

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

## Herziening Zorgstelsel

Nr. 349

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 23 augustus 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 22 juni 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de Zorgverzekeringswet, Pakketadvies 2011**.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

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

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

De griffier van de Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

**Voorzitter: Smeets**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn 10 leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Gerbrands, Leijten, Mulder, Smeets, Smilde, Van der Staaij, Van der Veen, Voortman en Wiegman-van Meppelen Scheppink,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De **voorzitter**: Welkom. Wij hanteren een spreektijd van zes minuten in de eerste termijn, ondanks het feit dat in de laatste uitnodiging een spreektijd van vijf minuten stond genoemd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. «De maagzuurremmers kunnen wel uit het basispakket, want van opspelend maagzuur hebben toch alleen linkse mensen maar last». Goh, wat zal er gebulderd zijn tijdens het VVD-congres toen minister Opstelten deze uitspraak deed. Ik vraag aan de minister van Volksgezondheid of zijn uitspraak klopt. Hebben alleen linkse mensen last van het schrappen van maagzuurremmers uit het pakket? Terwijl het politieke en journalistieke oog op het ritueel slachten ligt, slacht slager Schippers de zorg. Terwijl mensen met een lagere opleiding en een lager inkomen in ons land gemiddeld zeven jaar korter leven en twintig jaar van hun leven een slechtere gezondheid hebben dan mensen met een hogere opleiding of een hoger inkomen, versterkt de minister de preventie, maar schaft zij preventiemaatregelen af. Preventie is juist nodig om gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoger en mensen met een lager inkomen te verkleinen. Onder het motto van «een linkse hobby» sloopt de minister de zorg en ontzegt zij mensen de toegang tot zorg. Daarmee zet deze boekhouder een streep door de gezonde samenleving.

Het is kortzichtig om hartpatiënten en mensen met verschijnselen van chronische reuma hun fysiotherapie te ontnemen. Zij hebben namelijk vaak pijn en vermoeidheidsklachten. Dat leidt tot ziekteverzuim en depressie. De fysiotherapeut is niet alleen voor rekken en strekken. Zij heeft ook een belangrijke signalerende functie. Zij biedt een luisterend oor en geeft advies voor werk en thuis. De begeleiding van hartpatiënten is belangrijk. Na een operatie is het van belang om rustig aan te doen en om goed naar je lichaam te luisteren. Overbelasting kan leiden tot meer kosten en een slechtere revalidatie. Het is kortzichtig om dieetadvisering uit het basispakket te schrappen, want dieetadvisering voorkomt aandoeningen die worden veroorzaakt of verergerd door slechte voedingspatronen. Bovendien leiden dieetadviezen tot sneller herstel na ziekte of een operatie. Ondervoeding kost onze samenleving 1,7 mld. Een kwart van de mensen in de ziekenhuizen is ondervoed. Dieetadvisering helpt ook bij het terugdringen van enorme kostenposten voor onze maatschappij, kosten die worden gemaakt voor diabetespatiënten en hun medicatie, voor hartpatiënten enzovoorts.

Het is kortzichtig en ook behoorlijk onbehoorlijk om te stoppen met de stoppen-met-rokenprogramma's. Een kwart van de rokers haalt zijn pensioen niet. Stoppen met roken spaart 37 000 mensenlevens. Het niet vergoeden van stoppen met roken zal duizend levens per jaar kosten. Zo veel slachtoffers vallen er in het verkeer niet. Nu al denken mensen: ik ga niet meer stoppen, want de minister vindt het prima dat ik rook. Er zullen geen campagnes meer zijn om mensen bewust te maken van de gevaren van roken. Als je COPD hebt, betalen we wel de opnames en de pufjes, maar de meest verstandige stap, namelijk direct stoppen met roken om verergering van de aandoening te stoppen, is voor eigen rekening. Gaat de minister bijhouden tot welke kostenstijgingen in de zorg het schrappen van deze maatregelen zal leiden? Waarom kiest zij niet voor een toekomst

voor een gezonde samenleving, waarin economische gezondheidsverschillen kleiner worden in plaats van groter?  
Het kaasschaafbeleid reikt nog veel verder. Huisartsen moeten op tijd opnemen, maar de huisartsenzorg wordt wel met 132 mln. gekort. Verloskundigen hebben jarenlang gestreden voor betere financiering, omdat het daar niet goed ging. Nu wordt de 10 mln. tariefverhoging weer teruggedraaid. De kaasschaaf gaat over de logopedie en over academische ziekenhuizen. De maatregelen voor de geestelijke gezondheidszorg bespreken wij volgende week, maar ik kan nu al zeggen dat die maatregelen helemaal bij de beesten af zijn.  
Het kabinet schuift de rekening naar de patiënt. Ben je ziek? Eigen schuld! Het begint er steeds meer op te lijken dat het ministerie van VWS alleen nog maar met spindoctors werkt. Op het ministerie luistert men alleen nog naar zulke doctors. Zo lasen wij gisteren in de krant van wakker Nederland dat het eigen risico honderden miljoenen per jaar kan opleveren zonder dat de gezondheidszorg in gevaar komt. Na het lezen van zo'n artikel pak je even het rapport erbij. In dat rapport staat dat niet. De belangrijkste conclusie uit het rapport is, dat de hoogte van de totale zorgkosten onveranderd is, maar dat er wel een verschuiving plaatsvindt van collectieve kosten voor de gezondheid naar particuliere kosten voor de gezondheid. In het rapport staat dat de grootste groep zorggebruikers de chronisch zieken zijn, die niet kunnen afzien van zorg omdat zij die zorg nodig hebben. Voor hen is een stijging van het eigen risico een onvermijdelijke kostenpost. Op die manier betaalt de reumapatiënt voor iemand die niet ziek is.  
Het kabinet beweert ook dat de gezondheid van mensen niet in gevaar komt. De onderzoekers stellen echter dat zij eenvoudigweg niet kunnen meten wat de effecten van de eigen bijdrage voor de gezondheid zullen zijn. Ook geven zij toe dat de onderzoeksgroep niet representatief is, omdat «de doelgroep niet onmiddellijk representatief is voor de gehele bevolking». Dat is niet zo gek, want er zijn twee onderzochte doelgroepen, namelijk in de eerste plaats de mensen van 15 tot 17 jaar en in de tweede plaats de mensen van 18 jaar. Hierover wordt echter wel een groot persbericht de deur uitgedaan.  
De SP beschouwt het eigen risico als een immorele boete op ziek zijn. De SP heeft echt genoeg van de propaganda die de zieken alleen maar wegzet als kostenpost. Het is een politieke keuze om de zorg als een kostenpost te beschouwen. Het kan ook anders.  
Mensen die kanker hebben en uitbehandeld zijn, moeten nu op eigen kosten naar Duitsland. De zorgverzekeraar vergoedt hun therapie niet. Is het mogelijk om deze behandeling op te nemen in de experimenteer-ruimte die de minister heeft gevonden in het pakket? Het zou toch mogelijk moeten zijn dat zorgverzekeraars aan deze mensen hun zorg vergoeden als die is voorgeschreven door een specialist in een academisch ziekenhuis?  
De voorhangbrief over de ex-postrisicovereffening is voor de Kamer onbehoorlijk. De Kamer vraagt al vanaf 2007 om een goed onderzoek naar de gevolgen voor de zorgverzekeraars, en dan met name voor de kleine zorgverzekeraars. Die onderzoeken zijn niet gedaan. De minister kan de Kamer dit besluit nu niet voorleggen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De Zorgverzekeringswet vierde recent zijn eerste lustrum. Wij kunnen zeggen dat de invoering van deze wet succesvol is verlopen. Er is nu een solidaire ziektekostenverzekering voor alle inwoners, terwijl de premies nog steeds goed kunnen worden opgebracht. Wij staan echter wel op een belangrijk kruispunt. Wil er een goede balans zijn tussen kostenbeheersing en een verantwoorde zorg, dan moet een en ander zijn ingebed in een toekomstige inrichting van

pakketbeheer. Volgens mijn fractie is dit van cruciaal belang willen wij in de komende jaren verantwoorde keuzen voor het pakketbeheer kunnen maken.

Wij steunen de minister bij haar onderzoeksvraag rond stringent pakketbeheer en lageziektelastbenadering. Wij hanteren daarbij de volgende aandachtspunten. Er mag geen verschuiving optreden naar de ernstige problematiek. Er moet verder een samenhang zijn tussen enerzijds lage ziektelasten die niet collectief worden verzekerd en anderzijds zorg die wel collectief wordt verzekerd. Bovendien vragen wij ons af of het in het kader van stringent pakketbeheer ook zinvol is om de automatische in- en uitstroom mee te wegen. Dit kan juist van belang zijn voor de ontwikkeling van een verantwoord, toekomstgericht pakket. Gepast gebruik is een heel goede uitgangssituatie, waarbij de meest eenvoudige behandeling als eerste wordt aangeboden. Als die eenvoudige behandeling niet voldoende is, wordt «opgeschaald». Wie bewaakt echter dat dit gebeurt?

Het CDA is positief over de voorwaardelijke toelating als onderdeel van het stringent pakketbeheer. Wij willen ook onderdelen die nu in het pakket zitten daarvoor in aanmerking laten komen. Er komen twee pilots, waaronder een pilot gericht op de dure geneesmiddelen. Die worden onder de voorwaardelijke toelating gebracht. De beleidsregel verdwijnt. Betekent dit nu dat ieder geneesmiddel apart zal worden getoetst op bijvoorbeeld kosteneffectiviteit? Voorwaardelijke toelating zou wat ons betreft ook heel goed kunnen worden gebruikt om innovatieve vormen van zorg een kans te geven die nog niet aan alle toelatingscriteria voldoen. Wij weten dat hieraan behoefte bestaat. Dit zien wij nu niet terug in de voorstellen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb altijd van de CDA-fractie begrepen dat zij tevreden is over de manier waarop het CVZ adviezen uitbrengt over het pakketbeheer. Ik zie mevrouw Smilde instemmend knikken nu ik dit zeg. Opvallend is dat een aantal adviezen van het CVZ door de minister niet wordt overgenomen, en dat de minister een aantal maatregelen wel overneemt die het CVZ juist niet wil overnemen. Ik noem als voorbeeld de maatregelen op het vlak van diëtetiek. Hoe rijmt mevrouw Smilde dat met haar opvatting dat de adviezen van het CVZ op een goede manier worden gegeven?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben van mening dat wat wij in het basispakket hebben opgenomen, over het algemeen zinvolle zorg is. Wij hebben echter nu te maken met een zo grote groei van de kosten van de gezondheidszorg – ik zal daarop later in mijn inbreng terugkomen – dat wij het niet meer kunnen houden bij het terugdringen van overschrijdingen alleen. Daarom moeten wij ook kijken naar de zorg die in het basispakket zit. Het CDA heeft dat in het afgelopen jaar nog niet gedaan. Ik herinner iedereen eraan dat 2011 het eerste jaar is waarin wij echt iets aan de omvang van het basispakket doen. In dat kader moeten wij afwegingen maken. Wij steunen de maatregelen die in dat kader worden voorgesteld.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat betekent dat het de CDA-fractie worst zal wezen of de minister de adviezen van het CVZ overneemt of niet, nog afgezien van de inhoud van die adviezen. De minister mag van de fractie ook zaken voorstellen die niet eens in het advies van het CVZ staan? De CDA-fractie vindt dat allemaal goed? Heb ik dat goed begrepen?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee. Ik pleit er juist voor om bij het toekomstgerichte pakketbeheer nog veel beter te bezien wat wel en wat niet in het pakket kan. Dat kan mogelijk in de vorm van voorwaardelijke toelating. Als op dit moment iets bij een bepaalde behandeling of aanspraak hoort, stroomt het automatisch het pakket in. Dat is in principe een goede zaak,

maar mogelijk moeten wij ons afvragen of een aantal zaken dat op deze manier het pakket instroomt, er wel echt in hoort. Als voor de behandeling van een bepaalde soort kanker een nieuw medicijn wordt ontwikkeld, gaat het automatisch het pakket in. Dat is ontzettend mooi. Wij mogen echter wel kritisch bezien hoe wij daarmee omgaan. Daarom pleit ik voor een toekomstgericht pakketbeheer. Daarbij wegen de adviezen van het CVZ uiteraard zeer zwaar.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mevrouw Smilde gebruikte zojuist de woorden «verantwoord» en «toekomstgericht». Zij toetst de voorgestelde maatregelen aan deze twee begrippen. Mag ik haar in alle eerlijkheid vragen hoe verantwoord deze maatregelen werkelijk zijn? Deze maatregelen komen zeer zwaar aan bij de meest kwetsbare mensen in de samenleving. In hoeverre de maatregelen toekomstgericht zijn, vraag ik mij ook af. Ik noem als voorbeeld de maatregel om het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket te halen en om de leefstijlinterventies eruit te halen. Zullen deze maatregelen de kosten in de toekomst niet juist verhogen? Verder zegt mevrouw Smilde dat 2011 het eerste jaar is waarin wij iets doen aan het pakket. Ik wil haar eraan herinneren dat vorig jaar, verrassing, verrassing, de rollator weer is opgenomen in het pakket. Mevrouw Smilde vraagt zich nu nog eens goed af wat wel en niet thuishoort in het pakket. Ik zou het flink vinden als zij in dat kader zou zeggen: mensen, we hebben vorig jaar een grote vergissing gemaakt, laten we de rollator eerst maar weer eens uit het pakket halen. Dat lijkt mij nodig voordat er ingrijpende maatregelen worden genomen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Laat ik bij het laatste beginnen. Ik heb in het debat wat wij over de rollator hielden, gezegd dat die in het pakket is gekomen op grond van de coalitiebesprekingen. Punt. Verder zeg ik dat het jaar 2011 het allereerste jaar is dat de omvang van het pakket is gewijzigd. Dat zeg ik zo goed. Vorig jaar rond deze tijd hebben wij een aantal maatregelen genomen die het pakket voor 2011 aangingen. De omvang van het oude ziekenfondspakket is dus tot en met 2010 onveranderd gebleven. Dit jaar is de omvang voor het eerst veranderd. Dat is inderdaad het geval.

Mevrouw Wiegman sprak ook over wat verantwoord is. Daarover heb ik met de heer Van der Veen ook al gesproken. Wij moeten de afweging maken wat verantwoord is. Ik zei al dat in het basispakket zorg zit die op zich verantwoord is. Ik kan niet genoeg benadrukken dat wij binnen de 15 mld. groei moeten blijven. Dat is ook nodig, gezien de bezuinigingsoperatie van 18 mld. Als wij dus niet aan ontkomen aan de noodzaak om binnen de 15 mld. groei in de zorg te blijven, dan kunnen wij ook niet aan ingrepen in het pakket ontkomen. Er zijn allerlei afwegingen gemaakt en de CDA-fractie heeft daarop gezegd: de voorgestelde maatregelen zijn verantwoord. Die zijn temeer verantwoord, omdat een aantal zaken ook in de aanvullende pakketten kan worden opgenomen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb geluisterd naar het antwoord van mevrouw Smilde. Ik kan daaruit geen andere conclusie trekken dan dat niet zozeer de principes «verantwoord» en «toekomstgericht» leidend zijn geweest, als wel puur de politieke wensen van de gedoogpartner – ik doel op de rollator – en een heel kille bezuinigingsagenda. Er zijn puur politieke keuzen gemaakt. Er is voor gekozen om drastisch te bezuinigen in de zorg. Voor de beeldvorming worden ondertussen ook nog kritische vragen gesteld over de bezuiniging op de kinderopvang. Ik concludeer dat het evenwicht in die agenda behoorlijk zoek is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb al gezegd dat de CVZ-adviezen voor ons wel degelijk van belang zijn en meewegen. Bij een aantal maatregelen wijken wij van de adviezen af. Het gaat echter om een heel groot pakket, en het aantal maatregelen waarbij wij van het advies afwijken is relatief klein. Ik zeg eerlijk dat pakketmaatregelen altijd mensen zullen treffen. De zorg die uit het basispakket gaat, zat er immers niet voor niets in. Op deze manier moeten wij die zorg echter toch uit het pakket halen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Van wie is volgens mevrouw Smilde de volgende quote? «Ze kosten weliswaar niet veel, maar als mensen de medicijnen niet meer slikken, krijgen zij complicaties en nemen ziekenhuiskosten harder toe. Goedkoop is dan duurkoop, terwijl je ook nog eens de gezondheid van mensen schaadt. Het wrange is dat juist de mensen met lage inkomens de dupe worden van deze maatregel, omdat zij deze dure medicijnen eenvoudigweg niet meer kunnen betalen».

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het is ongetwijfeld een partijgenoot van mij die dit heeft gezegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja, dat was uw minister Ab Klink. Hij zei dit tijdens de verkiezingscampagne. Hij haalde hard uit naar de VVD en de Partij van de Arbeid die voorstelden om de maagzuurremmers uit het pakket te halen. Hij volgde een heel zuivere redenering; de rekening gaat naar de patiënt en goedkoop is duurkoop. Mevrouw Smilde wil gezonde overheidsfinanciën achterlaten aan de volgende generatie. Dat is voortdurend het verhaal van het CDA. Vindt mevrouw Smilde het ook belangrijk om een gezonde samenleving achter te laten aan de volgende generatie?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Laten wij daar nou mee bezig zijn! Wij zijn bezig om de huidige, heel goede gezondheidszorg van Nederland voor de toekomst veilig te stellen. Wij zijn ermee bezig heel veel vormen van zorg in het basispakket te houden. Mevrouw Leijten en ik verschillen gewoon van mening over de manier waarop je dat het beste kunt doen. Wij hebben afgesproken dat de kosten voor de gezondheidszorg mogen groeien. Dat is nodig en belangrijk, omdat sprake is van veel ontwikkelingen in de gezondheidszorg en van nieuwe, dure medicijnen. De groei moet echter wel binnen de perken blijven. Wij zijn ermee bezig om die binnen de perken te houden. Ik kom nog even terug op de quote. Niet voor niets hebben wij de vergoeding van de maagzuurremmers behouden voor de mensen met een chronische aandoening. Dat zal mevrouw Leijten zijn opgevallen.

Ik was in mijn betoog gebleven bij de voorwaardelijke toelating voor innovatieve vormen van zorg. Wij leven in een tijd waarin het basispakket onder druk staat. Het invoeren van een voorwaardelijke toelating voor innovatieve vormen is in zo'n tijd natuurlijk moeilijk. Toch is dit erg belangrijk. Ook de innovatieve vormen van zorg, die nog niet helemaal evidence based zijn, moeten kunnen instromen, om te bezien hoe het daarmee gaat. Ziet de minister daar kans toe?

De spontane en autonome groei van de kosten van de gezondheidszorg doet zich voor in landen die goede gezondheidszorg bieden, en dus ook in ons land. Ik heb al gewezen op dure medicijnen en nieuwe behandelmethoden. Zij stromen nu nog gewoon het pakket in. De kosten die dat met zich brengt, leiden tot zelfs meer groei dan de 15 mld. waarover afspraken zijn gemaakt. Veel mensen begrijpen dat er iets moet gebeuren. Niet iedereen is het eens met de manier waarop wij het doen, maar velen zijn het eens met de stelling dat er iets moet gebeuren. Vorige week, tijdens de hoorzitting, voorspelde de mijnheer van het CPB dat de kosten voor de zorg in 2 040 al een groter probleem zouden vormen dan de kosten voor de AOW. Iedereen weet hoe wij bezig zijn om de kosten voor de AOW

binnen de perken te houden. Daarom wil het CDA een goede gezondheidszorg, maar ook behoud van de solidariteit van de Zorgverzekeringswet. Tot dit jaar is er steeds iets in het pakket gegaan, en is er iets uitgegaan. Ook nadat de voorgestelde ingrepen zijn gedaan, zullen wij nog te maken hebben met een zeer volledig pakket. Wij doen deze ingrepen echt met pijn in het hart, maar ook vanuit de overtuiging dat niets doen op termijn veel dieper ingrijpen noodzakelijk zal maken. Alleen overschrijdingen terughalen en kortingen opleggen is niet meer voldoende. Pakketmaatregelen, ook die gericht op de huisartsenzorg, verloskunde en logopedie, zijn onontkoombaar. Wij hebben keuzen moeten maken, met name omdat mijn fractie de huisartsenzorg graag buiten het eigen risico wilde houden.

