar je gaat geen dieren ruimen als je niet weet of het helpt. Bij de maatregelen die je neemt, moet je ook weten of ze helpen. Dat is bij deze nieuwe situaties voortdurend aan de gang. Maar als het in het gezondheidsbelang is om bepaalde maatregelen te nemen waarvan wij met zijn allen overtuigd zijn dat ze moeten gebeuren, dan ben ik mans genoeg om ervoor te zorgen dat dat gebeurt. Ik laat het niet over mijn kant gaan. Als je ervan overtuigd bent dat iets moet gebeuren, als een minister van weet-ik-veel-wat zegt dat het niet moet en als je dan over je heen laat walsen, dan ben je geen knip voor de neus waard. Maar het is wel een integrale afweging.

Mevrouw Ouwehand (PvdD):

Ik ben het met de minister eens dat je dan geen knip voor de neus waard bent, maar nogmaals, het zijn niet alleen de conclusies van de Partij voor de Dieren, maar ook die van de eigen adviseurs van de minister. Die zeggen over het antibioticabeleid dat er nu moet worden ingegrepen. Wij weten ook dat het kan. Een varkensboer was zich rot geschrokken toen zijn eigen doodzieke dochtertje geen behandeling kon ondergaan omdat ze geïnfecteerd was met de MRSA-bacterie en dus resistent was tegen antibiotica. Binnen twee maanden heeft hij zijn bedrijfsvoering aangepast. Dat kan dus. Ik heb het eerder gevraagd. Als de minister meent wat ze hier zegt en de Kamer onderbouwd wil kunnen geruststellen, dan wil ik dat zij uitsprekt: wij gaan een en ander zo snel doen als het kan, ook als dat betekent dat wij boeren dwingen de nodige maatregelen te nemen op de kortste termijn die haalbaar is. Dan gaat het dus niet over twee of drie jaar. Deze minister handelt in strijd met haar eigen adviseurs, die nu om actie vragen.

Minister Schippers:

Het blijven altijd mijn afwegingen. Die kunnen verschillen van die van mevrouw Ouwehand. Zij geeft een goed voorbeeld: de antibiotica. Daar heb ik een advies over gevraagd van mijn belangrijkste adviseurs en de Gezondheidsraad. De raad heeft een rapport uitgebracht. Dat rapport gaan wij voortvarend uitvoeren. Daar heb ik de Kamer een brief over geschreven. Wij hebben daar binnen een paar weken een overleg over. Dan zal mevrouw Ouwehand zien hoe wij dat precies vormgeven. Misschien

had zij het anders uitgevoerd willen zien, maar ik luister heel goed naar de adviseurs die mij hierover hebben geadviseerd.

Mevrouw Ouwehand (PvdD):

Er komen nog inhoudelijke debatten aan. Wij gaan het debat met de minister van VWS en de staatssecretaris van Landbouw dan uitvoerig aan. Bij deze begrotingsbehandeling wil ik gemarkeerd hebben dat wij er in ieder geval niet gerust op zijn dat de volksgezondheid nu prevaleert. Op andere terreinen schroomt de minister niet om tegen heilige huisjes te schoppen. Of ik het daar nou mee eens ben of niet, ze durft het in ieder geval. Het zou mij een lief ding waard zijn als zij ook hierbij lef toont.

Minister Schippers:

Als het noodzakelijk is in het belang van de volksgezondheid, zal ik dat niet nalaten.

Ik kom nu op het onderwerp "medische ethiek". Dit onderwerp is niet meegenomen in de schriftelijke beantwoording. Ik ga daarom mondeling hierop in. Mevrouw Wiegman vroeg wat de bekostiging van abortus doet in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Bij de totstandkoming van de Wet afbreking zwangerschap is zeer weloverwogen gekozen voor het onderbrengen van abortus bij de AWBZ, bekostigd uit een rijksbijdrage. Daarmee werd tegemoetgekomen aan de gemoedsbezwaarden die niet wilden meebetalen aan deze hulpverlening. Tevens kon binnen de AWBZ de anonimiteit van de vrouw worden gegarandeerd. Deze twee uitgangspunten acht ik nog steeds van groot belang. Ik zie niet op welke wijze de anonimiteit binnen de Zorgverzekeringswet gehandhaafd kan blijven. Overigens meen ik mij te herinneren dat wij abortus juist bij de nieuwe Zorgverzekeringswet niet hebben verzekerd omdat gemoedsbezwaarden anders verplicht verzekerd zouden zijn voor deze hulpverlening. Wij hebben het dus expres zo gedaan. Op die manier bouw je met elkaar een bouwwerk waarin iedereen zich kan vinden. Ik wil ervoor waarschuwen om daar draden uit te trekken, want dan kan het instorten en dat zou ik ernstig betreuren.