Ik heb nog enkele vragen over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De NZa zou de uitvoering nader onderzoeken. Wij hebben in het verleden regelmatig aangedrongen op de acceptatieplicht in combinatie met aanvullende verzekering. Er wordt daarbij soms op een ongehoorde manier een koppeling gemaakt. Zijn die problemen er nog steeds? Is het voor verzekerden duidelijk wanneer zij toestemming moeten hebben en wanneer niet?

De compensatie van het eigen risico is volgens de minister goed verlopen. De doelgroep komt steeds beter in beeld. Wij krijgen echter nog steeds veel klachten over willekeur bij de toekenning. Wordt met de nieuwe criteria voor de compensatie van het eigen risico – zoals de taskforce-Linschoten die en passant meenam – er nu echt voor gezorgd dat de compensatie terechtkomt bij de mensen die hiervoor in aanmerking komen?

Wij hebben een paar maanden geleden ingestemd met de afbouw van de ex postverevening. De minister heeft naar aanleiding van onze vragen daarbij toegezegd dat zij de wijze van afbouw elk jaar met de Kamer zal bespreken. Wij hebben toen doorgevraagd op het punt van het flankerend beleid. In de brief over het ontwerpbesluit lezen wij dat dit nog niet goed is ontwikkeld. Wanneer komt er een structurele oplossing waarbij het voor de zorgverzekeraar, de toezichthouder en de overheid duidelijk is wanneer sprake is van een mogelijke catastrofe? Kan de minister ingaan op dat flankerende beleid?

Het is fijn dat het beleid rond de wanbetalers een succes is, want dat scheelt elke premiebetaler € 50 per jaar. Krijgen zorgverzekeraars voldoende prikkels om ervoor te zorgen dat mensen niet in het bestuursrechtelijke traject terechtkomen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):  
Voorzitter. Toen ik de kabinetsreactie op het pakketadvies van het CVZ las, dacht ik even: hoe zinvol is het dat het CVZ veel tijd, energie, en dus geld steekt in het opstellen van een lijvig advies, als de minister er, gezien haar voorstellen, zo weinig waarde aan lijkt te hechten? Voor de minister is namelijk niet het advies van het CVZ leidend, maar de budgettaire problemen waarvoor snelle financiële oplossingen gevonden moeten worden. Verder zijn leidend haar eigen ideeën over eigen verantwoordelijkheid, die een streep zetten door de adviezen rond preventie. Ten slotte zijn ook de grillige politieke ideeën van de gedoogpartner leidend, over wat wel en wat niet in het pakket thuishoort. Over het opnemen van de rollator in het pakket mag niet meer worden gesproken, terwijl die opname op alle punten slecht scoort als het gaat om de principes van stringenter pakketbeheer. Wanneer start de minister met serieuze hervormingen? In plaats van de voortdurende stroom weinig originele ombuigings- c.q. bezuinigingsvoorstellen van de minister, zijn serieuze hervormingen nodig.

Laat ik daarom een serieuze poging doen om de kabinetsplannen bij te stellen. Ik begin met het programma voor stoppen met roken. Kan de minister, behalve haar mantra's over eigen verantwoordelijkheid en de

noodzaak om te bezuinigen, één inhoudelijk argument geven om dit succesvolle en effectieve programma na een jaar weer uit het pakket te halen? Het besluit om dit programma weer te schrappen, is zowel vanuit het perspectief van de verslaafden aan roken, als vanuit het perspectief van kostenbesparing in de zorg, een dom en onzorgvuldig genomen besluit. De minister gaat er ten onrechte van uit dat stoppen met roken een keuze is. De stoppen-met-rokenprogramma's worden door het kabinet gezien als een leefstijlinterventie die op korte termijn geen baten zal opleveren. Maar roken is een verslaving, hoe moeilijk dit ook voor rokers te accepteren is. Het is een verslaving waar men wel uit vrije wil mee start, maar zeker niet zomaar mee kan stoppen. Nu snijden in de stoppen-met-rokenprogramma's is geen bezuiniging, maar is het schrappen van een effectieve maatregel die kosten in de zorg kan beperken.

Als dieetadvisering een integraal onderdeel uitmaakt van een medische behandeling, moet dit onderdeel volgens mijn fractie ook worden bekostigd. Dat is zeker zo als wij bedenken dat dieetadvisering een remmend effect kan hebben op medicijngebruik en het genezingsproces kan versnellen. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister. Ik vraag haar om dieetadvisering voor ten minste ouderen, chronische patiënten en patiënten met een medische indicatie in het basispakket te behouden. In het pakketadvies van het CVZ wordt voorgesteld om een pilot te houden rond bilaterale cochleaire implantaten voor jonge dove kinderen. Als ik het goed begrijp, wijst de minister dit voorstel af, omdat zij een degelijke onderbouwing mist. Kan het houden van zo'n pilot er nu juist niet voor zorgen dat er meer duidelijkheid wordt verschaft over de toegevoegde waarde van een dubbel cochleair implantaat? Wat mijn fractie betreft wordt deze pilot dus wel gehouden.

In het advies staat een uitgebreid hoofdstuk over gecombineerde leefstijlinterventie. Daarin staat ook te lezen hoe de investeringen in de gecombineerde leefstijlinterventie zich terugverdienen. Waarom wordt dit advies niet overgenomen? Waarom wordt de gecombineerde leefstijlinterventie uit het pakket geschrapt?

Ik wil de minister ook nog even herinneren aan de toezegging over opname in het basispakket van case management bij dementie. Die toezegging is destijds gedaan, maar het kabinet komt daar in de brief van 10 juni niet op terug. Ik hoor graag een reactie.

Ik kom op de bezuinigingen op de eerste lijn. Net als de mensen in de eerstelijnszorg is de ChristenUnie verbijsterd over de kortingen die worden opgelegd. Het idee was toch dat investeringen in de eerste lijn zich in de tweede lijn zouden terugverdienen? Ik denk met name aan de tarieven voor verloskunde. Hoe kunnen wij op de verloskunde korten, terwijl de bijdragen pas waren verhoogd met het oog op bijvoorbeeld het terugdringen van babysterfte? Ik vind dit onbegrijpelijk. De maatregelen op het terrein van fysiotherapie treffen met name chronisch zieken en gehandicapten hard. Dit is de zoveelste maatregel in de zorg waarvoor dat geldt. De KNGF is gekomen met een alternatief voor de bezuinigingen. Heeft de minister dit alternatief bestudeerd? Kan zij hierop reageren?

Uit verscheidene grafieken blijkt dat in de laatste levensfase van een mens de meeste zorgkosten worden gemaakt. Ouderenzorg staat hoog op de agenda van het kabinet. Ik vraag de minister om te laten onderzoeken hoe juist in deze laatste levensfase kosten kunnen worden teruggedrongen. De resultaten ontvangen wij het liefst voor Prinsjesdag. Ik zou hierbij de suggestie van zorgsparen graag meegeven. Ik ben namelijk echt van mening dat wij ons veel meer zouden moeten focussen op deze laatste fase. Kan de minister reageren op die suggestie?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Laat ik om te beginnen de minister eens een compliment geven. Zij grijpt in in de gezondheidszorg. Dat is nodig om de zorg betaalbaar te houden. Echter, de keuzen die de minister maakt, zijn niet de keuzen die D66 maakt, want het resultaat van die



keuzen is dat wij met zijn allen veel meer gaan betalen voor veel minder kwaliteit.

In het verkiezingsprogramma van D66 wordt voorgesteld om fors in te grijpen in de gezondheidszorg. Dat is onvermijdelijk, onder meer door de vergrijzing. Ook de VVD en het CDA stellen in hun verkiezingsprogramma's voor om fors in te grijpen in de gezondheidszorg. Ook deze partijen hebben maatregelen aangekondigd om de stijgende zorgkosten aan te pakken. Onder druk van hun gedoogpartner, de PVV, zijn zij echter gezwicht. Alle noodzakelijke hervormingen, op de arbeidsmarkt, de woningmarkt en in de gezondheidszorg, zijn in feite op de lange baan geschoven. VVD en CDA zagen wel degelijk in dat echte hervormingen in de gezondheidszorg noodzakelijk zijn, maar het kabinet-Rutte/Verhagen stelt geen orde op zaken. Het gevolg hiervan is dat volgende generaties de zorgkosten niet meer kunnen opbrengen.

De heer **Mulder** (VVD): Mijn fractie vraagt zich af hoe mevrouw Dijkstra van D66 nu kan beweren dat er geen sprake is van hervormingen in de zorgsector. Er komt prestatiebekostiging, het B-segment wordt uitgebreid, de risicoverevening wordt afgeschaft. Er wordt juist een heel grote slag gemaakt. In plaats van daarmee drastisch doorgaan, wilde D66 dit eerst een paar keer evalueren. Eigenlijk staat de fractie van D66 een beetje op de rem. Andere partijen doen dat nog veel meer, maar de fractie van D66 doet dat ook. Zij wilde eerst allerlei evaluaties houden. Op dit punt wordt nu juist hervormd, maar mevrouw Dijkstra betoogt dat er geen sprake is van hervormingen. Dat kan toch niet kloppen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mijn fractie kijkt verder dan alleen de komende periode. Ik noem de uitbreiding van de concurrentie in de zorg, in een poging om de zorgkosten terug te dringen en de kwaliteit te verbeteren. Op dat punt volgen wij de minister en het kabinetsbeleid. In de moties die mijn fractie over de prestatiebekostiging heeft ingediend en die door de Kamer zijn gesteund, wordt vastgesteld dat bij het doorvoeren van de prestatiebekostiging grote zorgvuldigheid is vereist. Dat is de strekking van de stappen die de minister via een motie zijn aangeboden. De minister gaat die stappen zetten. Maar ik noem ook de hervormingen. Wat mij betreft is hervormen ervoor zorgen dat volgende generaties in staat zijn om de kosten van de zorg op te brengen. De pakketmaatregelen die nu worden genomen, zijn maatregelen voor de korte termijn. Volgens mij is het woord «kaasschaaf» terecht al gevallen. Voor echte maatregelen moet de zorg op een heel andere manier worden aangepakt. Daarvoor is bijvoorbeeld het vergroten van de eigen bijdrage noodzakelijk. Ik zal daarop in het vervolg van mijn betoog terugkomen.

Uit de verkiezingsprogramma's van het CDA en de VVD bleek wel degelijk dat zij hervormingen in de gezondheidszorg noodzakelijk vinden. Het gevolg van het huidige beleid is echter dat volgende generaties de zorgkosten niet meer zullen kunnen opbrengen. De minister gaat nu naar de SER voor advies. Wat verwacht zij daar nog te horen? Verwacht zij te horen dat zij het in haar verkiezingsprogramma bij het rechte eind had? Verwacht zij te horen dat zij haar verkiezingsprogramma had moeten uitvoeren? Hoe lang denkt de minister nog door te kunnen gaan met de beroemde kaasschaafmethode, terwijl de kosten van de zorg blijven stijgen?

Dit kabinet verdient snel geld met pakketmaatregelen, maar de bezuinigingen zijn volgens mij geen hervormingen. Met name extra kwetsbare doelgroepen zijn hiervan het slachtoffer. D66 heeft een eerlijk verhaal over zorg. Samen zullen wij de almaar stijgende zorgkosten moeten betalen, linksom of rechtsom. Dat vraagt om meer verantwoordelijkheid van iedereen. Daarin verschilt mijn fractie van mening met het kabinet. Wij vragen van iedereen een eigen bijdrage voor iedere behandeling. Dat is sociaal rechtvaardiger. Er moet namelijk een plafond komen voor de

mensen met de lagere inkomens. Bovendien levert zo'n eigen bijdrage meer op. Een verhoging van het eigen risico met een paar tientjes, wat het kabinet voorstel, prikkelt mensen niet om een zorgvuldige afweging te maken over de zorg die zij nodig hebben. Een gemiddelde diabetespatiënt is die paar tientjes half januari al kwijt aan teststripjes. Zo'n patiënt is zich de rest van het jaar niet meer bewust van de kosten van zijn of haar zorg. Als ons voorstel wordt doorgevoerd, zal het effect zijn dat, telkens als mensen voor lichtere ingrepen zorg inschakelen, zij de afweging maken of die zorg echt nodig is. Ik zeg daarom tegen de minister: vraag mensen een eigen bijdrage per rekening over geleverde zorg. Ik hoor graag een reactie van haar op dit voorstel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben benieuwd op welke onderzoeksresultaten mevrouw Dijkstra haar aanname baseert dat een eigen bijdrage tot vermindering van de zorgconsumptie leidt, omdat mensen er dan wat langer over nadenken voordat zij om zorg zouden vragen. In De Telegraaf stond deze ochtend een heel aardig artikel naar aanleiding van een verhaal in De Telegraaf van gisteren. Daarin werd aan mensen gevraagd of het eigen risico of de eigen bijdrage invloed had op hun gedrag. Nee, zeiden mensen, wij zijn sowieso al heel voorzichtig met het gebruik van zorg. Ik vind het een rare aanname dat een eigen bijdrage tot minder zorgconsumptie zou leiden. Ik vraag mevrouw Dijkstra waarop zij haar aanname baseert. Ik ben zeer geïnteresseerd in een wetenschappelijke onderbouwing van haar bewering.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dit is onder meer gebaseerd op de ervaring in de landen om ons heen. Er is in Europa geen land waar mensen zo weinig zelf voor hun zorg betalen als in Nederland. Verder is mijn aanname gebaseerd op opmerkingen die het CPB heeft gemaakt bij het doorrekenen van ons verkiezingsprogramma. Het CPB stelt dat de eigen bijdrage een langduriger effect heeft dan het eenmalig betalen van een eigen risico. Van het eigen risico zijn mensen vaak in één keer af. Als zij zich echter bij elke rekening voor geleverde zorg realiseren om welke kosten het gaat, zullen zij zich ook realiseren welke bijdrage zij daaraan zelf kunnen leveren door zich af te vragen of zij de zorg echt nodig hebben. Daardoor heeft deze eigen bijdrage een veel langduriger effect.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik adviseer mevrouw Dijkstra om eens goed te kijken naar wat er in de landen om ons heen gebeurt. De kosten zijn met name in België nogal wat hoger dan in Nederland. Er is wel een onderzoek over eigen bijdragen in Amerika bekend. Daarbij gaat het echter over eigen bijdragen van duizenden dollars. Pas bij zulke bedragen heeft dit volgens dat onderzoek effect. Ik wacht dit verder af.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra vervolgt haar betoog.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Volgens D66 is preventie een van de belangrijkste pijlers onder de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg, maar ook onder de verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten. Door preventie kunnen mensen in staat worden gesteld om actief deel te nemen aan de samenleving. Dat levert ook solidariteit tussen de generaties op. In deze visie past het niet om het kostenbesparende stoppen-met-rokenprogramma weer uit het pakket te halen, terwijl het nog maar heel kort in het pakket is opgenomen. Alleen al in het eerste kwartaal van 2011 rookte 4% minder mensen. Het gaat dan om 600 000 mensen minder die rookten dan vorig jaar. Ik vraag de minister daarom om het stoppen-met-rokenprogramma nog een jaar in het pakket te laten. Als dat gebeurt, zijn wij veel beter in staat om de effecten van de vergoeding van dit programma te onderzoeken.

In onze visie op preventie past het ook niet om patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis en heel weinig inkomen om een eigen bijdrage te vragen. Wij komen hierover later nog te spreken, maar ik wil dit toch alvast even zeggen. Deze mensen gaan zorg mijden, waardoor zij uiteindelijk in dure psychiatrische ziekenhuizen terechtkomen. Dat is dramatisch. Hierop zullen wij echter nog uitvoerig terugkomen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Dijkstra noemt dit dramatisch. Dat ben ik met haar eens. Hoorde ik haar echter zojuist niet zeggen dat zij een eigen bijdrage wil invoeren voor alle behandelingen om mensen bewust te maken van de zorgkosten? Wil haar fractie die eigen bijdrage nu toch weer niet invoeren bij de psychiatrie?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): D66 wil kwetsbare groepen chronisch zieken en gehandicapten ontzien. Wij moeten bezien in hoeverre dit ook geldt voor mensen die langdurig psychiatrische behandeling nodig hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is alleen maar sprake van verwachtingen van het CPB dat mensen afzien van zorg als de eigen bijdrage wordt verhoogd. Er bestaan hierover geen onderzoeksresultaten. Dit is dus beleid op een wat wankel basis. Wil D66 zogenaamd «hervormen» – ik heb dit woord al zes keer horen vallen – en de rekening bij de patiënt leggen? Ik hoor mevrouw Dijkstra er immers zojuist voor pleiten om een eigen bijdrage in te voeren voor alle behandelingen. Zo'n eigen bijdrage invoeren, is volgens mevrouw Dijkstra effectiever dan een eigen risico. Dat is juist effectiever voor de chronische patiënt die het eigen risico in januari al kwijt is. Of vindt mevrouw Dijkstra dat toch eigenlijk niet erg sociaal voor mensen die zorg nodig hebben? Deze mensen hebben immers geen keus.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb geprobeerd te zeggen dat de eigen bijdrage moet worden betaald voor met name de lichtere vormen van zorg. Wat ons betreft geldt deze eigen bijdrage dus niet voor de chronisch zieken en gehandicapten.

Ik sprak over mijn visie op preventie. In die visie past het ook niet dat mensen met chronische longaandoeningen de eerste twintig behandelingen door de fysiotherapeut helemaal zelf moeten betalen. Daarin past het ook niet dat dieetadviesing op medische indicatie uit het pakket wordt geschrapt. Dat gebeurt allemaal terwijl het kabinet de rollator weer heeft opgenomen in het pakket. Het laatste vind ik onbegrijpelijk. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

In maart hebben wij afspraken gemaakt met de minister over de prestaties van medisch specialisten en huisartsen. Ik heb toen ook in een motie, die door de Kamer is aangenomen, gepleit voor een betere samenwerking tussen allerlei hulpverleners. Het doel was: betere kwaliteit voor minder geld. Bovendien hebben wij toen geregeld dat de Kamer de komende jaren meer invloed heeft op de invoering van de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. Ik heb daarover zojuist met de heer Mulder gesproken. In september bekijkt de Kamer dit voor het eerst. Ik merk op dat het goed is dat deze stappen zijn gezet.

Tot slot adviseer ik de minister om de alternatieven te overwegen die in het verkiezingsprogramma van D66 worden genoemd. Ik doel op het zorgsparen, op de eigen bijdrage per zorgrekening en op het belang van preventie. Voor de verkiezingen lagen de ideeën van de minister over de zorg veel dichter bij de ideeën van D66 dan erna. Wij vinden elkaar in de gedachte dat wij moeten durven veranderen om de gezondheidszorg te verbeteren. Ingrijpende maatregelen zijn nodig. Op dat punt ben ik het eens met de minister. Er valt echter nog veel winst te behalen in met name de organisatie van de zorg. Laten wij de winst daar vooral zoeken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. GroenLinks maakt zich zorgen over de opeenstapeling van maatregelen in de zorg. De Zorgverzekeringswet wordt steeds meer een regeling die is toegesneden op de behoeften van gezonde mensen met een hoger inkomen. Alleen de duurste zorg wordt nog verzekerd. Kwetsbare mensen in onze samenleving worden keihard getroffen. Na de bezuinigingen op het pgb haalt het kabinet nu ook de kaasschaaf over het basispakket. Het lijkt erop alsof er daarbij willekeurige bezuinigingen zijn doorgevoerd zonder een samenhangende visie. Het lijkt wel op een potje kwartetten tussen de coalitiepartners en het kabinet. «Mag ik van jou het dieetadvies? Oké, maar dan houd ik de rollator». Een echte rode draad ontbreekt in de bezuinigingsmaatregelen, of die rode draad zou moeten zijn dat het overgrote deel van de voorstellen juist tot extra kosten leidt. Mijn fractie gelooft er niet in dat dit pakket daadwerkelijk tot besparingen leidt en wil graag dat de plannen worden doorgerekend.

Zo schrapt het kabinet dieetadvies en het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket. In eerste instantie denk je bij dit soort zaken aan mensen die moedwillig ongezond leven. Je denkt aan de dikke die zich volpropt en vervolgens op kosten van de samenleving moet worden geholpen. Maar van een kabinet mag je verwachten dat het verder kijkt. In plaats daarvan is het juist kortzichtig en inconsequent, want dieetadvies speelt een cruciale rol bij de behandeling op basis van medische indicaties bij voedselovergevoeligheid, bij verschillende maag-, darm- en leverziekten, maar ook bij eetziekten als anorexia en boulimia. Wij hebben dat zojuist de mensen nog horen zeggen tijdens de aanbieding van de petitie. Het vroegtijdig inschakelen van een diëtist kan een belangrijke gezondheidswinst opleveren. Dieetadvies is bewezen kosteneffectief. Hoe past deze maatregel dan bij het voornemen uit het regeerakkoord om ondervoeding aan te pakken? Ziet de minister de meerwaarde van dieetadvies bij medische indicatie en, zo ja, is zij bereid om de plannen zo aan te passen dat dieetadvies ten minste in die gevallen nog wordt vergoed?

Inconsequent en onverantwoord is ook het schrappen van het stoppen-met-rokenprogramma. Het is nog geen halfjaar geleden door de vorige minister toegevoegd aan het pakket, maar wordt er nu alweer uitgegooid. Dat gebeurt, terwijl wij weten dat sinds dit programma in het pakket is opgenomen, het aantal rokers sneller is gedaald. Dat kan alleen maar hieraan liggen en aan niets anders. Alcohol en drugs worden verder wel beschouwd als verslavende middelen. Waarom wordt tabak daarentegen niet als verslavend middel beschouwd? Het gaat hierbij om een kleine bezuiniging met grote gevolgen. Het RIVM schat dat 13% van de zorglast gerelateerd is aan roken. De zorgkosten die hieruit voortvloeien, zijn ruim 2 mld. per jaar. Deze kosten staan nog los van de kosten die het roken met zich brengt voor de Nederlandse economie, door verlies aan productiviteit, toenemend ziekteverzuim en vervroegde uitstroom uit de arbeidsmarkt.

Het schrappen van deze twee zaken staat ook haaks op het advies van het College voor zorgverzekeringen. De heer Van der Veen noemde dat zojuist ook al. Het CVZ wijst op het onderzoek naar de kosten en opbrengsten van gecombineerde leefstijlinterventie. Hieruit blijkt dat de kosten door leefstijlinterventie eerst zullen oplopen, maar dat zij na tien jaar alleen al binnen de zorg kan leiden tot een positief saldo van zo'n 50 mln. Als ook met het maatschappelijk perspectief rekening wordt gehouden, brengen deze maatregelen ruim 192 mln. op. Waarom kiest het kabinet ondanks dat toch voor deze kortetermijnoplossing? Waarom schuift het kabinet het probleem door naar volgende kabinetten?

Voor verloskunde en logopedie staan tariefskortingen van respectievelijk 10 mln. en 6 mln. op het programma. Dit zijn weliswaar kleine kortingen, maar de verhoging van de tarieven voor de verloskundige zorg per 2010 wordt hiermee juist teruggedraaid, terwijl de NZa in 2009 nog conclu-

deerde dat de tarieven te laag waren en het inkomen van verloskundigen juist omhoog zou moeten. Wij hebben het hierbij niet over medisch specialisten die tonnen opstrijken, maar over logopedisten en verloskundigen. Dit zijn hulpverleners met een hbo-opleiding die modaal verdienen. Het zijn mensen die hard werken om de babysterfte terug te dringen en om kinderen zorg te geven waarvan zij hun leven lang profijt hebben. Een tariefkorting betekent dat zij meer mensen moeten behandelen om op een redelijk salaris uit te komen, of met een lager salaris genoeg moeten nemen om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen.

Als ik de genoemde maatregelen overzie, vraag ik mij hardop af of wij niet beter kunnen bezuinigen door bijvoorbeeld de rollator op andere manieren aan mensen te verstrekken. Ik vraag mij dit oprecht af. De minister heeft eerder al gezegd dat zij niet hecht aan de opname van de rollator in het pakket. Zou zij een voorstel om het een voor het ander in te ruilen positief bejegenen? Ik wil graag weten waar de ruimte zit. Ik hoor een woordvoerder naast mij zeggen dat het bij de rollator gaat om een potentiële bezuiniging van 20 mln. Bij de bezuinigingen waarover ik zojuist sprak, gaan het om 10 mln. en 6 mln. Die zouden dus gedekt kunnen worden uit de kosten die nu voor de rollator worden gemaakt. Wij komen nog te spreken over de bezuinigingen op de ggz. De maatregelen die nu voorliggen, zijn niet alleen kortzichtig, maar raken bovendien de kwetsbaarsten in de samenleving dubbel. Wij kunnen nu een wellesnietesdiscussie voeren over de vraag wat deze maatregelen echt zullen opleveren. In plaats daarvan wil ik de minister uitdagen om haar plannen te laten doorrekenen op de effecten. Sommige zaken zijn door het CVZ in kaart gebracht, maar andere zaken nog niet. Is de minister bereid om het pakket maatregelen dat zij nu voorstelt, nog voor de stemming te laten doorrekenen? Mijn fractie meent dat uit die doorrekening moet blijken dat het kabinet niet slim bezig is. Dan komen echte oplossingen in beeld. De woordvoester van D66 heeft in haar bijdrage al veel aandacht besteed aan een goed preventiebeleid. Ik denk in dat kader ook aan case management bij dementerende ouderen. Daardoor kunnen mensen langer thuis wonen, en dat verlicht de druk op de intramurale zorg. Wat zal het opnemen in het pakket van case management per saldo kosten? Ik wil graag dat dit alsnog wordt uitgezocht.

Er is een convenant over gepast gebruik. Hoe kun je door te kijken naar verstrekking van medicijnen of door het de kans geven van innovaties juist kosten besparen? Dit zijn volgens ons allemaal maatregelen waarmee je juist kosten op de lange termijn kunt besparen.

Kortom, de maatregelen zijn wat ons betreft inconsequent en onverstandig. Mijn fractie pleit voor een doorrekening en voor een aantal alternatieven.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Maatregelen op het terrein van de zorg en de zorgverzekeringen leiden altijd tot veel discussie. Dat is logisch, gezien het spanningsveld tussen enerzijds de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen en anderzijds de betaalbaarheid van de zorg. Ik vind het verstandig dat de minister de SER om advies vraagt over hoe de groei van de zorgkosten verlaagd kan worden en kan worden beheerst, ook met het oog op de langere termijn.

Zolang de zorgkosten snel blijven groeien, heeft de SGP er begrip voor dat er soms pijnlijke keuzen moeten worden gemaakt. Om te voorkomen dat wij op de langere termijn een steeds hogere premie betalen in ruil voor steeds minder aanspraakmogelijkheden, vindt mijn fractie het van belang dat hoge prioriteit wordt gegeven aan het bevorderen van het zogenaamde «gepast gebruik». Welke mogelijkheden ziet de minister, in het licht van het advies van het CVZ, om de inspanningen op dit vlak verder te intensiveren? Er is sprake van zorg waarvoor geen indicatie bestaat en die nu nog ten laste komt van de basisverzekering.

Bij een aantal pakketmaatregelen die in het pakketbesluit staan, zet de SGP vraagtekens. Zullen zij op lange termijn wel kostenbesparend uitpakken? Ik denk daarbij met name aan de eigen bijdrage in de ggz. Die kan een forse drempel betekenen voor mensen met een laag inkomen. Wij zullen daarop in een apart debat nog terugkomen.

Mijn fractie wil ook graag meer horen over de positie van preventieve behandelingen in het basispakket. Heeft de minister de kosten en opbrengsten van de verschillende maatregelen voor de lange termijn laten doorrekenen? Als zij dat heeft laten doen, hoe heeft zij dan meegewogen dat wij in de toekomst wellicht besparingen mislopen door bijvoorbeeld het schrappen van het stoppen-met-rokenprogramma, dieetadvies en fysiotherapie? De SGP vindt het te vroeg om het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket te halen. De kosteneffectiviteit van juist het invoeren van zo'n maatregel is wetenschappelijk onderbouwd. Het aantal hartinfarcten zal bijvoorbeeld door de invoering van het programma drastisch afnemen. Dat is echter alleen nog niet zichtbaar, omdat de cijfers over dit jaar nog niet beschikbaar zijn. Net als de woordvoerder van D66 vraag ik de minister of het niet verstandig zou zijn om het programma in ieder geval nog een jaar in het pakket te houden, om daarna opnieuw een afweging te maken. Dit zou ook moeten gebeuren om te voorkomen dat wij op dit punt een wel erg zigzagbeleid voeren.

Het CVZ heeft de minister opnieuw geadviseerd om de vergoeding voor eenvoudige hulpmiddelen uit de basisverzekering te halen. De SGP vindt het onlogisch om niet voor deze relatief milde ingrepen te kiezen, maar wel voor pijnlijker maatregelen. Waarom neemt de minister dit advies van het CVZ niet over? Hetzelfde geldt voor de anticonceptiemiddelen op het vlak van preventie. Het CVZ vraagt zich opnieuw af waarom de anticonceptiemiddelen niet uit het pakket worden gehaald.

Met het nadrukkelijk op de agenda zetten van stringent pakketbeheer haalt de minister de trechter van Dunning weer versterkt van stal. Voorwaardelijke financiering is een mooi instrument om het stringent pakketbeheer handen en voeten te geven. Alleen behandelingen die na een periode van voorwaardelijke financiering door de vijf zeven van Dunning zijn gegaan, zouden in aanmerking komen voor opname in het basispakket. In zijn pakketadvies heeft het CVZ een aantal selectiecriteria geformuleerd op basis waarvan behandelingen in aanmerking kunnen komen voor voorwaardelijke financiering. De minister voegt daaraan nog één criterium toe, namelijk dat er ruimte moet zijn in het Budgettair Kader Zorg. De SGP vindt die toevoeging uit financieel oogpunt op korte termijn begrijpelijk, maar voor de lange termijn te beperkt. Op basis van dit criterium ontnemt de minister namelijk twee innovatieve en mogelijk kostenbesparende behandelingen de mogelijkheid om zich te bewijzen. Waarom voegt de minister niet nog een criterium toe, namelijk dat de behandeling een gereede kans biedt om op lange termijn kosten te besparen? Kortom, er is nogal eens sprake van een spanningsveld tussen belangen op de korte termijn en belangen op de lange termijn.

De pakketmaatregelen die de minister voor 2012 neemt, vallen in het niet bij de aangekondigde maatregelen uit het regeerakkoord om aandoeeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen, wat een besparing van 1,3 mld. moest opleveren. Gezien de stapeling van zorgkosten die hiermee gepaard zal gaan voor bepaalde groepen, is het van belang om ook een visie te ontwikkelen op de manier waarop noodzakelijke zorg ook voor de meest kwetsbaren toegankelijk blijft. Er zou tijdig moeten worden gekeken naar de bestaande compensatieregeling voor mensen met hoge zorgkosten. Zijn die regelingen ook toegerust op een beperkter collectief verzekerd pakket? Wil de minister dat bezien?

Huisartsen, logopedisten en verloskundigen krijgen dit jaar een flinke tariefkorting voor de kiezen. Kan het zijn dat een deel van de overschrij-

dingen bij huisartsen juist het gevolg is geweest van gewenst beleid, namelijk het verlenen van zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt? Als dat zo is, is het dan wel redelijk om de huisartsen te korten? Kan de minister ook toelichten hoe de overschrijding bij de verloskundigen is opgebouwd? Erkent zij dat zij met deze korting een dikke streep zet door het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte? Daarin wordt juist gepleit voor meer preventie, begeleiding en geld om de bestaande financiële achterstand in te lopen. Ik hoor ook graag een reactie van de minister op dat punt.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Voor dit AO staan veel stukken geagendeerd, maar eigenlijk wordt het debat wat gedomineerd door de tegenvallers ter waarde van 1,1 mld. Luisterend naar wat in de media wordt gezegd en naar de woorden van de minister-president, rijst het vermoeden dat er misschien nog wel meer bezuinigingen in het vat zitten, die kunnen oplopen tot meer dan 2 mld. Daarover zullen wij eventueel op Prinsjesdag horen.

De uitgaven voor de zorg stijgen tijdens deze kabinetsperiode van 60 mld. naar 75 mld. Daarmee is de zorg vanaf dit jaar de grootste collectieve uitgavenpost op de rijksbegroting. De stijging van de uitgaven voor de zorg demarreert ook nog eens. De uitgaven stijgen nog verder. Ook na de huidige kabinetsperiode, ervan uitgaand dat die duurt tot 2015, zullen de uitgaven voor de zorg verder stijgen tot wellicht 100 mld. Die kostenstijging holt de solidariteit uit. Als een land bijna 20% van het bbp moet uitgeven aan de zorg – het CPB komt al met zulke percentages – gaan de premies stijgen. Willen de gezonde, werkende, jonge mensen die premie nog wel betalen? Als wij de solidariteit willen bewaren, moeten wij de kosten laag houden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik denk dat de heer Mulder helemaal gelijk heeft. Als hij ook zijn steun uitsprekt voor de ombuigingsmaatregelen die de minister voorstelt, is dat een kwestie van selffulfilling prophecy. Juist de maatregelen die nu worden voorgesteld en als een bezuiniging worden voorgeschoteld, zullen niet leiden tot bezuinigingen. Dat is overal te lezen en te horen. De maatregelen zullen uiteindelijk tot meer kosten leiden. Ik noem de maatregelen rond het stoppen-met-rokenprogramma en de dieetadvisering. Er is sprake van een profetisch bericht over stijgende kosten voor de zorg. Hoe wil de heer Mulder eraan bijdragen dat de voorspellingen uit dat bericht niet uitkomen?

De heer **Mulder** (VVD): Over het roken bestaat uiteraard een ontzettend groot misverstand. Vaak wordt beweerd dat als veel mensen stoppen met roken, de zorguitgaven zullen dalen. Die redenering blijkt maar voor een deel te kloppen. Als mensen stoppen met roken met behulp van een programma dat in het basispakket is opgenomen, zullen de zorguitgaven eerst een beetje stijgen. De preventieve maatregelen moeten immers worden bekostigd. Op middellange termijn gaan de zorguitgaven erdoor omlaag, omdat mensen bijvoorbeeld geen longkanker krijgen. Op de langere termijn gaan de kosten echter weer omhoog, omdat de meeste zorgkosten worden gemaakt in de laatste levensjaren. Mevrouw Wiegman zei dat zelf ook al. Mensen die niet sterven aan longkanker, sterven aan iets anders. Het CVZ heeft daarover berekeningen uitgevoerd. In dat kader heeft het CVZ gewezen op uitlatingen van de hoogleraren Polder en Brouwer.

De **voorzitter**: Ik verzoek het publiek op de publieke tribune geen blijken van afkeuring of goedkeuring af te geven. Wij zijn in dit huis gewend om dat niet te doen.

De heer **Mulder** (VVD): In het CVZ-rapport Van preventie verzekerd staan de artikelen van de hoogleraren genoemd in bijlage 3. Daarin betogen deze hoogleraren dat op de langere termijn preventie niet tot dalende zorgkosten zal leiden. Preventie levert wel gezondheidswinst, maar is geen oplossing voor het probleem van de sterk stijgende kosten voor de zorg. Het staat te lezen in bijlage 3 van het rapport Van preventie verzekerd.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De golf van emotie die ik even door de zaal voelde gaan, bespeurde ik ook bij mijzelf. Laat ik maar niet helemaal onder woorden brengen wat de heer Mulder eigenlijk suggereert als hij het heeft over de oplopende zorgkosten in de laatste levensfase. In plaats van het in de benen houden van een organisatie die het roken tegengaat, zou je, als je de redenering van de heer Mulder volgt, haast een organisatie in het leven moeten roepen om het roken te stimuleren. Maar dit terzijde.

Het antwoord van de heer Mulder bevestigt mijns inziens dat het belangrijk is om zaken goed door te rekenen. Misschien kan de heer Mulder ook nog even ingaan op de vraag welke gevolgen het roken heeft voor de arbeidsmarkt? Mensen moeten zich ziekmelden en zijn minder gezond.

De heer **Mulder** (VVD): Ik heb zojuist aan bronvermelding gedaan. Ik pleit er niet voor om het roken te stimuleren. Ik zeg alleen maar dat stoppen met roken niet zal leiden tot minder uitgaven in de zorg. Er kunnen heel veel andere redenen zijn om te stoppen met roken. Mensen die niet roken, leven bijvoorbeeld gemiddeld tien jaar langer en zijn gezonder. Stoppen met roken is echter geen oplossing voor het probleem van de stijgende zorgkosten. Wij moeten roken niet stimuleren. Ik moet wel zeggen dat roken leidt tot inkomsten voor de schatkist ter waarde van 2 mld. per jaar. Ook voor de sociale zekerheid scheelt het eerlijk gezegd als mensen roken, want rokers gaan gemiddeld tien jaar eerder dood. Dit zijn echter effecten waar het mijn fractie niet om gaat, maar die er wel zijn. Er is nog een reden om het stoppen-met-rokenprogramma uit het pakket te halen ...

De **voorzitter**: Mijnheer Mulder, dat is niet een antwoord op de vraag die mevrouw Wiegman stelde.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Inderdaad; ik vroeg naar de gevolgen van het roken voor de economie. Als de heer Mulder weinig doet aan het stoppen-met-rokenprogramma vallen mensen uit en dat is kostbaar.

De heer **Mulder** (VVD): Dat is waar. Dat wil echter niet zeggen dat de overheid per definitie moet ingrijpen op het vlak van het roken. Of mensen roken of niet, is hun eigen verantwoordelijkheid. Een pakje sigaretten kost ongeveer € 5,30. Met het geld dat rokers uitsparen door te stoppen met roken, kunnen zij het stoppen-met-rokenprogramma betalen. Dus waarom moet dat worden opgenomen in het basispakket? Daarvoor is geen financiële reden, want iemand die stopt met roken, profiteert zelf het meest. Hij of zij leeft gemiddeld tien jaar langer, is gezonder en hoeft ook nog eens geen geld meer uit te geven aan sigaretten.