Mevrouw Wiegman vraagt mij verder het boek 20-weken echo en spina bifida te verspreiden onder ouders zodra de echo een open ruggetje uitwijst. Een goede voorlichting over prenatale screening en de 20 weken echo is cruciaal. Door beroepsgroepen en patiëntenorganisaties zijn gezamenlijk folders, keuzehulp op internet en opleidingseisen voor counselors ontwikkeld. De inhoud van die voorlichting en vooral de zorg na een ongunstige testuitslag is aan de professionals en niet aan de overheid. Daar zou ik die ook graag laten.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink

(ChristenUnie):

Ik ga even in op het eerste punt. Bij deze begrotingsbehandeling valt mij op dat ontzettend veel onder druk staat. Komend jaar staat er ook heel veel op het spel door de drastische wijzigingen in het zorgstelsel. Is het niet het overwegen waard om toch nog eens kritisch te bekijken wat er om welke reden dan ook ondergebracht is bij de AWBZ? Als wij bezig zijn met het herdefiniëren van de AWBZ – dit gaat over langdurige en onverzekerbare zorg – moeten wij toch eerlijk de vraag durven te stellen wat abortus onder die paraplu doet. Kunnen wij dit niet op een andere manier organiseren? Kunnen wij in dat ver-

Schippers

band, net zo goed als op andere terreinen, meer vragen van de eigen verantwoordelijkheid van mensen?

Ik kom nu op de aanbeveling van het boek. Ik constateer dat de informatievoorziening over de 20 wekenecho nog niet goed verloopt. Ik zeg dit op basis van de informatie die ik tijdens het laatste congres van de BOSK heb ontvangen. Ik weet dat de minister niet zelf in ziekenhuizen moet gaan staan om boeken te verspreiden, maar de minister kan op zijn minst wel een aanbeveling daarover doen aan de zorgverleners. Zij kan melden dat zij berichten krijgt dat de informatievoorziening nog niet goed op orde is en daarbij zeggen dat dit boek wordt aanbevolen met het verzoek aan zorgverleners om het te verspreiden als een open ruggetje aan het licht komt tijdens een 20 wekenecho.

Minister Schippers:

Wij passen veranderingen toe bij de AWBZ en bij de Zorgverzekeringswet omdat wij problemen signaleren. Die problemen wil je oplossen door iets aan te passen. Bij de financiering van abortus zie ik noch een probleem, noch een betere oplossing. Als ik het anders zou doen, zie ik alleen meer problemen.

Ik heb geen signalen ontvangen over onvoldoende informatievoorziening en voorlichting, los van wat mevrouw Wiegman mij gisteren heeft verteld. Ik kan aan de beroepsgroep wel de zorg van mevrouw Wiegman en haar aanbeveling meegeven. Dat zou ik kunnen doen en daar ben ik ook zeker toe bereid. Ik ben echter niet van plan om voor te schrijven dat er een boek gegeven moet worden bij zo'n informatiesprek.

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie):

Wellicht ga ik in de tweede termijn verder in op het boek, zodat wij daar een eindconclusie aan kunnen verbinden. Ik overweeg ook een motie hierover.

Ik ga verder in op het nadenken over het zorgstelsel. Dit jaar merk ik bij de behandeling van de begroting en tijdens de debatten daarover op dat het niet alleen een kwestie is van het oplossen van problemen, maar dat het kabinet voortdurend bezig is met het ontwikkelen van een visie over de wijze waarop wij ons stelsel voor de toekomst gezond houden. Het gaat bovendien over de principiële vraag: wat hoort waar thuis? Om die reden is al een paar jaar geleden het SER-advies over de AWBZ verschenen, waarin staat dat wij de AWBZ moeten herdefiniëren. Bij dat herdefiniëren hoort wel degelijk dat wij nog eens goed bekijken wat er in de AWBZ ondergebracht is, zoals de bekostiging van de abortus.