De **voorzitter**: Dank u wel, mijnheer Mulder. Mevrouw Leijten heeft ook nog een vraag voor u.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hier wordt pijnlijk duidelijk dat de VVD-fractie altijd als een econoom naar de zorg kijkt. Eigenlijk zegt de heer Mulder dat de goedkoopste patiënt de overleden patiënt is. Wat zegt dit over het



mensbeeld van de VVD? Het behalen van gezondheidswinst en het bevorderen van de gezondheid van mensen is volgens de VVD-fractie geen overheidstaak, maar de verantwoordelijkheid van het individu.

De heer **Mulder** (VVD): Ik zeg nog maar eens dat ik alleen spreek over het verband tussen roken en de uitgaven voor de zorg. De overheid speelt wel degelijk een rol bij het roken. Dat staat ook in de nota over gezondheidsbeleid. Wij kunnen ervoor zorgen dat de jeugd leert wat gezond gedrag is. Op een gegeven moment zijn mensen echter volwassen. De VVD vindt dat het niet de taak is van de overheid om volwassen mensen te leren wat gezond gedrag is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Helaas doet de minister ook niet de dingen waarover de heer Mulder het nu heeft, want aan bijvoorbeeld initiatieven om schoolpleinen rookvrij te maken, werkt zij niet meer mee. Zij doet ook niet meer aan voorlichting. Bij STIVORO wordt de stekker er volledig uitgetrokken. Wij weten allemaal dat van de twee mensen die op hun 18de roken, er uiteindelijk maar één stopt. Die mensen ontnemt de heer Mulder dus eigenlijk tien jaar van hun leven. Betoogt hij als liberaal dat je de uitgaven aan de zorg alleen op economische gronden moet beoordelen? Of moeten wij ook de maatschappelijke wenselijkheid van een gezonde bevolking daarbij in ogenschouw nemen? Is de gezondheidswinst die de samenleving als geheel kan boeken, hierbij ook van belang?

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Leijten zegt heel veel in een paar zinnen. Zij stelt dat de minister niets doet aan het bestrijden van roken op schoolpleinen. De minister heeft een paar weken geleden gezegd dat zij daaraan iets wil doen. Kijkt de VVD alleen met een economisch oog naar de zorgkosten? Nee, maar wel voor een deel. Er is namelijk een verband tussen de hoogte van de kosten enerzijds en de solidariteit anderzijds. Wij kunnen niet zeggen: geld speelt geen rol in de zorg. Als je solidariteit belangrijk vindt, moet je ook de kosten bezien. Wij moeten voorkomen dat de zorg op een gegeven moment niet meer te betalen is. Als het zo ver komt, zullen de mensen die de zorg niet kunnen betalen de dupe zijn. Wij moeten dus goed letten op de kosten van de zorg. Wij moeten proberen die in bedwang te houden. Dat is heel sociaal.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik probeer te vatten hoe de heer Mulder het basispakket beziet. Hij heeft volstrekt gelijk: hoe langer mensen leven, hoe duurder de gezondheidszorg wordt. Als de heer Mulder vindt dat wij daaraan iets moeten doen, dan moet hij andere keuzen maken voor het basispakket dan de keuzen die hij nu maakt. Ik zou mij als ik hem was dan echt richten op maatregelen die zijn gericht op het verkorten van het leven van mensen. Die leveren namelijk het meeste op. Ik ben ontzettend benieuwd naar de keuzen die de heer Mulder op dit vlak wil maken.

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van der Veen suggereert nu dat als je tegen preventie bent, je ervoor bent dat mensen zo snel mogelijk dood gaan. Ik zeg alleen maar dat preventie niet leidt tot een minder snelle groei van de zorgkosten. Ik wil dolgraag dat mensen aan preventie doen. Ik adviseer ze om te stoppen met roken, omdat het slecht voor ze is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als wij meer aan preventie doen en de gezondheidszorg beter wordt, zullen wij langer leven en zal de gezondheidszorg duurder worden. Die zaken hangen onontkoombaar met elkaar samen en dat is een heel goede zaak. Is het volgens de heer Mulder wellicht mogelijk dat mensen zeggen: tjonge jonge, er is zo veel waarde toegevoegd aan mijn leven en er zijn zo veel jaren aan mijn leven toegevoegd, dat ik best bereid ben om daarvoor wat meer te betalen? Ik

kan werkelijk de redenering van de heer Mulder niet volgen. Waar eindigt de solidariteit als mensen tien jaar langer leven?

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van der Veen vraagt naar de opvatting van de VVD. Mijn partij is er voor dat mensen die graag gezond willen leven, de kosten daarvan zelf betalen. Het stoppen-met-rokenprogramma kunnen mensen bijvoorbeeld prima zelf betalen. Niets staat ze in de weg om dat programma te volgen.

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

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Van der Veen. De heer Mulder vervolgt zijn betoog.

De heer **Mulder** (VVD): Ik zei al dat 20% van het bbp aan zorg wordt besteed. Pijnlijke maatregelen zullen daarom niet alleen gedurende de huidige kabinetsperiode moeten worden genomen, maar ook gedurende volgende perioden. Een van de huidige problemen met de gezondheidszorg is dat mensen niet weten wat de zorg hun precies kost. Soms vraag ik tijdens bijeenkomsten in zaaltjes: dames en heren, wat kost de zorg u? Men zegt dan: mijnheer Mulder, stelt u eens een wat slimmere vraag, want de zorg kost mij twaalf maal de nominale premie. Ik zeg dan: nee, dat is niet waar, want onbewust betaalt u ook mee aan de AWBZ. Verder betaalt u een inkomensafhankelijke bijdrage en ook via de belasting draagt u bij aan de zorg. Mensen weten dus niet precies wat zij betalen aan de zorg. Verder weet men ook niet precies wat men kwijt is aan de zorg. Patiënten die in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest, zien bijvoorbeeld bijna nooit een ziekenhuisrekening. Mijn partijgenoot Zijlstra heeft twee jaar geleden al gevraagd of patiënten niet gewoon de rekening thuisgestuurd kunnen krijgen van bijvoorbeeld een ziekenhuisopname. Minister Klink heeft destijds toegezegd daarover in overleg te gaan met de zorgverzekeraars. Kunnen die aan mensen inzicht geven in de kosten van de zorg die hun wordt verleend? Daardoor kunnen mensen wat kostenbewuster worden. Hoe is de stand van zaken van dat overleg? Kunnen patiënten inzicht krijgen in hun ziekenhuiskosten?

In Nederland is de eigen bijdrage relatief laag. Nederlanders betalen 8% van de zorguitgaven via eigen bijdragen. In andere Europese landen betaalt men 20%. Het basispakket is bovendien relatief omvangrijk. 95% van de medische behandelingen is daarin opgenomen. De VVD-fractie vindt het goed dat de minister iets probeert te doen aan de kostenoverschrijding van 1,1 mld. Zij neemt daarvoor een aantal maatregelen. Mijn fractie steunt die. De minister had er echter ook voor kunnen kiezen om het eigen risico te verhogen met bijvoorbeeld vijf of zes tientjes. Dat levert direct 350 mln. op. Zij zou er ook voor kunnen kiezen om de huisarts onder het eigen risico te brengen. Het rapport van ECORYS is al genoemd. Daarin staat dat het goed mogelijk is dat het opnemen van de huisarts in het eigen risico goede gedragseffecten zou kunnen hebben. Bovendien levert zo'n maatregel ongeveer 350 mln. op. Op die manier is al sprake van een besparing van 700 mln. en zouden de andere maatregelen niet genomen hoeven te worden. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

De VVD-fractie is blij dat het CVZ gepast gebruik onderzoekt. Tijdens de presentatie die het CVZ hier heeft gegeven, heeft men gezegd dat er wellicht honderden miljoenen zijn te besparen door het terugdringen van kosten die onnodig worden gemaakt. Mijn fractie is er voor dat hulpverleners niet onderbehandelen maar ook niet overbehandelen. Wij zijn ervoor dat mensen precies goed worden behandeld.

Ook op het punt van stringent pakketbeheer is iets te halen. De uitgaven voor ziekenhuiszorg zijn 20 mld. per jaar. Het valt mijn fractie op dat 10 mld. van de uitgaven gaan naar zorg die niet evidence based is. Wij weten

niet zeker of die ziekenhuisbehandelingen effectief zijn. Dat wil niet zeggen dat de behandelingen niet effectief zijn, maar zij zijn niet bewezen effectief. Is het wellicht een goed idee om het pakket op dit punt systematisch door te lichten? Welke ingrepen zijn effectief en welke niet? Laten wij daarbij beginnen met het binnenhalen van laaghangend fruit. Wat zijn de behandelingen waarvan de effectiviteit voor wetenschappers niet helemaal vaststaat? Als je deels stopt met het geven van zulke behandelingen, bespaar je geld. Dat geld kun je gebruiken voor onderzoek. Zo kan het hele pakket ter waarde van 20 mld. systematisch worden onderzocht. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

De wanbetalersregeling wordt geëvalueerd. Wanbetalers zijn de bijl aan de wortel van het systeem. In Nederland bestaat een erg solidair systeem. Iedereen is verplicht verzekerd. Verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren en wij betalen allemaal dezelfde premie. Dat is heel sociaal. Wat je daarbij niet nodig hebt, zijn mensen die de premie niet betalen. Kan de minister al inzicht geven in de uitkomsten van de evaluatie? Zijn er reductiedoelstellingen? Hoe wordt het aantal wanbetalers teruggebracht?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De heer Mulder zegt dat je goed moet kijken naar de effectiviteit van veel maatregelen die in het pakket zijn opgenomen. Het pakketadvies van het CVZ is gebaseerd op de vraag welk effect een behandeling heeft en op de vraag of opname in het basispakket nodig is. Dit advies legt de minister voor een deel naast zich neer. Wat vindt de heer Mulder van de VVD van de adviezen van het CVZ?

De heer **Mulder** (VVD): De adviezen van het CVZ zijn op zich een goede basis. Ik moet bekennen dat ik zelf ook van de adviezen ben afgeweken. Wat mijn fractie betreft had de rollator uit het pakket geschrapt kunnen worden. Dat heeft ook het CVZ destijds geadviseerd om te doen. Hierover zijn echter afspraken gemaakt met de PVV. Op die manier wijk ik ook zelf helaas en met tegenzin van de adviezen van het CVZ af. Hiervoor geldt echter: afspraak is afspraak.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik begrijp dat de rollator een PVV-ding is. Dat weten wij inmiddels. De discussie die wij vandaag voeren, gaat over zaken die bij elkaar erg veel geld kosten. Bij deze discussie gaat het ook om de vraag wat mensen vanuit het basispakket vergoed krijgen. Ik vraag mij af hoe de VVD in zo'n situatie met droge ogen kan volhouden dat de rollator in het pakket moet blijven. Ik begrijp echt niet hoe die fractie dat kan doen.

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Dijkstra stelt mij geen vraag, maar merkt op dat zij iets niet begrijpt. Ik heb iets gezegd over de rollator. Er is ook iets gezegd over oorimplantaten. Mijnheer Van der Staaij zij ook al: daarvoor moet wel weer geld beschikbaar zijn. Oorimplantaten kosten veel geld. De minister volgt het advies hierover niet vanwege budgettaire krapte. Het CVZ kan dus wel een advies geven dat wij graag opvolgen, maar het geld daarvoor moet wel beschikbaar zijn. Soms is ook de politieke wil bij een gedoogpartij nodig voor het opvolgen van zo'n advies.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik ben eigenlijk nog een beetje stil van de opmerking van de Mulder over gezond leven. Als ik het goed heb begrepen, vindt hij dat als je langer wilt leven, je dat zelf moet betalen.

De heer **Mulder** (VVD): Wat is daar mis mee, mijnheer Van der Veen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als zelfs dat nog een vraag is, is hiermee alles gezegd over tweedeling in de zorg en in de samenleving. Het tweede waarvan ik schrik is het gemak waarmee de heer Mulder beweert dat het

opnemen van de rollator in het pakket van de PVV moest. Ook de PvdA is van mening dat je erg zorgvuldig moet zijn als het gaat om de kosten van de gezondheidszorg. Wellicht zijn heel ingrijpende maatregelen op dit vlak nodig. Ingrijpende maatregelen moet je echter op een heel zorgvuldige manier nemen. Ik schrik ervan dat op zo veel punten wordt afgeweken van het advies van het CVZ. Dat doet de heer Mulder en dat doet de minister. Een paar jaar geleden zijn de afspraken over de adviesprocedure van het CVZ juist gemaakt om te voorkomen dat politiek hobbyisme van invloed zou zijn op de samenstelling van het basispakket. Op een moment waarop het er echt toe doet en waarop het echt om de kosten gaat, steekt het politiek hobbyisme de kop weer op. Er wordt veel accent gelegd op stringent pakketbeheer. Ik vraag de minister of wij volgend jaar weer mee zullen maken dat uit een soort politiek hobbyisme wordt afgeweken van uiterst zorgvuldig onderbouwde adviezen. Ik zeg tegen de heer Mulder dat bij deze adviezen juist effectiviteit en efficiency een heel belangrijke rol spelen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): De heer Van der Veen zegt terecht dat iedereen zich moet afvragen of zijn visie consistent is. Hoe vult de heer Van der Veen dat zelf in? Toen vorig jaar de motie over de rollator voorlag, stemde de PvdA-fractie voor.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Van der Staaij roert dit punt terecht aan. Ik onderstreep nogmaals dat wij met deze zaken uitermate zorgvuldig moeten zijn. Politiek hobbyisme heeft hierbij wellicht ook een rol gespeeld. Dat moeten wij echt met kracht bestrijden. Ik vraag de minister hoe dit de komende jaren zal gebeuren, als het accent nog meer komt te liggen op het stringent pakketbeheer. De opvatting van de PvdA-fractie over de voorstellen van de minister komt samengevat neer op: penny wise, pound foolish. De minister houdt zich alleen bezig met de korte termijn en bezuinigt op preventie. Juist door een beroep op dure zorg te voorkomen, kunnen wij ons zorgstelsel betaalbaar houden. Het kabinet is volgens mijn fractie op zoek naar gemakkelijke besparingen, terwijl structurele keuzen nodig zijn. De Partij van de Arbeid zou andere keuzen hebben gemaakt. Mijn fractie wil preventiemaatregelen, zoals het stoppen-met-rokenprogramma en dieetadvisering, blijven vergoeden. Wij doen dat op basis van een dekking die is goedgekeurd door het CPB. Ik zal daarop straks terugkomen. Wij vinden het onbegrijpelijk dat dieetadvisering uit het pakket wordt gehaald. Ook is al verwezen naar het regeer- en gedoogakkoord, waarin juist wordt gewezen op het belang van bestrijding van ondervoeding. Hoe zit het met de vergoeding van dieetadvisering als die integraal onderdeel is van de ketenzorg? Hoe zit het verder met de vergoeding van op medisch advies gegeven dieetadviezen? Mijn fractie vindt dat de advisering in deze situaties moet worden vergoed. Wat is de opvatting van de minister? Het stoppen-met-rokenprogramma wordt uit het pakket geschrappt. Alleen de tabaksindustrie zal aan die maatregel vreugde beleven. Bij het lobbybureau dat voor de tabaksindustrie heeft gewerkt, zal men de fles hebben opengetrokken. Anderen hebben al het nodige gezegd over de argumenten die pleiten voor het behoud van het stoppen-met-rokenprogramma. De heer Mulder zegt dat mensen het programma zelf kunnen betalen omdat zij geld besparen doordat zij geen sigaretten meer hoeven te kopen. Gaat die redenering ook op bij programma's voor verslaafden aan cocaïne? Wordt daarbij de straatwaarde van de cocaïne als uitgangspunt genomen? Dit argument vind ik echt flauwekul. In een brief spreekt de Long Alliantie Nederland haar grote zorg hierover uit. Deze organisatie wil graag een gesprek voeren met de minister over de vraag hoe hiermee om te gaan. Ik adviseer de minister om dat gesprek zo snel mogelijk aan te gaan.

Het aantal behandelingen door de fysiotherapeut dat zelf moet worden betaald, wordt vergroot. Ook wordt de vergoeding van de behandeling bij bepaalde chronische aandoeningen geschrapt. Mijn fractie vindt dat geen goede zaak.

Wij begrijpen verder niet waarom een vaag begrip als overschrijding bij de eerste lijn op deze manier op de huisartsen wordt afgewenteld. Met het verrekenen van de overschrijdingen en het doelmatig voorschrijven is mijn fractie het wel eens, maar niet met het feit dat de overschrijding bij de geïntegreerde eerstelijnszorg van 70 mln. op deze wijze wordt verhaald. Wij denken dat dit echt op een andere manier moet gebeuren. Mijn fractie begrijpt verder niet waarom de adviezen over leefstijlinterventie niet door de minister worden overgenomen.

Wij verzoeken de minister dringend om het onderzoek naar de bilaterale cochleaire implantaten mogelijk te maken. Hoe zit het verder met het case management dementie? Hoe staat het met de toezegging hierover van de staatssecretaris?

Mijn fractie denkt dat het mogelijk is om voor een alternatieve dekking uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem 100 mln. te halen. Het CPB heeft dat ook gesteld. Verder kunnen de spoedeisende hulpen opnieuw worden gespreid. De inzet van topklinische ambulances kan worden beperkt en de topreferente zorg kan worden aanbesteed. Dat levert zo'n 200 mln. op. Het overhevelen van dure geneesmiddelen en het maximeren van het norminkomen van bestuurders en specialisten levert 300 mln. op. Daarmee kan volgens mijn fractie een groot aantal zaken worden gefinancierd.

Zorgverzekeraars hebben de taak, de kosten in de hand te houden. Ik adviseer de minister om De Telegraaf van vandaag te lezen. In een artikel geven lezers van die krant aan op welke manier zij zorgverzekeraars willen benaderen en onder druk zetten om iets te doen aan te hoge facturen. Op dat vlak laten zorgverzekeraars vaak hun taak gewoon liggen. De zorgverzekeraars zijn niet in staat om de kosten goed in de hand te houden. Het is te gek voor woorden dat dit wordt afgewenteld op de individuele burgers en consumenten. Hoe beoordeelt de minister de manier waarop de zorgverzekeraars de kosten in de hand proberen te houden?

De minister heeft toegezegd dat de Kamer voor 1 juni een opzet zou ontvangen voor een kwalitatieve evaluatie van de risicoverevening. Mijn fractie wacht die opzet af. De invoering van het ex postmechanisme zou betekenen dat zorgverzekeraars hun reserves op moeten voeren. Dat zou leiden tot verhoging van de nominale premie en dat zou weer leiden tot een relatieve verkleining van het inkomensafhankelijke gedeelte. Hoe beoordeelt de minister dat? Mijn fractie maakt zich daarover grote zorgen. Dit komt uiteindelijk weer neer bij de premiebetaler.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Zal ik maar direct beginnen over de rollator, want dan hebben we dat gehad? Er is spraken van grote overschrijdingen bij de zorgkosten. Daarom moeten er keuzen worden gemaakt. Er is nu voor gekozen om de overschrijdingen terug te halen op de plaatsen waar ze hebben plaatsgevonden. Daarvan ben ik een groot voorstander. Wij hebben te maken met een overschrijding van 1,1 mld. Ik vind het goedkoop om in dat verband steeds grapjes te maken over het opnemen van de rollator in het pakket. Mijn fractie heeft vorig jaar daarvoor bewust gekozen en zij staat nog steeds achter die keuze. Ik vind het ook goed dat de overschrijdingen worden gecompenseerd op de plaatsen waar de kosten zijn overschreden. Ik realiseer mij dat dit soms ingrijpende en pijnlijke gevolgen heeft. Dit is echter volgens mij een maatregel die noodzakelijk is en die ik goed kan verdedigen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zit hier vandaag niet om flauwe grappen te maken. Mevrouw Gerbrands

heeft onze bijdrage gehoord. Zij voelt ook de pijn waarmee allerlei maatregelen gepaard gaan. De heer Van der Veen heeft zojuist een aantal alternatieve dekkingsmogelijkheden genoemd. Eigenlijk is het dus heel eenvoudig. Er ligt een pakketadvies voor. Mevrouw Gerbrands wordt daarin geadviseerd. Er zijn bovendien alternatieven. Het is aan mevrouw Gerbrands om vandaag te zeggen: weet je wat, het idee over de rollator was toch niet zo'n goed idee, dus laten wij een mooie ruil maken. Zij draagt de ouderenzorg een warm hart toe. Hoe denkt mevrouw Gerbrands over het voorstel om het case management dementie in het pakket op te nemen, en de rollator eruit te schrappen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb alle inbrengen inderdaad gehoord. Ik zei echter zojuist ook dat wij de keuze voor de rollator destijds bewust hebben gemaakt. Ik sta nog steeds achter die keuze. Mijnheer Van der Veen komt nu met oplossingen. Ik heb ook mevrouw Dijkstra voorstellen horen doen. Het is bekend dat de PVV-fractie haar voorstellen niet steunt. De woordvoerders van de andere partijen heb ik alleen maar horen zeggen dat alle voorstellen niet mogen worden doorgevoerd. Er moeten wel keuzen worden gemaakt. Ik heb niemand horen spreken over het pakketadvies over het zelf betalen van incontinentiemateriaal. Dat ligt immers niet lekker. Daarover hoor ik niemand spreken. Die maatregel is echter ook niet overgenomen. Meer van zulke maatregelen zijn niet overgenomen. Het gaat daarbij om zaken die in de samenleving gevoelig kunnen liggen. Daaraan is vaak niet eens een erg groot bedrag verbonden. Over die zaken hoor ik echter niemand spreken. Daarom vind ik het wat gemakkelijk om grapjes te maken over de gedogende PVV en de rollator.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De opmerking over de rollator was absoluut niet als een grap bedoeld. Als ik op de rollator in het pakket terugkom, ben ik uiterst serieus. Wij zijn aan het bezien wat echt nodig is. Ik zal de hele discussie over de rollator niet overdoen. Mevrouw Wiegman wees er echter al op dat het case management dementie niet in het pakket wordt opgenomen en de rollator wel. Wat hebben ouderen echt nodig? De case manager lijkt mij veel belangrijker dan de rollator. Mevrouw Gerbrands vindt dat wij geld moeten weghalen op de plaatsen waar de kosten zijn overschreden. De overschrijdingen zijn toch niet gemaakt bij de pakketmaatregelen? Dat is toch iets heel anders?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Wij hebben bijvoorbeeld te maken gehad met een overschrijding bij de fysiotherapie. Een tariefmaatregel is daarbij niet mogelijk, dus moeten wij het op een andere manier oplossen. Wij hebben ervoor gekozen om die oplossing wel binnen de fysiotherapie te zoeken. Over het case management ga ik een vraag stellen aan de minister. De staatssecretaris heeft gezegd dat het case management in 2012 in het pakket wordt opgenomen. Ik wil ook graag weten waarom de minister dat niet gaat doen. Wat is haar beweegreden? Case management levert namelijk € 3 500 per drie jaar op omdat mensen langer thuis blijven wonen. Met die vragen zit ik dus ook.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Vindt mevrouw Gerbrands het geen goed idee om het case management te ruilen voor de rollator?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Als mevrouw Dijkstra het goed vindt, wacht ik eerst het antwoord van de minister even af.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zojuist zijn de overschrijdingen aan de orde geweest. Ook tegen mevrouw Gerbrands zeg ik dat wij om een advies hebben gevraagd. Dat is heel zorgvuldig opgesteld. Is het volgens mevrouw Gerbrands raadzaam om dus ook heel zorgvuldig met dat

advies om te gaan? Wij moeten wel heel sterke argumenten hebben als wij daarvan af willen wijken. Of wij moeten andere zaken uit het pakket halen, die niet worden genoemd in het advies van het CVZ.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat is een keuze die is gemaakt. Wij kunnen hierover gaan discussiëren, maar deze keuze is gemaakt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Waarom vragen wij het CVZ dan om advies? Waarom vragen wij het CVZ om alle relevante groeperingen te betrekken bij de voorbereiding van dat advies? Waarom doen wij dat als wij vervolgens zelf onze afwegingen maken? Als wij het zo doen, is het advies toch helemaal niet nodig? Het zou veel geld schelen als wij het advies helemaal niet zouden vragen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Het CVZ-pakketadvies omvat meer dan de vraag wat wel en wat niet in het pakket komt. In het advies staat erg veel relevante informatie. Ik pleit er dus niet voor om maar niet meer om het advies te vragen. De heer Van der Veen weet ook dat ook in het vorige kabinet keuzen werden gemaakt. Zo zal het altijd gaan met het pakketadvies. Uiteindelijk moet de minister bepalen of zaken in het pakket komen. Nog nooit is alles uit het advies klakkeloos overgenomen.

De **voorzitter**: Mevrouw Gerbrands vervolgt haar betoog.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Mijn fractie is blij dat het eigen risico niet wordt verhoogd en dat er geen eigen bijdrage voor de huisartsenzorg wordt ingevoerd. Wij kunnen ons ook vinden in het hanteren van de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid. Wij vragen ons echter af wanneer sprake is van effectiviteit. In een uitzending van EenVandaag bleek bijvoorbeeld dat bepaalde kankerpatiënten baat hebben bij een behandeling die in Duitsland wordt gegeven. Voor die patiënten was deze behandeling dus wel degelijk effectief. Hoe wordt bepaald of een behandeling effectief is? Kan dat ook achteraf nog worden beoordeeld? Wil de minister hierop reageren? De staatssecretaris heeft eerder toegezegd om case management bij dementie op te nemen in het basispakket. Ik sprak hierover al eerder. Waarom is dit case management toch buiten het pakket gebleven? Is opname in het basispakket alleen maar uitgesteld, of moet hiervoor alternatieve financiering worden gevonden? Opname van case management zou een besparing van € 3 300 per patiënt per drie jaar kunnen opleveren. Kan de minister haar keuze toelichten? Gepast gebruik van de zorg wordt bevorderd door onder andere het «stepped care zorgmodel». Daarbij wordt een eenvoudige behandeling als eerste aangeboden. Dit is een goed uitgangspunt, maar er moet wel rekening mee worden gehouden dat switchen eventueel nodig is als de behandeling, om welke reden ook, niet effectief blijkt te zijn. Stel dat een patiënt start met een traject van medicijngebruik. Meestal wordt voor drie maanden medicijnen meegegeven. Als na twee weken blijkt dat de behandeling geen effect heeft en men overstapt naar de volgende fase van de behandeling, zit de patiënt nog met medicijnen voor tweeënhalve maand. Die kunnen niet meer worden teruggegeven. Dat is volgens mijn fractie zonde van het geld. Op dit punt is een rol weggelegd voor degenen die de medicijnen voorschrijven en voor de apothekers, maar ook voor de zorgverzekeraars. Hoe wordt dit gemonitord?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Gerbrands stelt dat door case management bij dementie per patiënt per drie jaar € 3 300 kan worden bespaard. Dat is juist. Door case management in het pakket op te nemen, kunnen wij dus eigenlijk meer doen met hetzelfde geld. Mevrouw

Gerbrands stelt dit echter erg vragenderwijs. Hoe belangrijk is dit punt voor de PVV-fractie?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Het case management lijkt mij heel zinvol. Ik wil van de minister weten waarom ervoor is gekozen om dit niet in het basispakket op te nemen. Bovendien heeft de staatssecretaris toegezegd dat dit per 2012 wel in het pakket zou worden opgenomen. Die toezegging was dus al gedaan. Ik ga er dus van uit dat er een andere reden is om dit nu nog niet op te nemen in het pakket. Misschien is men nog bezig met het doen van onderzoek of misschien kan het beter in 2013 worden ingevoerd. Ik hoor graag wat de minister hierover te zeggen heeft.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Als mevrouw Gerbrands die vraag zo op tafel legt, zal het antwoord er ongetwijfeld zijn. Wij zullen het antwoord van de minister afwachten.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Gepast gebruik van zorg wordt volgens mijn fractie ook bevorderd door het voor patiënten inzichtelijk maken van de kosten voor de zorg. Een aantal woordvoerders heeft hierover al iets gezegd. Patiënten weten vaak niet wat een behandeling kost. Wat valt precies onder het eigen risico? Waarvoor geldt een eigen bijdrage? Dit zijn zaken die transparant moeten worden gemaakt. Kunnen zorgverzekeraars hiervoor zorgen, bijvoorbeeld door een paar keer per jaar een overzicht te sturen? Op die manier kunnen mensen weten wat hun verleende zorg daadwerkelijk heeft gekost. Zo kunnen ook eventuele fouten bij declaraties sneller worden opgespoord. Ook ik wijs op het artikel in De Telegraaf van vandaag. Het is heel erg dat mensen die bij hun zorgverzekeraar melden dat er te veel of verkeerd is gedeclareerd, van de zorgverzekeraar te horen krijgen dat men dan bij de declarerende instelling mazzel heeft. Dat kunnen we niet goed vinden.

Over het eigen risico wordt gezegd dat het voor besparingen zou zorgen. Niet bekend en niet vast te stellen is wat eventueel de negatieve effecten op de volksgezondheid zijn. Ik doel dan op het zorg mijden dat kan ontstaan door een verhoging van het eigen risico. Wanneer krijgen wij daarin meer inzicht? Wordt dit aspect meegenomen in de evaluatie van het eigen risico?

Tijdens het algemeen overleg over de prestatiebekostiging hebben wij aangedrongen op voldoende flankerend beleid en optimalisatie van de ex-anteverevening, voordat de ex postverevening wordt afgeschaft. Een motie daarover is met algemene stemmen aangenomen. Er loopt nog een kwantitatief onderzoek naar de werking van het stelsel. Het zou mijns inziens logisch zijn om het besluit hierover aan te houden tot de uitkomsten van dit onderzoek bekend zijn. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister. Mijn fractie maakt zich zorgen over de verkapte risicoselectie, de mogelijke premiestijgingen en de gevolgen voor de kleinere zorgverzekeraars.

Ik kom op de tariefkortingen op de eerstelijns zorg. Wij staan op zich op het standpunt dat overschrijdingen moeten worden teruggehaald waar de kosten zijn overschreden. Wij zijn echter ook voor het versterken van de eerstelijnszorg. Volgens mijn fractie wordt de zorg in de eerste lijn al heel doelmatig verleend. Het niet halen van de taakstelling van doelmatig voorschrijven is niet alleen aan de huisartsen te wijten, maar ook aan bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag van specialisten in de tweede lijn. De regering zet in op overheveling van eenvoudige verrichtingen van de tweede lijn naar de eerste lijn, maar het daaraan gekoppelde budget wordt niet overgeheveld. Kortom, de regering vraagt steeds meer van de huisartsen en doet een steeds groter beroep op de eerste lijn en op zijn taak van poortwachter, maar stelt daar weinig tegenover. Kan worden onderzocht of met het overhevelen van de taken ook budget kan worden overgeheveld? In de komende periode gaan wij steeds meer zorgtaken bij



de eerste lijn leggen. Daarom is het volgens mij zinvol om dit te onderzoeken, zodat wij niet keer op keer worden geconfronteerd met overschrijdingen in de eerste lijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): De KNMG stelt dat als de adviezen van het CVZ worden doorgevoerd, geen kosten zullen worden bespaard, maar dat kosten zullen worden verschoven. Ook zal volgens de KNMG de kwetsbaarsten de toegang tot de zorg worden ontzegd. Na deze inleidende vraag ik mevrouw Gerbrands van wie volgens haar de volgende quote afkomstig is. «Terwijl mijn partij al jarenlang ten onrechte wordt beschuldigd van het uitsluiten van mensen, lijkt de minister met een sneltreinvaart af te stevenen op het uitsluiten van de groep meest kwetsbaren in onze samenleving».

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik denk dat de quote van mijn collega komt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het was mevrouw Gerbrands zelf die dit heeft gezegd.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): O, dat kan ook.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zij zei dit tijdens een debat vorig jaar, toen minister Klink voorstelde om een eigen bijdrage in te voeren voor logopedie, ergotherapie en dieetadvisering. Mevrouw Gerbrands maakte van dat voorstel toen terecht gehakt en beschuldigde de minister ervan, de toegang tot de zorg te beperken. Wij zullen het nog hebben over de discriminerende maatregelen voor de psychiatrie. Waarom gedooft de PVV dat het kabinet niet bezuinigt, maar de kosten doorschuift naar de meest kwetsbaren en deze mensen uitsluit van zorg?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Waar worden mensen uitgesloten van de zorg? Er is sprake van een tariefmaatregel voor verloskunde en logopedie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik noem het verdwijnen uit het pakket van fysiotherapie voor mensen met reumatische aandoeningen en hartpatiënten. Voor mensen zonder chronische aandoening wordt fysiotherapie minder vergoed. Dieetadvisering wordt uit het pakket geschrapt. Het stoppen-met-rokenprogramma heeft mevrouw Gerbrands zelfs niet genoemd. Al deze zaken worden uit het pakket geschrapt. Daardoor wordt een drempel opgeworpen voor mensen die om zorg willen vragen. Dat is wat ik bedoel met het beperken van de toegang tot de zorg. Toen de PVV nog geen gedoogpartij was, maakte zij gehakt van het voorstel van minister Klink. De PVV sprak er schande van dat de minister een drempel opwierp voor de zorg. Ik stel vast dat dezelfde partij een jaar later de prijs van het gedogen betaalt. Die prijs is dat onze samenleving afstevent op een situatie waarin mensen de toegang tot zorg wordt ontzegd. Dat is een erg tragische conclusie.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb mevrouw Leijten geen vraag horen stellen. Wat zij wel stelt, is gewoon niet waar. Over de twee behandelingen voor de fysiotherapie die uit het pakket zijn geschrapt, heeft men geconcludeerd dat niet te bewijzen is dat zij effect hebben. Ze zijn niet volgens de stand van de wetenschap. Ik heb er persoonlijk erg veel moeite mee dat behandelingen die niet effectief zijn, en niet volgens de stand van de wetenschap, toch in het basispakket zijn opgenomen. Ik mag hopen dat alle woordvoerders dat met mij eens zijn. Wij moeten toch geen behandelingen financieren die geen effect hebben? Ik vind het zonde van het geld als dat wel gebeurt. Van een eigen bijdrage voor de logopedie, de ergotherapie et cetera, waarover wij vorig jaar spraken, is nu geen sprake. Er is wel een tariefmaatregel bij de logopedie opgelegd. Verder sprak

mevrouw Leijten over dieetadvies en roken. Het is algemeen bekend wat de PVV vindt van dit soort preventieve toestanden. Wij vinden dat deze zaken vallen onder de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Mevrouw Leijten zal nergens een quote van mij kunnen vinden waarin ik mij hard maak voor het stoppen-met-rokenprogramma of voor dieetadvies. Tegen zulke zaken heb ik mij altijd verzet.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik vond de verontwaardigde vraag van mevrouw Gerbrands over de verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn een mooie afsluiting van haar betoog. Zij vroeg ook of de tariefmaatregelen daarbij niet in de weg staan. Zegt zij daarmee nee tegen de voorgestelde tariefmaatregel? Als dat zo is, kan er misschien nog iets moois ontstaan.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik denk dat ik mevrouw Wiegman moet teleurstellen, want ik ben niet tegen de tariefmaatregel. Ik denk wel dat de kosten voor de ketenzorg hoger zijn uitgevallen dan wat de kostenbesparingen hebben opgeleverd. Ik vind dat goed moet worden onderzocht wat de oorzaken van de overschrijdingen zijn. Het resultaat daarvan is echter niet van de een op de andere dag bekend. Ik steun dus de tariefmaatregel, maar ik vind ook dat daarmee het onderzoek naar hoe het verder moet met de eerste lijn niet moet stoppen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is ingewikkeld. Wij weten niet hoe het precies zit met de huisartsen. Laten wij het daarom heel eenvoudig houden en even kijken naar de tariefmaatregelen voor verloskunde. Kort geleden zijn de tarieven voor verloskunde verhoogd vanwege de extra taken die wij bij verloskundigen neerleggen en bijvoorbeeld vanwege de doelstelling om babysterfte te bestrijden. Bij verloskunde is dus geen sprake van een overschrijding of iets dergelijks. De tarieven zijn recent bewust verhoogd, en de minister wil ze nu weer bewust verlagen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik hoor mevrouw Wiegman geen vraag stellen. Ik kan wel herhalen wat ik hierover al in mijn inbreng heb gezegd.

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

De **voorzitter**: Het spijt mij, mevrouw Wiegman, maar mevrouw Gerbrands gaat over haar eigen antwoorden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Gerbrands zegt dat zij zich altijd al heeft verzet tegen dieetadvies in het pakket. Wij spreken hierbij echter ook over dieetadvies aan mensen met bepaalde soorten kanker of mensen met diabetes. Vindt mevrouw Gerbrands het ook onzin als deze mensen dieetadvies krijgen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik noem als voorbeeld de diabetesverpleegkundige. Ik vind het ook haar taak om dieetadvies aan de patiënt te geven. Moet zo'n patiënt dan ook nog naar de diëtist, dan moet hij of zij dat uit de aanvullende verzekering betalen, of het zelf betalen. Dat zijn de keuzen die wij hebben gemaakt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat betekent dus dat chronisch zieke patiënten zoals diabetespatiënten en kankerpatiënten door de PVV gewoon in de steek worden gelaten.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat zijn de woorden van mevrouw Voortman. Ik neem er afstand van.

De **voorzitter**: Wij zijn toegekomen aan de beantwoording van de minister. Tijdens die beantwoording sta ik iedere woordvoerder twee interrupties toe. Wij zullen ook een tweede termijn houden.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik hecht eraan om te beginnen met te stellen dat het kabinet een hoge prioriteit geeft aan gezondheidszorg. Dat is geen holle frase. Voor de gezondheidszorg wordt 15 mld. extra uitgetrokken, zodat het budget voor de zorg kan groeien van 60 mld. naar 75 mld. Dat gebeurt in een tijd waarin wij op heel veel andere terreinen het budget niet laten groeien of er zelfs op moeten bezuinigen. Ook vergeleken met het buitenland neemt Nederland een redelijk uitzonderlijke positie in. In heel veel landen om ons heen wordt op het zorgbudget bezuinigd. In plaats daarvan kan dat budget in Nederland nog groeien. Het kabinet vindt het heel belangrijk dat dit budget kan groeien. Er is immers spraken van technologische ontwikkelingen die belangrijk zijn voor de zorg in de toekomst en ook voor de houdbaarheid van de zorg in de toekomst. Wij willen daarin investeren. Er is ook sprake van een groeiend aantal chronisch zieken en van vergrijzing. Daarom ziet het kabinet de noodzaak in om voor de zorg 15 mld. extra uit te trekken.