Minister Schippers:

Maar die wordt niet uit de AWBZ bekostigd. Die wordt via een subsidieregeling bekostigd. Dat is niet voor niets. Die wordt via een subsidieregeling bekostigd om te voorkomen dat wij mensen die gewetensbezwaren hebben, verplichten om premie te betalen voor deze hulpverlening. Die oplossing is in het verleden door mijn voorgangers doorgesproken met verschillende leden van de Kamer. Ik zie die oplossing nog steeds als de beste oplossing die ik kan bedenken.

De heer Van der Staaij vraagt de regering om de signalering en voorkoming van abortussen onder dwang uitdrukkelijk prioriteit te geven. In 2010 is over dit onderwerp een overleg geweest tussen de politie, het ministerie van VWS en de abortusklinieken. Abortusklinieken zijn zeer

alert op situaties waarin sprake is van dwang. In het vrijwillige deel van de abortusregistratie wordt sinds 2011 gevraagd naar het vermoeden van dwang. Op die manier willen wij meer inzicht krijgen in aard en omvang. Dat is dus recentelijk gebeurd.

De heer Van der Staaij zegt geregeld signalen te krijgen dat palliatieve sedatie nog steeds wordt gebruikt als sluiproute voor euthanasie en vraagt of de inspectie niet blijvend alert kan zijn op handhaving van de richtlijnen. Wij hebben recentelijk onderzoek gedaan. Daaruit blijkt dat de praktijk van de palliatieve sedatie grotendeels in overeenstemming is met de KNMG-richtlijn. Ik heb begin dit jaar de Kamer hierover geïnformeerd. Ik deel met haar het belang om aandacht te geven aan implementatie van de richtlijn en handhaving, maar omdat wij net een onderzoek hebben ontvangen waaruit eigenlijk geen signalen zijn gekomen, zie ik de meerwaarde van weer een onderzoek niet zo.

Mevrouw Dijkstra wijst op een toename van het aantal meldingen van euthanasie. Artsen wachten soms negen maanden op een oordeel van de toetsingscommissie. Om de doorlooptijden van euthanasiemeldingen terug te dringen, heb ik zorg gedragen voor personele uitbreiding en extra middelen. Bovendien werkt de toetsingscommissie aan een efficiëntere werkwijze. Vooralsnog reken ik erop dat met deze inzet de achterstanden kunnen worden weggevoerd en de doorlooptijden kunnen worden teruggedrongen tot de wettelijke termijn. Als wij constateren dat dit niet het geval is, zal ik hier opnieuw naar kijken.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Bij de begrotingsbehandeling vorig jaar heb ik daarover ook met deze minister gesproken. Toen heb ik een amendement ingediend. De extra personele ondersteuning was voorzien en was nodig, maar was niet voldoende. Nu doet zich precies hetzelfde probleem weer voor. Ik zal daarom opnieuw met een amendement komen.

Minister Schippers:

Het werven van mensen kost tijd. Dat is, als u nagaat wat er gebeurd is, in het afgelopen jaar ook het geval geweest. Men heeft tijd nodig gehad om mensen te werven. Die mensen zijn aangenomen en ingewerkt. Vervolgens moet de wachtlijst en moeten de doorlooptijden ook daadwerkelijk worden teruggebracht. Als dit niet gebeurt, zal ik daarop actie ondernemen. Ik wil echter eerst bekijken of het effect heeft.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Ik wil wel graag weten welke termijn de minister daaraan verbindt. Wij worden vanuit de toetsingscommissie gearmd dat zij dit niet aankan zonder extra personeel.

Minister Schippers:

Ik zal de Kamer daarvan op de hoogte stellen. Wij hebben binnenkort een algemeen overleg over euthanasie. Als u het goed vindt, zal ik in dat overleg daarmee komen. Het lijkt mij dat het het best daarin kan gebeuren.

Mevrouw Smilde (CDA):

Ik heb nog een paar vragen naar aanleiding van de schriftelijke beantwoording. Die kan ik echter in tweede termijn stellen. Eén vraag is niet schriftelijk beantwoord, namelijk die over de codering van de hulpmiddelen, implantaten en stents. Ik had een pleidooi gehouden over de internationale standaards.

Schippers

Minister **Schippers**:

Daar is wel een antwoord op geweest. Ik weet zeker dat ik het heb gezien.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Misschien heb ik die over het hoofd gezien.

Minister **Schippers**:

Mevrouw Gerbrands heeft er een vraag over gesteld ten aanzien van geneesmiddelen en hulpmiddelen en mevrouw Smilde ook. Wij hebben daarop antwoord gegeven. Ik heb het zeker gezien.

Mevrouw **Smilde** (CDA):

Ik zal nog even kijken. Anders kom ik in tweede termijn erop terug.

De heer **Mulder** (VVD):

Ik heb vorige week voorstellen gedaan over het zogeheten "no-showtarief". Bijna 10% van de mensen die naar het ziekenhuis gaan, komt niet opdagen. Dat kost de andere premiebetalers 300 mln. De minister zegt nu dat zij geen no-showtarief wil invoeren, omdat zij vindt dat het een zaak van patiënten en aanbieders is. Daarmee laten wij 300 mln. liggen. In de geestelijke gezondheidszorg is wel een no-showtarief. Er is dus geen principieel bezwaar tegen. Graag hoor ik waarom de minister geen no-showtarief wil invoeren.

Minister **Schippers**:

De ggz wordt heel anders gefinancierd. De ggz heeft geen prestatiebekostiging en geen vrije onderhandeling, zoals nu bij de somatische medisch-specialistische zorg wel het geval is. Dat is een totaal andere situatie. Daarom hebben wij het signaal gegeven dat de ggz dat moet doen. Dat signaal is al een tijd geleden gegeven aan de medisch-specialistische zorg, die een andere financierings-systeem heeft gekregen. De zorgverzekeraars zijn de bewakers van onze kas, dus zij moeten dat geld willen verdienen. Zij moeten dat afspreken met de ziekenhuizen.

De heer **Mulder** (VVD):

Blijkbaar gebeurt dat onvoldoende. De VVD wil daarom graag maatregelen.

Ik heb ook een voorstel gedaan om de zogeheten "third opinion", het derde onderzoek, uit het basispakket te halen. De redenering van de minister is: het zit erin en daarom zit het erin. Waarom schaffen wij het niet af? Het blijkt dat een second opinion maar in 1,2% van de gevallen een andere opinie geeft. Er is dan ook alle reden om die derde eruit te halen.

Minister **Schippers**:

In de schriftelijke antwoorden geef ik de heer Mulder juist gelijk. Ik vind zijn idee over de third opinion een heel goed idee. Ik vind dat die helemaal niet in de basisverzekering thuis hoort.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik heb twee korte vragen. De eerste betreft het lage ziekte-lastcriterium. Ik heb gevraagd naar de stand van zaken; ik verwijs ook naar de opmerkingen die ik heb gemaakt over de effecten op de sociaaleconomische zorgverschillen. De tweede vraag gaat over het macrobeheersingsinstrument, dat is bedoeld om overschrijdingen van de ziekenhuizen te compenseren. De minister heeft gezegd dat zij wil kij-

ken naar alternatieven. Nu ligt er een voorstel van Zorgverzekeraars Nederland en de NVZ omtrent een alternatief. Heb ik goed begrepen dat de minister daar niet op ingaat?

Minister **Schippers**:

Om met het laatste te beginnen: ik wilde er heel graag op ingaan, dus ik heb een uitvoeringstoets gevraagd aan de Nederlandse Zorgautoriteit. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft gezegd dat het juridisch niet houdbaar is. Het lijkt mij zeer onverstandig om een juridisch onhoudbaar instrument in te voeren, dus ik heb aangegeven dat ik het komende jaar wil gebruiken om ervoor te zorgen dat het wel juridisch houdbaar is, zodat het in 2013 kan worden doorgevoerd. Ik sta zeer positief tegenover de gedachte achter dat voorstel, maar het moet wel juridisch houdbaar zijn.

De CVZ is heel hard bezig. Ik verwacht dat zij rond de jaarwisseling een worp zal doen. Wij zullen er dan naar kijken. Ik heb toegezegd dat ik in maart 2012 met een standpunt richting de Kamer kom.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

In de schriftelijke beantwoording gaat het kabinet in op mijn punt over het samenwerken van zorgaanbieders en de financiering op aandoeningen en niet meer per verichting. Er komen adviezen aan van de NZa en van de evaluatiecommissie chronisch zieken, beide in 2012. Zou de minister preciezer kunnen aangeven wanneer zij die adviezen verwacht? Dan weten wij op welk moment wij er een goed debat over kunnen voeren.