Als wij echter helemaal niet zouden reageren op de overschrijdingen die wij nu zien ontstaan, dan zou het zorgbudget in 2015 niet met 15 mld. zijn gegroeid, maar met 18 mld. Wij verkeren nu pas in het eerste jaar. Hierna komt nog een jaar, en nog een jaar. Als wij ieder jaar dit soort overschrijdingen faciliteren, zouden de zorgkosten nóg behoorlijk meer oplopen. Wij laten deze kosten niet verdwijnen in belastingen, maar zij worden gedekt door de premies. Als wij deze maatregelen dus niet zouden nemen, zouden de premies gigantisch oplopen. Als wij al deze maatregelen niet zouden nemen, zou dat neerkomen op ongeveer € 250 per persoon extra premie in 2015. Dat bedrag komt dus nog bovenop de groei van de premies die er al is. Dat is een groot probleem. Als wij alle maatregelen die wij vandaag bespreken niet zouden nemen en alles maar door zouden laten groeien, dan ontstaat er een betalingsprobleem. Op nationaal niveau groeit de zorg, terwijl andere aspecten van de economie minder groeien. De zorg krijgt dus een relatief steeds groter aandeel. In ieders huishoudboekje heeft dat ook zijn weerslag. Immers, de economie groeit niet meer zo hard, dus ook de lonen stijgen niet zo snel, maar de premies stijgen wel snel. Iedereen zal dus relatief steeds meer geld van zijn huishoudbudget aan de zorgpremies kwijt zijn. Het percentage van het huishoudbudget dat aan de zorgpremies moet worden besteed, kent grenzen. Wij moeten die grenzen niet opzoeken, maar voorkomen dat wij ze overschrijden. Daarom zijn maatregelen noodzakelijk.

De maatregelen zoeken wij om te beginnen met name in het systeem. Iedere euro die wordt betaald aan premie, moet zo goed mogelijk worden besteed binnen het systeem. Ik heb hierover de Kamer in januari een brief geschreven. Daarin worden ongelooflijk veel maatregelen aangekondigd. In hoog tempo lopen wij al deze maatregelen af. Dat doen wij om de zorg op de middellange termijn betaalbaar te houden en elke euro die aan premie wordt betaald, maximaal te laten renderen. Voor het betaalbaar houden op de korte termijn zijn ombuigingen nodig. Ik zou uiteraard iedereen liever extra geld toezeggen. Ombuigingen zijn nooit leuk. De boodschap dat de groei zal worden gematigd, is nooit een leuke boodschap.

Bij deze maatregelen om de groei te temperen, betrekken wij uiteraard ook het advies van het CVZ. Er spelen echter twee zaken. Wij hebben in de eerste plaats nu een aantal maatregelen te nemen om de groei te temperen. Maar in de tweede plaats staat in het regeerakkoord ook een heel grote opgave rond lage ziektebelastingen. Daaruit moet een behoorlijke opbrengst voortvloeien. Om die te realiseren, zijn de CVZ-adviezen ook heel nuttig. Het is dus niet zo dat de adviezen nu op een grote hoop worden gooid en dat er verder niets mee wordt gedaan. Er ligt nog een

grote opgave. Ik heb de Kamer toegezegd om haar daarover voor maart 2012 te informeren. Daarbij zullen de CVZ-adviezen zeker nuttig zijn. Ik vind het wel belangrijk om hierbij te zeggen dat het antwoord op de vraag, wat wij enerzijds met elkaar collectief willen bekostigen, en wat mensen anderzijds zelf moeten bekostigen, altijd stoelt op een politieke keuze. Dat is maar goed ook. Partijen die vandaag heel verontwaardigd reageerden op het feit dat een aantal adviezen niet is overgenomen en dat andere maatregelen wel zijn genomen, hebben in het verleden zelf ook politieke keuzen gemaakt op dit vlak. Zij hebben in het verleden ook CVZ-adviezen naast zich neer gelegd. Dat is zelfs een halfjaar geleden nog gebeurd. Ik heb opgevraagd hoe er een halfjaar geleden over de voorstellen rond de rollator is gestemd. D66, de ChristenUnie en de SGP hebben tegen de motie over de rollator gestemd, maar alle andere partijen hebben ervoor gestemd. Is dat consistent beleid? Hieruit blijkt hoe moeilijk het is om consistent te zijn. Wij maken allemaal onze afwegingen. Dit zijn moeilijke besluiten. Die moeten op het politieke niveau worden genomen. Dat is het punt dat ik wil maken. Daarbij spelen technische adviezen van het CVZ een rol, maar ook politieke afwegingen. Ik noem als voorbeeld nog maar even de opname van de pil in het basispakket. De anticonceptiepil is meen ik drie keer in het basispakket opgenomen en er weer uit geschrapd.

De basis van de methodiek die onder deze maatregelen ligt, is heel simpel. Niet alle overschrijdingen moeten worden betaald door de verzekerden. Dat zou de gemakkelijkste oplossing zijn. Als wij de premie ervoor zouden verhogen, zouden de verzekerden de overschrijdingen moeten bekostigen. Wij kunnen ook kiezen voor eigen bijdragen. Dan betaalt de patiënt de overschrijdingen. Eigenlijk moeten wij ervoor zorgen dat de rekening wordt gedeeld. Daarbij hebben wij ook de aanbieders betrokken. Zij hebben de kosten vooraf geraamd. Daarin was alles verdisconteerd. Verloskundigen hebben bijvoorbeeld een raming gemaakt. Daarin was de tariefsverhoging uiteraard verdisconteerd. In zo'n raming is alles opgenomen. Desondanks is sprake van een overschrijding. Als er sprake is van meer activiteiten, zullen bijvoorbeeld de kosten voor elektriciteit en voor huisvesting enzovoorts relatief minder op de begroting drukken.

Ik vind het dus echt slecht als wij alle extra kosten door de overschrijdingen alleen maar zouden halen bij de verzekerden. Wij hebben daarom eigenlijk gekozen voor een ander systeem. Ik heb mij afgevraagd waar het wat minder kan. Waar kunnen wij subsidies verminderen? Wij maken al een enorme slag met subsidies. Het ministerie geeft heel kleine subsidies overal in het land. Wij moeten ons echt afvragen of gemeenten of provincies niet beter zulke subsidies kunnen verlenen. Waarom verleent het Rijk die subsidies eigenlijk? Het kost enorm veel tijd en energie om die subsidies te verlenen. De Algemene Rekenkamer heeft daarover al het zijne gezegd. Wij hebben daarom deze subsidies aangepakt. De subsidies rond leefstijlbeleid hebben wij ook aangepakt. Verder hebben wij gezien hoe wij geld van de begroting gerichter kunnen besteden. Dat is de eerste slag die wij hebben gemaakt.

De tweede slag was gericht op de vraag hoe zorgaanbieders hun steentje kunnen bijdragen door doelmatiger te werken en door meer zorg te leveren voor elke euro die aan premie wordt betaald. In dat licht vinden de tariefskortingen plaats. Die kortingen zijn precies even hoog als de overschrijdingen; geen euro meer en geen euro minder. Voor de derde slag hebben wij gekeken naar degenen die gebruikmaken van de zorg of verzekerd zijn voor de zorg. Dat is dus de drieslag waarvoor wij hebben gekozen.

Dit is echter niet de enige oplossing waarvoor is gekozen. In de brief over zorg die werkt, hebben wij maatregelen aangekondigd op allerlei terreinen. Die maatregelen zullen wij per 2012 nemen. Ik noem als voorbeelden de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg en het

risicodragend maken van zorgverzekeraars. De maatregelen waarover wij vandaag spreken, zijn extra's die ook ik liever niet had genomen, maar het is niet anders.

Alle mooie woorden die ik in mijn spreektekst heb staan, over zoveel jaar Zorgverzekeringswet en dergelijke zaken, zal ik achterwege laten en ik zal direct overgaan tot de beantwoording van de vragen die zijn gesteld. Er is gesproken over de huisartsenzorg. Ik ben bezig met het opstellen van de nota Zorg dichtbij huis. Die zal aan het einde van het zomerreces naar de Kamer worden gestuurd. Daarin zal ik aankondigen dat ik het liefst zie dat basiszorg voor mensen inderdaad zo dicht mogelijk bij huis wordt geregeld. Op dit moment wordt heel diep nagedacht over de vraag hoe wij dat kunnen realiseren. Als wij huisartsen extra taken opleggen, moeten zij daarvoor uiteraard ook worden betaald, zeg ik tegen mevrouw Gerbrands. Als wij bepaalde behandelingen niet meer in het ziekenhuis willen laten verrichten, maar door de huisarts willen laten doen, dan moeten wij er ook voor zorgen dat de afdeling wordt gesloten in het ziekenhuis waar die behandeling nu nog wordt verricht. Wij moeten ervoor zorgen dat het budget dat daarbij hoort, wordt overgeheveld naar de huisartsen.

Daarop heeft de tariefskorting waarover wij het nu hebben echter geen betrekking. Die gaat puur over de vraag wat is geraamd en hoe daarna is gehandeld. Bij de huisartsenzorg is al een aantal jaren sprake van structurele overschrijdingen. Die overschrijdingen zijn al een aantal jaren niet teruggehaald. Daardoor is het inkomen van de huisarts inmiddels behoorlijk boven het norminkomen uitgegroeid. Wij hebben daarom besloten om de overschrijdingen bij de huisartsenzorg nu wel terug te halen bij de huisartsenzorg. Het gaat hierbij in de eerste plaats over een structurele overschrijding uit 2009 die niet is gekort, in de tweede plaats over de overschrijdingen van dit jaar op het budget voor huisartsenzorg, en in de derde plaats over de ketenzorg. Ook in de ketenzorg is sprake van een behoorlijke overschrijding van de geraamde kosten. Ook het deel van de huisartsen daarvan wordt met deze tariefskorting teruggehaald. Daarbij zijn afspraken gemaakt met de huisartsen over gepast gebruik van zorg en het zinnig en zuinig voorschrijven van geneesmiddelen. Te zien is dat de opbrengsten niet worden gehaald. Het deel dat niet wordt gehaald, wordt teruggehaald. Als men de afspraken wel nakomt, is dat mooi en krijgt men het geld weer terug. Als de huisartsen de afspraken die wij met hen hebben gemaakt «volmaken», krijgen zij het geld terug. Zoals het er nu naar uitziet, gaat dat echter bij lange na niet lukken.

Voor logopedie is er een totaalbudget van 100 mln. Wij halen daar 6 mln. aan tariefmaatregelen terug. Dat is precies het bedrag dat in 2010 extra, boven het budget, is uitgegeven. Bij verloskunde is 10 mln. overschreden op een totaal van 174 mln. Precies het bedrag dat is overschreden, wordt teruggehaald. Bij fysiotherapie wordt tweeledig bezuinigd. Enerzijds een bezuiniging van het aantal behandelingen dat voor eigen rekening komt. Dat aantal gaat van twaalf naar twintig. In het regeerakkoord was al een eerste stap genomen. Het aantal is hier iets verhoogd. Anderzijds wordt een aantal aandoeningen van de chronische lijst geschrapt. Een aantal woordvoerders sprak daarover. Deze aandoeningen staan juist in het advies van het CVZ als aandoeningen waarbij behandelingen niet effectief en onbewezen werkzaam zijn. Als dat de conclusie van het CVZ is, kunnen wij het er dus op deze manier uithalen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Mijn eerste interruptie wijd ik graag aan dit onderwerp. Ik denk dat de overschrijdingen bij verloskunde het gemakkelijkst af te bakenen zijn. Heeft de minister enig idee van de oorzaak van de overschrijdingen bij verloskunde? Is dat ook gecommuniceerd met de verloskundigen? Zijn er ook ideeën over hoe daarmee om te gaan? Ik denk niet dat verloskundigen

opeens allemaal heel gekke dingen zijn gaan doen, met andere taken of zo. Zij hebben wel heel nadrukkelijk nieuwe opdrachten gekregen.

Minister **Schippers**: Het gaat ook over doelmatigheid en dat als je meer doet, je ook moet kijken hoe het doelmatiger kan. Dat is een vraag die wij aan alle sectoren stellen. Alle sectoren moeten bekijken hoe die kunnen bijdragen aan doelmatigheid. Bij de verloskundige zorg zie je nog iets. Dat is de veel sterkere toename van echo's dan je zou verwachten op basis van het verleden. Er is dus een groei te zien van het aantal echo's. Dat heeft ook een kostenaspect.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dan blijft even de vraag of daarover is gecommuniceerd. Ik kan mij zo voorstellen dat als een toename van echo's wordt geconstateerd, er gekeken wordt hoe dat komt. Ik weet niet beter dan dat er in de verloskunde niet aan pretecho's wordt gedaan. Ik weet ook dat vanuit de politiek heel nadrukkelijk de oproep aan verloskundigen is gedaan, vanwege de toename van babysterfte, om beter te volgen en te screenen, ook later in de zwangerschap. Ik kan mij voorstellen dat verloskundigen die opdracht serieus nemen en zeggen: misschien is ook in het derde trimester een echo van belang. Dat is heel nadrukkelijk een opdracht die op hun bordje is gelegd.

Minister **Schippers**: De stand van zaken zie je altijd achteraf. Dan is het al gebeurd. Tijdens het proces zie je het niet. Dat is nu eenmaal zo in de zorg. Na een jaar zie je wat er in het voorafgaande jaar is gebeurd. Er is wel over gesproken. Ik zie dat er morgen ook een overleg is met verloskundigen. Er is vanuit het ministerie sowieso regelmatig contact met alle beroepsgroepen. Hier gaat het om een groei van zorgkosten die hoger is dan de raming die wij met zijn allen hebben gemaakt op basis van de vastgestelde tarieven en de verwachte groei in de zorg. Daarbovenop is een overschrijding geconstateerd. Wij halen niet de groei weg, wij halen alleen de overschrijding terug. Daar gaat het om. Al de sectoren groeien. Al die sectoren groeien ook volgend jaar en het jaar daarop. Er is alle jaren gewoon sprake van groei. Als wij de overschrijdingen niet terughalen, groeien deze sectoren veel harder dan wij met zijn allen wenselijk achten. Dat is de kern van het verhaal.

Maagzuurremmers zijn een medicijn dat al zo'n tien, twintig jaar opduikt in de discussies in politieke en andere kringen over wat aan het pakket moet gebeuren. Zou het eruit halen van maagzuurremmers niet een oplossing zijn? Je bent ongeveer € 10 per drie maanden kwijt aan maagzuurremmers. Het is dus geen heel duur medicijn. Het is een heel betaalbaar medicijn. Volgens de trechter van Dunning kan je zeggen: dit is voor eigen rekening en risico van de verzekerde. Dat is een belangrijk aspect bij de trechter van Dunning. Het is ook een middel dat heel vaak gebruikt wordt als sprake is van minder ernstige klachten, dus van een lage ziektelast. Wel is een uitzondering gemaakt voor patiënten die de middelen op voorschrift van de arts chronisch gebruiken. Chronisch is in dit geval langer dan zes maanden. Voor chronisch gebruik hebben wij de middelen in het pakket gelaten.

Hierbij is altijd sprake van een heel belangrijk dilemma, namelijk dat van gepast gebruik van zorg. Je kunt uit rationele overwegingen stellen dat chronisch gebruik vergoed moet worden. Als vervolgens elke arts op elk papiertje zet dat sprake is van chronisch gebruik, komt het heel anders uit dan het is geraamd. Dan weet je precies hoe het gaat, dan gaat het er een volgende keer volledig uit. Dat hebben wij gezien bij het vervoer. Wij hadden met zijn allen in de politiek bedacht dat als een kankerpatiënt na een zware chemokuur vervoer nodig heeft, en dat zelf niet kan regelen, die in aanmerking moet komen voor vervoer. Daarvoor hadden wij een briefje vervoer geregeld. Wat gebeurde vervolgens in de praktijk? Het briefje

werd aan iedereen uitgegeven, nodig of niet nodig. De kosten gingen door het plafond en dus zei de politiek: ja, dit kunnen wij niet betalen. Het is bovendien geen directe zorg, dus hoppa, het ging uit het pakket.

Wij hebben het ook gezien bij goedkope geneesmiddelen. Er is gezegd dat bij een moeilijke beslissing over het pakket de goedkope geneesmiddelen eruit kunnen. Die kunnen mensen immers voor eigen rekening nemen. Wat gebeurde er? Er werd massaal overgeschakeld naar dure geneesmiddelen, die een iets zwaardere werking hadden, maar die nog wel in het pakket vergoed werden. Daar zit mijn dilemma. Eigenlijk moet je naar het pakket kijken en bedenken wat er voor chronisch ziek in moet en wat mensen die niet chronisch ziek zijn best zelf kunnen betalen. Als wij ons daar niet allemaal aan houden – ik doel op ieder schakeltje in de keten – zijn dit soort methodieken onhoudbaar. Uiteindelijk, als het aan iedereen gegeven wordt, zal de reactie van de politiek zijn: als het niet helpt, gooien wij het er voor iedereen uit. Daartegen verzet ik mij toch. Ik zie dat een heleboel mensen heel sceptisch zijn over deze maatregel. Toch wil ik die nemen. Wij zullen volgend jaar kijken hoe die is uitgekapt. Ik wil de maatregel nemen. Ik vind het voor ieders verantwoordelijkheid dat, als wij zeggen dat het voor een groep bedoeld is, wij ons ook tot die groep moeten beperken. Als blijkt dat daarmee de hand wordt gelicht, zien wij dat terug in de cijfers. Dat betekent dat een pakketafweging steeds digitaler wordt: in het pakket of uit het pakket voor iedereen, chronisch ziek of niet.

Dan de dieetadvisering. Volgens de Zorgverzekeringswet heeft iemand recht op maximaal vier uur dieetadvies per jaar. Ook daarbij zien wij dat het besluit is genomen om het uit het verzekerde pakket te halen. Dat geldt niet als dieetadvisering onderdeel is van een multidisciplinaire behandeling. Als dieetadvisering onderdeel is van een keten, valt dat nu ook niet onder de genoemde vier per jaar. Dat is namelijk onderdeel van die behandeling. Dan blijft het gewoon zoals het is. Het blijft dan gewoon vergoed worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): U hebt net betoogd dat als bijvoorbeeld de uitgifte van maagzuurremmers voor chronisch gebruik leidt tot gebruik door iedereen, die uitgifte helemaal uit het pakket moet. Over dieetadvisering zegt de minister dat die wel behouden blijft als het multidisciplinair is of in een keten zit. De minister zegt dus dat iemand die dieetadvies nodig heeft, eerst diabetes moet zijn en in de ketenzorg terecht moet komen. Maar voorkomen vindt zij niet zo kostenefficiënt.

Minister **Schippers**: Nee, kijk, er is een onderscheid bij dieetadvisering tussen advisering over en begeleiding bij voeding en eetgewoonten en dieetadvisering. Die eerste categorie is meer algemene zorg. Die wordt algemeen gegeven door huisartsen, verloskundigen, medisch specialisten en iedereen die te maken krijgt met mensen die een risico hebben op een bepaalde ziekte die met een dieet te maken heeft, bijvoorbeeld diabetes. Die algemene advisering blijft zoals die is. Die wordt nu ook gegeven door de zorgaanbieders. De dieetadvisering gaat uit het pakket. Dat is de specialistische en veel individuelere dieetadvisering.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat het geen antwoord is op mijn vraag. Kijk, ik weet heel goed wat er uit het pakket gaat. Ik ben op zich heel erg blij met de vergoeding als sprake is van ketenzorg of van een multidisciplinaire behandeling. Dat is een stap in de goede richting. Wij kunnen ook door korte interventies en advies over eten voorkomen dat mensen diabetes worden, aan de medicijnen moeten of door vermagering in het ziekenhuis niet goed revalideren. Ik vroeg echter of de kosteneffectiviteit opweegt tegen de nadelen. Verschuift de minister nu van dieetadvisering naar het veel duurdere traject van de ketenzorg? Is dat niet een heel domme bezuiniging?