De **voorzitter**:

Het kan desnoods ook in de tweede termijn.

Minister **Schippers**:

In de tweede termijn of schriftelijk. Ik kijk net zo uit naar de adviezen als mevrouw Voortman, maar ik kan het zo uit mijn hoofd niet zeggen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Het gaat mij er vooral om dat ik er een goed debat over wil kunnen voeren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Ik wilde toch nog even terugkomen op de financiering van patiëntenorganisaties. De subsidies daarvan worden ernstig gekort. Op ons voorstel om het uit de zorgpremie te financieren, voert de minister steeds het argument aan dat wat je uit de zorgpremie betaalt direct in de zorg terecht moet komen. Wij zien dat dit in heel veel gevallen niet gebeurt. Wij zien bijvoorbeeld dat de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland een bijdrage van bijna 8 mln. krijgt van AWBZ-instellingen. Ik vraag mij dus af waarom de minister dit in stand houdt. Waarom zou, als zij vindt dat de brancheorganisaties wel gefinancierd mogen worden uit AWBZ-zorggeld, dat dan niet mogen gelden voor patiënten- en cliëntenorganisaties?

Minister **Schippers**:

Instellingen bepalen zelf of zij lid worden van een brancheorganisatie, net zoals andere stichtingen of particuliere bedrijven dat zelf bepalen. We verschillen gewoon van mening over de manier van financieren. Of je het nu financiert vanuit de belastingen of vanuit premies, het gaat om de vraag hoeveel je wilt financieren en hoe je dat

Schippers

moet verdelen. Wij financieren het nu vanuit de belastingen en vervolgens gaat de discussie dus over de vraag: hoeveel wil je financieren en hoe verdeel je dat?

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Misschien gaat de discussie daar wel over en verschillen we inderdaad van mening. De minister hanteert echter wel een systeem waarin cliënten- en patiëntenorganisaties een belangrijke rol spelen. Ook in de toekomst worden zij geacht een veel grotere rol te spelen als derde macht binnen de driehoek van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten- en patiëntenorganisaties. Waarom kunnen de andere twee wel gefinancierd worden vanuit dit soort middelen? Waarom moeten de patiënten- en cliëntenorganisaties zelf maar uitzoeken of ze sponsors kunnen vinden, of ze het bedrijfsleven bereid kunnen vinden bij te dragen, of de leden meer willen gaan betalen, enzovoorts?

Minister **Schippers**:

We vinden patiënten- en cliëntenorganisaties belangrijk en daarom gaat er zo'n 23 mln. naartoe. Dat zou niet gebeuren als we het niet belangrijk zouden vinden. Het is dus wel belangrijk. Wij hebben alleen gezegd dat het veel meer in samenwerking kan, en efficiënter en effectiever. Daartoe hebben we een programma opgesteld waar we de financiering bij hebben gezet. Uiteindelijk betalen we het allemaal, of je de financiering nu uit de premies haalt of uit de belastingen. We betalen daarnaast ook mee aan de patiëntenorganisaties omdat wij vinden dat zij belangrijk werk doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Er is al sprake van heel veel samenwerkingsverbanden op dit moment. Er wordt heel hard aan gewerkt, juist ook aan die professionaliseringsslag. Een en ander wordt nu echter extra bemoeilijkt omdat de subsidies worden gekort.

Minister **Schippers**:

Nee, wij hebben juist een systeem opgezet waarin samenwerking wordt gestimuleerd en financieel wordt beloond in plaats van afgestraft.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Deze minister is tegen de zorgkolchozen, zo hebben wij eerder kunnen horen. De Kamer is daar ook tegen en heeft in meerderheid de motie van de SP-fractie aangenomen dat er een moratorium moet komen op zorgfusies. Gaat de minister die motie ook uitvoeren?