Minister **Schippers**: Nee, die algemene dieetadvisering is onderdeel van de reguliere zorg zoals die door huisartsen, verloskundigen en anderen gegeven wordt. Waar het specialistisch op een bepaalde ziekte gericht is, met multidisciplinaire zorg in één keten gefinancierd, is dieetadvisering een onderdeel. Die blijft ook in de vergoeding zitten.

Mevrouw Leijten had het over sociaaleconomische gezondheidsverschillen en dat er versterking moet komen op het gebied van preventie. Ik ben dat met haar eens. Dit kabinet versterkt de preventie ook. Dit kabinet geeft meer uit aan preventie dan het vorige kabinet. Dat is dus een intensivering. Alleen geven wij het wel aan andere dingen uit. Wij voeren een ander beleid. Wij voeren geen beleid waarin wij met massamediale campagnes proberen om mensen op andere gedachten te brengen. Wij hebben een beleid waarin wij meer vertellen en meer doen. Wij proberen veel meer sport in de buurt te organiseren om kinderen en volwassenen die er behoefte aan hebben aan het sporten te krijgen. Voor het bewegen op recept wordt een hele infrastructuur opgebouwd. Daar gaan miljoenen in. Daarmee gaan wij gewoon door, zodat er sportfaciliteiten zijn voor mensen met diabetes en mensen met hartfalen. Wij bouwen die infrastructuur via het NISW.

Dan kankerscreening. Dat ligt al een tijdje met een positief advies op de plank. Het zou ontzettend goed zijn als dat werd ingevoerd. Dat gebeurde niet, omdat het nogal duur is. Wij hebben besloten het wel in te voeren. Dat kost geld, maar levert ook geld op. Dat is namelijk zo met preventie. Jongeren benaderen via school, met de Gezonde School en allerlei projecten waarin jongeren wordt geleerd dat gezond eten ontzettend veel oplevert, dat roken ontzettend slecht is en wat alcohol doet. Dat zetten wij gewoon door. Wij gaan ook bekijken of de preventieverpleegkundigen of schoolverpleegkundigen effectief genoeg zijn en hoe het beter kan. Individueel advies, per jongere: waarom ben jij zo zwaar? Zit je veel achter de computer? Doe je wel aan sport? Weet je dat er veel te sporten is in de omgeving? Zal ik je inschrijven of een telefoonnummer geven? In dat soort zaken wordt geïnvesteerd. Klinisch en zakelijk bekeken, steken wij, onder de streep, meer in preventie dan het vorige kabinet. Wij doen het echter wel anders.

Dan het programma voor stoppen met roken. Veel woordvoerders hebben daarover een opmerking gemaakt. Niets is zo lucratief, zowel voor je eigen gezondheid, die van je omgeving en je eigen portemonnee, als stoppen met roken. Ik zie echt niet in waarom je buurman, die niet rookt, eraan mee moet betalen. Het spijt mij wel, maar ik zie het niet in. Ik zie ook niet in dat al mijn vrienden en kennissen, die ruim boven de twee ton zitten, op kosten van de zorgverzekeraar moeten stoppen met roken. Ik vind dat echt heel treurig. Als je stopt met roken, levert je dat heel veel geld op. Een pakje sigaretten kost meer dan € 5. Een pakje per dag, zeven pakjes per week: reken maar uit, daar word je hartstikke rijk van. Je wordt er ook veel gezonder van. Ik spreek uit ervaring. Ik kan het iedereen aanraden. Ik ben vier jaar geleden gestopt. Bij wat er in een basispakket zit, gaat het ook over dit soort afwegingen. Moeten wij dit met zijn allen financieren?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister zegt dat het heel veel oplevert. Dat is zeker zo. Dat deed het ook al voordat stoppen met roken in het pakket kwam. Toch lukt het al die mensen die verslaafd zijn aan roken niet om te stoppen. Het is natuurlijk vroeg, maar er zijn al heel positieve cijfers over de effecten van het stoppen met roken in het pakket. Ik vraag mij af, ook gezien de gezondheidsschade die het oplevert, wat te doen. De minister zegt zelf dat roken ontzettend slecht is. Dat weten wij allemaal. Het gaat niet alleen maar om de ferme wil van iemand om het af te kunnen leren. Ik vraag mij af waarom de minister er niet voor voelt om dit nog een jaar te proberen en dan te bekijken wat het oplevert.



Minister **Schippers**: Ik ben heel erg tegen de ontwikkeling om dit soort dingen, waarvoor nota bene financiën geen drempel vormen, collectief te bepalen. Hetzelfde probleem heb ik met bewegen. Niets is zo bepalend voor je gezondheid als gezond eten. Dat regelen wij toch ook niet via de Zorgverzekeringswet? Volwassenen hebben een eigen verantwoordelijkheid. Ik investeer veel in de kennisoverdracht naar jongeren: begin niet aan roken, het is slecht en je komt er een tijd niet vanaf. Begin er niet aan. Voor volwassenen ligt het anders, zeker omdat de kosten geen belemmeringen zijn. Het levert alleen maar geld op! Bij bewegen heb ik precies hetzelfde probleem. Veel Nederlanders zijn lid van een sportvereniging. Die betalen contributie en kopen gymschoenen. Waarom moeten wij dat via de Zorgverzekeringswet bekostigen? Wat ik wel wil bekostigen, is de infrastructuur. Als iemand het plan opvat om te bewegen, moeten er faciliteiten in de buurt zijn. Ik vind wel dat mensen het zelf moeten bekostigen. Dat doet de buurman namelijk ook.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik kom terug op de opmerking van de minister dat het raar is om te betalen voor het stoppen van roken van je buurman. Ik stel vast dat, als wij niet in staat zijn om mensen te helpen stoppen met roken, wij veel meer betalen aan kankerbehandelingen, bijvoorbeeld voor de buurman. Daarover hebben wij het. Het gaat om heel veel mensen die enorme gezondheidsschade lijden. De gehele maatschappij ondervindt er schade van. Daaraan wil ik wat doen.

Minister **Schippers**: Wij betalen inderdaad allerlei kosten voor allerlei mensen die deze misschien aan zichzelf te danken hebben. Als iemand met 160 km/u tegen een boom rijdt, peuteren wij hem ook van het asfalt en proberen wij hem op te lappen. Dan zeggen wij niet: u reed 160 km/u waar 80 km/u mag en dat is 80 km/u te veel. De hele Zorgverzekeringswet kijkt er niet naar of iemand zelf gezondheidsproblemen heeft veroorzaakt door gedrag bij eten of bewegen. Wij lappen iedereen zo veel mogelijk op. Ik vind wel dat juist bij stoppen met roken financiën geen drempel vormen. Ik zie dus niet in waarom wij dat moeten oplossen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Met alle respect, maar eerlijk gezegd vind ik de beantwoording van de minister op dit punt iets weg hebben van de borrelpraat tijdens een verjaardag. Wat betalen wij wel met zijn allen en wat betalen wij niet? Laten wij even teruggaan in de geschiedenis. Aan de keuze om stoppen met roken in het basispakket op te nemen, is heel veel onderzoek voorafgegaan. Daar heeft vorig jaar een degelijk pakket aan ten grondslag gelegen. Ik vind het nogal ver gaan dat de minister met dit type argumenten het advies van vorig jaar van tafel veegt en zegt: ik vind gewoon van niet. Punt.

Minister **Schippers**: De ChristenUnie en ik zijn het nooit eens geweest op dit onderwerp. Ik vrees ook dat wij het nooit eens gaan worden. Wij staan er gewoon anders in. De ChristenUnie zegt: als een onderzoek het uitwijst, moeten wij het doen. Ik weet echter een heleboel andere onderzoeken waarvan mevrouw Wiegman zegt: dat ga ik niet doen vanuit mijn christelijke visie op het leven. Ik maak een andere afweging dan deze onderzoekers bij bepaalde testen of zaken. Bij een pakket gaat het altijd om een politieke afweging waarom iets er wel of niet in zit. Ik wil dat ook zo houden. Ik wil niet dat het CVZ met adviezen bepalend is over incontinentiemateriaal en de anticonceptiepil. Het gaat altijd over een politieke afweging of wij het doen. Dat is nooit anders geweest.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb simpelweg gevraagd naar inhoudelijke argumenten op het niveau van de argumenten die indertijd door het CVZ zijn aangeleverd en op basis waarvan wij hebben gezegd het in het pakket op te nemen. Ik constateer

dat ik geen inhoudelijke argumenten kan verwachten van de minister, maar alleen argumenten als: ik vind nu eenmaal dingen zoals mevrouw Wiegman ook dingen vindt vanuit haar christelijke principes. Ik ben bang dat, als het op deze manier verdergaat, het deze middag heel lastig discussiëren wordt.

Minister **Schippers**: Ik verwijs dan naar de commissie-Dunning, die een afwegingstrechter heeft gemaakt, de trechter van Dunning. In die trechter is wat je voor eigen rekening en risico kan dragen een belangrijk aspect. Dit is iets waarvan ik vind dat mensen het voor eigen rekening en risico kunnen dragen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vind sprake van een verschil tussen mevrouw Wiegman, die op grond van christelijke argumenten een bepaald standpunt inneemt, en de minister, die zegt iets gewoon te vinden. Ik vind dat er echt sprake is van een verschil, ook al denken mevrouw Wiegman en ik over deze onderwerpen lang niet altijd hetzelfde. Ik vind hier echt sprake van een verschil. De minister sprak over de trechter van Dunning. Dat is interessant. Laten wij daar dan eens een keer een debat over voeren. Wij hebben de trechter. Kunnen wij niet proberen om samen tot een set van criteria te komen op basis waarvan besloten wordt wat er wel of niet in het pakket komt? Ik daag de minister uit om de trechter van Dunning te gebruiken en een echt debat te voeren over wat er in het pakket moet komen.

Minister **Schippers**: Wij voeren al dertig jaar discussie over wat er wel of niet in het pakket mag komen. De CVZ adviseert al jaren over de anticonceptiepil. GroenLinks denkt daar heel anders over. Die heeft nog geen half jaar geleden voor de rollator in het pakket gestemd. Ik bedoel, bij dit soort debatten kunnen wij elkaar op hoge toon aanspreken als een advies niet wordt gevolgd. Deze debatten zullen ook de komende twintig jaar gewoon doorgaan. Ik geef mijn argumenten. Mevrouw Voortman geeft haar argumenten om bepaalde adviezen van het CVZ niet op te volgen. Dat is mijn punt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het punt is nu juist dat de argumenten van de minister er niet zijn. Zij zegt: ik vind gewoon van niet. Dat is haar argumentatie. Dat is gewoon veel te gemakkelijk. Vervolgens komt de minister met een paar jibbakken. Ik vind het jammer dat wij het debat op dit niveau voeren.

Minister **Schippers**: Nee, ik heb wel mijn argumenten gegeven. Ik zie geen financiële drempel om te stoppen met roken. Die drempel hoeft dus niet weg te nemen. Daar gaat het mij om.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Mijn punt blijft dat de minister net ook de argumentatie hanteerde dat het eigenlijk heel rationeel is om te stoppen met roken want het bespaart je geld. Waarom zou je het niet doen? Blijkt niet uit de praktijk en uit studies dat de mensen met de hardnekkigste problemen juist door rationele prikkels onvoldoende overtuigd raken en dat kennelijk een zetje met de financiering hen wel helpt? De werkzaamheid is toch ook een argument van de trechter van Dunning? Is dat geen krachtig argument om hiermee voorzichtiger omgaan?

Minister **Schippers**: Ik denk dat dit opgaat bij een heleboel dingen die leefstijl betreffen. Overgewicht, alcoholgebruik, roken: daarbij is rationaliteit niet altijd aanwezig. Ik snoep ook weleens, maar ik zou het eigenlijk niet moeten doen. Misschien zou ik juist wat af moeten vallen. Op de een of andere manier doe je het toch. Dan is de rationaliteit weg. Je moet altijd besluiten nemen over waarin je investeert. Het besluit dat hieronder

ligt, is dat wij willen investeren in de doedingen in de omgeving van mensen. Wij zeggen niet: u moet afvallen. Wel willen wij dat combifunctionarissen, in samenwerking met sportclub, school en gemeente kinderen na schooltijd laten sporten. U zult zeggen: wat heeft dat met roken te maken? Een ongezonde leefstijl: overgewicht, roken, alcohol. Dat hoort bij ongezond leefgedrag. Wij proberen door dit soort initiatieven kinderen op jonge leeftijd aan te leren om gezond te leven. Met voorlichting op scholen, zowel classicaal als individueel, hopen wij veel positievere effecten te bereiken over de volle breedte.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Als dat de redenering is die de minister hanteert? Zij noemde zelf het voorbeeld van anticonceptiemiddelen. Volgt uit haar eigen redenering niet dat zij daarin ook de CVZ volgt? Dat hoort toch ook niet in het pakket? Moeten wij dat blijven financieren vanuit de collectieve middelen voor mensen met hoge inkomens?

Minister **Schippers**: Wij doen het in de Zorgverzekeringswet niet inkomensafhankelijk. Een laag inkomen of een hoog inkomen: je betaalt dezelfde premie en je haalt er iets uit als je iets nodig hebt of als je ziek bent. Er zitten een heleboel waardevolle dingen in het CVZ-advies. Ik heb al gezegd dat wij het zeker zullen betrekken bij de enorme operatie die wij te gaan hebben over lageziektelastmaatregelen. Ik kom daarover maart 2012 bij de Kamer. Dat is een enorme operatie. Er zitten allerlei waardevolle dingen in het CVZ-advies. Die schrijf ik niet af. Ik hoop er wel een politieke meerderheid voor te krijgen. Dat is natuurlijk de vraag. Wat mij betreft had de rollator er ook uit gemogen. Ik heb dat voorstel ook nooit teruggetrokken als minister. Je moet wel ergens een politieke meerderheid voor vinden.

Mevrouw Leijten en mevrouw Gerbrands vragen naar de kankerbehandeling in Duitsland. Daarover heb ik Kamervragen beantwoord. Ik weet niet of de Kamer de antwoorden al binnen heeft. Ik heb die vragen al beantwoord.

De **voorzitter**: Wacht even, de microfoon doet het niet meer. Oh, hij doet het weer.

Minister **Schippers**: Ik heb net schriftelijke vragen beantwoord dat volgens het CVZ de behandeling bij een bepaalde aandoening, die therapeutische meerwaarde heeft, in het pakket valt. Bij een andere toepassing, onder andere in Duitsland, heeft die geen therapeutische meerwaarde en adviseert het CVZ om het niet in het pakket op te nemen. Dat soort adviezen neem ik zeer serieus. Wij volgen die in het algemeen ook. Vandaar dat het voor bepaalde behandelingen niet wordt vergoed. Dan de voorhang over de ex-postrisicoverevening. De voorhang die nu bij de Kamer ligt, regelt het afschaffen van de macronacalculatie 2012. Wat mij betreft staat die niet ter discussie. De maatregel is overigens al door Klink genomen en is al eerder in het parlement aan de orde geweest. Een ander element is de afbouw van de andere mechanismen in deze kabinetsperiode, namelijk de bandbreedte en de nacalculatie van de ziekenhuizen. De maatvoering daarvan vindt plaats aan de hand van de onderzoeken die deze zomer plaatsvinden. Die onderzoeken komen in september naar de Kamer. Op basis daarvan wordt er een besluit genomen, wat weer hier wordt behandeld. Het langerlopende onderzoek moet nog in gang gezet worden. Die opzet wordt in september aan de Kamer voorgelegd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Is het niet verstandig om in september, als wij wat meer inzicht hebben, deze zaak aan de orde te hebben?

Minister **Schippers**: Dat is ook de bedoeling. In de zomer doen wij de onderzoeken. In de septemberbrief komt een en ander ter besluitvorming naar de Kamer toe.

De **voorzitter**: U hoort de bel rinkelen. Ik schors enkele momenten voor de stemmingen in de plenaire zaal. Daarna gaan wij direct verder omwille van de tijd.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Smilde vraagt of het niet zinvol is om in het kader van stringent pakketbeheer automatische in- en uitstroomprocedures te hebben. Dat is de kern van het stringente pakketbeheer zoals bedoeld in het regeer- en gedoogakkoord. Wij hebben daarover op 7 maart het CVZ om een uitvoeringstoets gevraagd. Die komt in het najaar.

Niet alleen het CDA, maar ook de VVD en de SGP vragen naar gepast gebruik. Gepast gebruik is prioriteit nr. 1, zeker zolang je ziet dat het ene ziekenhuis veel sneller een hernia opereert dan een ander ziekenhuis of dat het ene ziekenhuis veel meer dure medicijnen voorschrijft dan het andere ziekenhuis. Het heeft topprioriteit om dat terug te dringen. Wij richten een kwaliteitsinstituut op, dat hierin een belangrijke rol heeft. De allerbelangrijkste rol ligt bij de partijen zelf. Ik vind dat een dokter zich aan richtlijnen moet houden tenzij hij medische redenen heeft om daarvan af te wijken. De arts moet serieus kijken of het zinnig, nodig of zuinig is. De patiënt moet ook minder eisen. Ik hoor vaak dat zorgaanbieders en artsen zeggen dat patiënten heel veel eisen, ook al heeft iets weinig nut of is het helemaal niet opportuun. De zorgaanbieder moet spiegelinformatie voorhouden en aan een arts vragen hoe het kan dat die zoveel hersteloperaties doet. Doet die zijn operaties zo slecht? Andere ziekenhuizen doen bij dit soort operaties misschien veel minder hersteloperaties. Dit is een proces dat gaat over de goede kwaliteit van zorg. Niet meer doen dan nodig, maar ook niet minder. Ik ben in overleg met zorgverzekeraars en ziekenhuizen om afspraken te maken over een beheerste volumegroei. Van die besprekingen maakt dit punt een groot onderdeel uit. Eergisteren heb ik een convenant aangeboden gekregen over dit onderwerp. Ik noem ZonMw en DBC Onderhoud. Die gaan gewoon aan de slag. Die hebben een schat aan gegevens waar je hele interessante analyses uit kunt halen. Ik noem ook CVZ en de patiëntenorganisatie NPCF. Er waren allerlei organisaties bij betrokken. Die zijn ook gewoon van start gegaan. Die hebben verschillende ziektebeelden uitgekozen. Ik denk dat wij een gemeenschappelijke urgentie en opdracht moeten zien om dit van de grond te tillen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb daar een vraag over. Ik ben het daarmee erg eens. Het is goed dat het opgepakt wordt. Het moet echter ook systematisch bekeken worden dat iedereen zich er ook aan houdt. Constateren is een ding. Het heel consequent toepassen is wat anders. Daarom vraag ik wie het bewaakt. Is dat het kwaliteitsinstituut? Komen er benchmarks? Het moet gewoon op een systematische manier geadresseerd worden.

Minister **Schippers**: Dat is waar. Hier hebben verschillende partijen een eigen rol in. Ik noem de zorgverzekeraar die bijvoorbeeld met spiegelinformatie een zorgaanbieder kan wijzen op hoeveel hersteloperaties er plaatsvinden of hoe snel hernia's geopereerd worden et cetera. Het kwaliteitsinstituut heeft hierin natuurlijk ook een heel belangrijke rol. Ik vind dat de patiënt ook een belangrijke rol heeft. Ik heb dat net al gezegd. Ik vind het een gemeenschappelijke opdracht. Door onderzoek kunnen wij ook zien of die succesvol uitgevoerd wordt en of er een tandje bij moet. Wij onderzoeken dat natuurlijk ook.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik ben daar erg nieuwsgierig naar. Wij moeten de vinger aan de pols houden. Je zou haast zeggen dat wij zo gratis de goede zorg kunnen toepassen en gratis kunnen voorkomen dat te veel zorg wordt gegeven of zorg die niet nodig is.