Minister **Schippers**:

Ik kan dat moratorium niet juridisch afdwingen, omdat daar wetgeving voor nodig is. Wel ben ik bereid om in geval van een fusie aan te geven dat ik van mening ben dat zij, vooruitlopend op wetgeving, daaraan alvast moeten voldoen, maar ik kan dat niet juridisch afdwingen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

In 2002 was mevrouw Borst minister van Volksgezondheid. Zij heeft een gezaghebbende oproep gedaan voor een standstill van fusies. De ziekenhuizen hebben zich daar ook aan gehouden. Op dit moment wordt er fors gefuseerd. Ook in mijn eigen regio ligt er een fusie voor. Ik wil de minister oproepen om de Kamer tegemoet te komen en, als zij dan geen macht heeft om een moratorium

af te dwingen, een gezaghebbende oproep te doen om nu niet te fuseren.

Minister **Schippers**:

We hebben wetgeving in voorbereiding voor een fusietoets. Ik heb aan de Kamer ook toegezegd dat ik, vooruitlopend op die wetgeving, de oproep wil doen om alvast aan die fusietoets te voldoen. Dat wil zeggen dat men de ondernemingsraad, de cliëntenraden en de omgeving betreft, en dat men onderbouwt waarom de fusie echt noodzakelijk is.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik vraag me echt af waarom het voor een minister die tegen zorgkolchozen is, zo moeilijk is om ja te zeggen tegen een gezaghebbende oproep. We hebben allemaal geconstateerd dat grootschaligheid niet leidt tot betere zorg, maar wel tot kwetsbare organisaties bij faillissement. Ik vraag de minister om, in lijn van de motie die in de Kamer is aanvaard, een gezaghebbende oproep te doen. Ze zegt rekening te moeten houden met wetgeving. Maar wanneer komt die wetgeving? Dat weten we helemaal niet. Ik vraag de minister nogmaals te doen wat minister Borst in 2002 deed: een gezaghebbende oproep voor een standstill van fusies in ziekenhuizen.

Minister **Schippers**:

Ik heb aangegeven dat ik een gezaghebbende oproep wil doen, vooruitlopend op wetgeving, om een en ander goed te onderbouwen en de omgeving te betrekken bij een eventuele fusie, maar ik kan een en ander niet juridisch afdwingen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Ik dank de minister voor haar schriftelijke antwoord op mijn vraag over de bekostiging van anonieme e-health. De minister zegt dat zij ook wel iets ziet in een CVZ-advies, maar ik wil haar toch vragen of wij dat advies volgend jaar zomer tegemoet kunnen zien. Dan kunnen wij volgend jaar bij de begrotingsbehandeling de bekostiging van anonieme e-health structureel regelen, zodat wij volgend jaar niet met hetzelfde probleem zitten als vorig jaar en we maar een potje geld moeten reserveren. Daarvan komen nu al berichten binnen dat de gereserveerde 2 mln. wellicht niet toereikend is.

Minister **Schippers**:

Ik heb in de schriftelijke antwoorden aangegeven dat het niet de eigenlijke taak is van het CVZ. Desondanks ben ik bereid dat aan hen te vragen, ondanks dat het niet in het eigen werkprogramma zit. Ik moet het nog vragen en ik zal uw vraag meenemen of het op tijd af kan zijn. Ik kan alleen niet voor het CVZ spreken, maar zal uw wens wel doorgeven.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Dat zou ik heel erg prettig vinden. Wellicht kan CVZ dit meer tot de eigen verantwoordelijkheid gaan rekenen. Structurele bekostiging gaat immers steeds meer een taak worden van de zorgverzekeraars; laten wij dat dan ook met elkaar gaan regelen. Laat de minister daarbij ook de verantwoordelijkheid nemen om die taak op te pakken waar mogelijk een verandering van wet- en regelgeving nodig is.

Schippers

Minister **Schippers**:

Ik denk dat wij een gemeenschappelijk doel hebben. Ik moet het CVZ nog vragen, maar ik ga er vanuit dat dit voor elkaar komt. Ik weet natuurlijk niet wat het advies zal worden, maar dit traject gaat wel lopen, denk ik.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink**

(ChristenUnie):

Het zou goed zijn dat de Kamer op de hoogte blijft van de reactie van het CVZ.

Minister **Schippers**:

Ik stuur het door.

De **voorzitter**:

De minister zal in tweede termijn reageren op de amendementen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 12.40 uur tot 13.20 uur geschorst.