Minister **Schippers**: Je voorkomt ermee dat je veel drastischer maatregelen moet nemen. Als zorg die voor een bepaalde groep bedoeld is ook aan anderen gegeven wordt, is dat niet goed voor de kwaliteit van zorg aan die anderen. Het is echter ook kostbaar. Hersteloperaties zijn ook kostbaar.

Mevrouw Smilde vroeg in haar inbreng naar de voorwaardelijke toelating. Zij vraagt hoe lang de pilot duurt en wanneer die geëvalueerd wordt. De pilot gaat maximaal vier jaar duren. Tussentijds wordt bekeken hoe het ermee staat. In 2012 gaan wij aan de hand van de dan opgedane ervaringen bekijken hoe wij in 2013 door kunnen. Tussentijds zullen wij steeds de thermometer gebruiken. Punt is natuurlijk dat het pakket enorm onder druk staat. Ik moet nu ook maatregelen nemen die ik liever niet had genomen. Ik neem ze, omdat er een noodzaak toe bestaat. Je kunt zeggen, moet je dan wel aan voorwaardelijke toelating doen? Is dat wel slim als het pakket onder druk staat? Ik vind dat wij het moeten doen. Ik denk echt dat het een veel betere manier van toelating is. Het betekent wel dat wij voorzichtig van start moeten gaan. Ik kan dus niet zo voortvarend van start gaan als ik had gewild. Ik doel op een veel bredere toelating.

Er is ook gevraagd waarom ik andere zaken die het CVZ aanraadt niet bij de toelating betrokken heb. De reden is vooral een budgettaire. Ik heb er de meest veelbelovende toelatingen uit gehaald en ben daarmee begonnen. Andere toelatingen volgen als er meer budget is.

Er worden dure geneesmiddelen onder de toelatingsregeling gebracht. De beleidsregel over dure geneesmiddelen verdwijnt. Per geneesmiddel vindt wel nog steeds een toets plaats van de kosteneffectiviteit en de therapeutische meerwaarde. Afhankelijk van of geneesmiddelen direct of tijdelijk worden toegelaten, gelden tijdens de tijdelijke toelating allerlei voorwaarden. Bij een tijdelijke toelating moet voor een geneesmiddel bewezen worden dat recht op toelating bestaat in de zin van een meerwaarde ten opzichte van geneesmiddelen die al in het pakket zitten. De CDA-fractie vraagt mij een voortvarende aanpak in te zetten bij de uitvoeringstoets voor het stringent pakketbeheer en de lageziektelastbepaling. Dat zeg ik graag toe. Dit is een belangrijk onderdeel van het regeer- en gedoogakkoord. Het CVZ zal dit najaar de uitvoeringstoets stringent pakketbeheer uitbrengen. Rond de jaarwisseling wordt de uitvoeringstoets lage ziektelast uitgebracht. Zo spoedig mogelijk na het uitbrengen van deze twee adviezen zal ik mijn standpunt aan de Kamer sturen. Op het punt van de lage ziektelast heb ik bij de begrotingsbehandeling 2011 in reactie op de motie-Van der Veen toegezegd voor 1 maart 2012 een voorstel te presenteren voor uitvoering van de aanpassing van het pakket op basis van de lage ziektelast.

Mevrouw Smilde vraagt naar het onderzoek van de NZa naar acceptatieplicht en de ontduiking daarvan. De NZa heeft geen onderzoek verricht omdat vooralsnog niet gebleken is dat sprake is van schending van de acceptatieplicht. Sommige zorgverzekeraars leken zich niet te houden aan de acceptatieplicht omdat zij aspirant-verzekerden met een betalingsachterstand bij hun huidige verzekeraar weigerden of de aspirant-verzekerden een brief stuurden met het dringende verzoek hun inschrijving te heroverwegen. In artikel 8a van de Zorgverzekeringswet is echter geregeld dat een verzekerde met een betalingsachterstand de zorgverzekering niet kan opzeggen. Die kunnen helemaal niet overstappen. Daarnaast is sinds 15 maart 2011 een artikel in werking getreden dat een verzekeraar niet verplicht is, een verzekering af te sluiten met een verzekeringsplichtige die al verzekerd is. Deze artikelen voorkomen dat verzekerden met een

betalingsachterstand zich dubbel verzekeren en zo een dubbele premie kwijt zijn.

Een aantal verzekeraars leeft de acceptatieplicht niet na door het hanteren van afwijkende procedures voor mensen met een betalingsachterstand. De vraag is of ook problemen bekend zijn van koppelverkoop. Naast de gevallen in verband met betalingsachterstand heeft de NZa twee zorgverzekeraars aangesproken die in hun informatieverstrekking de acceptatieplicht niet leken na te komen. Beide verzekeraars presenteerden hun polis zodanig op de website dat deze niet toegankelijk leek voor alle potentiële verzekerden. Op verzoek van de NZa heeft een zorgverzekeraar de website aangepast. De andere had dat zelf al gedaan.

Mevrouw Smilde vraagt naar de koppelverkoop. De NZa heeft in 2009 een analyse verricht naar de mogelijke bedreigingen van de keuzevrijheid voor verzekerden via de koppeling van basis- en aanvullende verzekering. De conclusies van die analyse zijn destijds naar de Kamer gestuurd. De NZa concludeerde dat het risico van een werkelijk negatief effect van gekoppelde verkoop op de keuzevrijheid als «klein» is in te schatten. De reden hiervoor is dat het weigeren van een aanvullende verzekering nauwelijks plaatsvindt. Wel is de richtsnoer voor informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aangepast, waarbij de NZa erop let dat zorgverzekeraars maximaal duidelijk zijn over de consequenties als de verzekerden geen basis-, maar wel een aanvullende verzekering willen afsluiten. De NZa rapporteert in haar rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet 2009 niet over problemen door koppelverkoop. Er waren geen indicaties voor risicoselectie. Ook de richtsnoer voor informatieverstrekking wordt op dit punt door de verzekeraars goed nageleefd.

Of de NZa onderzoek doet naar toestemmingsprocedures? Dat is het geval. De NZa is momenteel bezig met een follow-up van het onderzoek naar de zorgplicht. Hierin worden aspecten meegenomen als toestemmingsprocedures, recht op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling. De NZa verwacht de resultaten van dit onderzoek in de tweede helft van 2011 te publiceren.

De fracties van CDA en andere partijen geven aan dat er nog klachten binnenkomen met name over de willekeurige toekenning van compensatie, soms op aandoening, soms op medicijngebruik. Het eindrapport van ECORYS over de evaluatie van het verplicht eigen risico laat zien dat de uitvoering van de compensatieregeling goed verloopt. De criteria van medicijngebruik en aandoening zijn bovendien expliciet opgenomen bij de regeling en hebben tot meer transparantie geleid. Het aantal aanvragen voor bezwaar- en beroepsprocedures is aanzienlijk verminderd. Mevrouw Smilde vraagt of ik van plan ben om de verschillende compensatieregelingen, zoals de Wtgc en de Cer, te integreren. Ik heb al eerder in een debat toegezegd, op 19 april, dat ik mijn visie over aanpassing na de zomer naar de Kamer zal sturen. Dan zal niet alleen worden bekeken welke criteria van de taskforce van de heer Linschoten van toepassing zijn op de Wtgc en hoe die in de compensatieregeling doorgevoerd worden. Ook zal ik kijken naar een integratie van beide regelingen en de voor- en nadelen daarvan.

De CDA-fractie zegt dat het flankerend beleid nog niet is geregeld en vraagt wanneer de structurele oplossing komt waarbij zowel zorgverzekeraar, de DNB als toezichthouder en de overheid duidelijk wordt hoe omgegaan wordt met de financiële risico's bij catastrofes. In de wijziging van het besluit worden twee van de drie onderdelen van het flankerend beleid vastgelegd. Ten eerste wordt het gelijk speelveld in stand gehouden. Ten tweede is geregeld hoe omgegaan wordt met pakketbeslissingen die na de premievaststelling worden genomen. Ten derde is er de catastrofereregeling, die van belang is vanwege de nieuwe Europese solvabiliteitsregeling die per 2014 geldt. Nu is in de Zorgverzekeringswet bepaald dat ingeval van een catastrofe de overheid kan compenseren. Ik ben voornemens om dit artikel zodanig aan te passen dat er voor de

overheid een verplichting bestaat om in deze situaties de zorgverzekeraars te compenseren. Dat betekent dat de kanbepaling omgezet wordt in een zalbepaling.

De CDA-fractie en andere fracties vragen of er voldoende prikkels in de wanbetalingsregeling zitten om de premies te innen voordat het bestuursrechtelijk traject in beeld komt. In artikel 34a van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat de zorgverzekeraar voordat die tot melding overgaat, en om in aanmerking te komen voor compenserende wanbetalingsbijdragen, voldoende inspanningen tot inningen van de premie moet hebben geregeld. Als de zorgverzekeraar niet eerst zelf geprobeerd heeft om de premie binnen te halen en de stappen van tweedemaandsbrief, vierdemaandsbrief en betalingsregeling aanbieden niet heeft uitgevoerd, mag die niet aanmelden en krijgt die dus geen compensatie. De wijze waarop verzekeraars dit doen is onderdeel van het evaluatieonderzoek van de praktijk van de wanbetalersregeling.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik was al een beetje verbaasd. Ik dacht, goh, waar blijft de reactie op de vraag of het ministerie alleen nog maar naar spindoctors luistert. Ik doel op het verhaal dat het eigen risico honderden miljoenen bespaart. De minister reageert daar niet op. Ik wil een gedegen antwoord. Waarom heeft de minister dit spinnersbericht uitgebracht, wat niet juist is en is gebaseerd op een rapport waarin staat dat het niet-wetenschappelijk is?

Minister **Schippers**: Wij hebben een persbericht uitgebracht bij het ECORYS-rapport. Daarbij is naar eer en geweten samengevat wat in het rapport staat.

Mevrouw **Leijten** (SP): Als dit het eer en geweten van het ministerie is, dan weten wij wat ons de komende tijd te doen staat. In het rapport staat letterlijk dat de totale zorgkosten onverantwoord blijven. Het persbericht schreeuwt echter dat er honderden miljoenen bespaard worden. In het persbericht staat letterlijk dat de gezondheidseffecten niet in gevaar komen, terwijl in het rapport staat dat eenvoudigweg niet vastgesteld kan worden of er gezondheidseffecten zijn. Is dit het ministerie van Volksgezondheid of het ministerie van Propaganda?

Minister **Schippers**: Blijkbaar kun je uit eenzelfde rapport verschillende conclusies trekken. Dat haal ik in ieder geval uit de verantwoording van mevrouw Leijten. Ik heb het rapport niet voorhanden. Ik kan dus niet op basis van bladzijden of alinea's de discussie aangaan. Het rapport beoordeelt het ingevoerde eigen risico vrij positief. Zo heb ik het althans gelezen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mag ik nog antwoord op de vraag of wij te maken hebben met het ministerie van Volksgezondheid of het ministerie van Propaganda?

De **voorzitter**: Nee, mevrouw Leijten, u hebt twee keer mogen interrumperen.

Minister **Schippers**: Meerdere partijen hebben mij gevraagd naar het casemanagement dementie. VWS heeft al een aantal jaren de ontwikkeling van casemanagement gestimuleerd, onder andere door het landelijk dementieprogramma. In maart heeft het CVZ een standpunt casemanagement opgesteld. Het CVZ beoordeelt in dit stuk of casemanagement onder Zorgverzekeringswet, AWBZ of Wmo valt. Het CVZ concludeert dat het onder de Zorgverzekeringswet valt. In de contracteer ruimte is in 2011 specifiek voor dementie 10 mln. gereserveerd. De AWBZ-beleidsregel over ketenzorg dementie wordt met een jaar verlengd

tot 1 januari 2014. In 2012 blijft het dus mogelijk om via deze beleidsregel casemanagers die gericht zijn op dementerende cliënten te betalen. Ik ben momenteel, samen met de staatssecretaris, bezig met een reactie op het standpunt van het CVZ. Er lopen al veel projecten die daarvoor belangrijke input leveren. Er is enkele jaren ervaring opgedaan in de regio's met ketenzorg dementie. Er wordt gewerkt aan een zorgstandaard dementie. Er loopt ook een onderzoek naar de effectiviteit van casemanagement. Ik zal, samen met de staatssecretaris, de Kamer naar verwachting dit najaar hierover informeren.

Mevrouw Wiegman vraagt wat ik vind van het alternatieve voorstel van de KNGF om alleen de eerste tien behandelingen uit het basispakket te betalen in plaats van de eerste twintig voor eigen rekening te nemen en vervolgens betaling uit het basispakket te laten plaatsvinden. Ik vind het een interessant alternatief. Ieder alternatief heeft zijn voor- en nadelen. De voordelen van dit voorstel zijn de houdbaarheid van de maatregelen voor het budgettaire kader voor de zorg. Je weet namelijk precies waar je aan toe bent. Je kunt het vrij goed uitrekenen. De maatregel doet recht aan de bewezen effectiviteit van kortdurende fysiotherapeutische interventies. De nadelen zijn er ook. Ik kan die nu niet zo snel overzien. Ik denk echter aan de gevolgen voor de uitvoering van de Wtgc en de gevolgen voor patiënten die nu dagelijks therapie krijgen, bijvoorbeeld meervoudig gehandicapte kinderen en andere mensen die heel veel fysiotherapie krijgen. In ons voorstel gaat het om de eerste twintig behandelingen. Bij het andere voorstel ligt het risico niet meer bij de overheid, maar bij de patiënt. Dat heeft voor- en nadelen. Ik wil heel serieus overwegen het alternatieve voorstel niet volgend jaar, maar het jaar daarop in te voeren. Ik zal dan naar de Kamer komen met eventuele voorstellen.

Het CVZ heeft geadviseerd over voorwaardelijke toelating van het cochleaire implantaat. Ik heb net al in zijn algemeenheid gezegd dat er een vrij grote druk op het pakket staat. Ondanks die druk vind ik de voorwaardelijke toelating zo'n interessante manier dat ik wil beginnen met de meest veelbelovende. Daarmee ben ik ook begonnen. Er zijn er nog een heleboel andere. Die heb ik niet direct kunnen meenemen als gevolg van budgettaire overwegingen.

Wat kost toelating jaarlijks als het gaat om kinderen? Die kost 3,5 mln. Er is wel een inhaalvraag van 50 mln. De 1100 kinderen die er nu voor in aanmerking willen komen, zouden daar dan in een jaar een beroep op doen.

Mevrouw Dijkstra vraagt wat ik verwacht van het SER-advies. Ik denk dat de maatregelen die wij nu nemen heel erg nodig zijn om de doelmatigheid maximaal te vergroten, zodat je voor iedere euro aan premie maximale zorg krijgt. Bij ieder verkiezingsprogramma heeft het CPB voor de partijen gepresenteerd hoe de kosten van de gezondheidszorg zich op lange termijn ontwikkelen. Het laat zien hoe die oplopen en wat voor problemen dat kan opleveren. Een van de leden zei vandaag dat het vergelijkbaar is met het AOW-probleem en dat het misschien zelfs nog groter is. Ik verwacht helemaal niet dat er allerlei dingen uit de hoge hoed getoverd zullen worden. Regeren is echter vooruitzien, niet zes of zeven jaar, maar een veel langere periode. In overleg met de Kamer heb ik dan ook aan het CPB gevraagd om een viertal scenario's uit te werken. Dat doet het CPB. Ik heb aan de SER gevraagd, waarin kroonleden, werkgevers en werknemers zitten, zich ook over het probleem van de langdurige houdbaarheid van de financiën van de gezondheidszorg te buigen. Het is ook belangrijk dat wij er een probleem van ons allen van maken. Dit is een maatschappelijk probleem en ik zoek maatschappelijk draagvlak voor oplossingen. Ik vind het ook belangrijk dat iedereen in Nederland dit probleem ziet en er over meedenkt. Ik vind het nu veel te veel een probleem voor in de torens van de beleidsmakers en de ministeries. Het is niet iets dat breed verspreid is. Ik wil dat dit verandert en dat wij erover nadenken. Ik heb in het advies wel een richting aange-



geven. Wij doen een aantal grote uitgaven in ons leven. Soms spaar je voor iets. Soms doe je een beroep op iets. Moeten wij dat niet meer met elkaar in verbinding brengen? Zijn daarvoor geen nieuwe oplossingen te bedenken? Dat heb ik aan de SER gevraagd. Ik heb gezegd dat zij er de tijd voor moeten nemen. Er moet goed over nagedacht worden. Ik hoop dat het iets oplevert voor de periode hierna en dat er ideeën uit voortkomen waarmee wij ons voordeel kunnen doen. Dat verwacht ik ervan.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb het ook vooral gevraagd omdat ik mij het volgende afvraag. De VVD wil een aantal onderdelen van haar verkiezingsprogramma realiseren. Het gaat om een bezuiniging van 3,25 mld. Effectief wordt dat nu veel minder. Het wordt 1,5 mld. Is het niet veel beter om een aantal maatregelen van het VVD-verkiezingsprogramma uit te voeren, opdat die bezuiniging op de korte termijn gerealiseerd zal worden?

Minister **Schippers**: Ik zie de heer Mulders zijn duim opsteken. Die ziet natuurlijk heel graag dat het verkiezingsprogramma van de VVD integraal wordt uitgevoerd. In Nederland werken wij echter altijd met coalities. Dan kom je tot consensus over een bepaald beleid. Dat beleid is in dit geval een intensief hervormingsbeleid in de gezondheidszorg om die veel meer prestatiegevoelig te maken, veel meer doelmatig en van een hogere kwaliteit. Dat is een intensief traject. Daarna is er ook nog een wereld vol problemen en een toekomst. Ik wil dat wij niet alleen nadenken over de korte termijn, maar ook over de lange termijn, zeker bij zoiets belangrijks als gezondheidszorg. Iedereen vindt gezondheid het allerbelangrijkste voor zijn persoon en zijn familie. Dit is een belangrijk onderwerp om over na te denken en te bekijken hoe wij het met zijn allen in stand kunnen houden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Nog eventjes ter verificatie. Een belangrijk onderdeel van ook onze plannen om de zorg houdbaar te houden en de kosten van de zorg te drukken is het zorgsparen. Begrijp ik goed dat de minister de SER vraagt om ook daar onderzoek naar te doen?

Minister **Schippers**: De SER zal het zeker meenemen. Ik vind zorgsparen voor- en nadelen hebben. In de overgang van een omslagstelsel naar een kapitaaldekkingstelsel is er immers altijd een generatie die dubbel betaalt. Wie is die generatie? Er zijn altijd voordelen en nadelen. Ik vind dat alles onderzocht moet worden. CPB en SER moeten met voorstellen komen waarover enige consensus en enig maatschappelijk draagvlak bestaat. Dat zou heel prettig zijn.

Het volgende onderwerp van mevrouw Dijkstra zijn de eigen betalingen. Ik voel persoonlijk veel voor eigen betalingen. Ik kan de Kamer echter vertellen dat het maatschappelijk draagvlak voor eigen betalingen heel klein is. Uit ieder onderzoek blijkt weer dat dit draagvlak in Nederland heel klein is. Nederland kent relatief gezien heel weinig eigen betalingen, zeker tegen de achtergrond van bijna alle ons omringende landen. De mensen vinden dat de eigen betalingen in Nederland al heel behoorlijk zijn. Een systeem van eigen betalingen op basis van eigen inkomen ziet er op het eerste gezicht zeker heel sympathiek uit. Het heeft echter heel grote nadelen. De administratieve lasten zijn behoorlijk hoog. Ook is sprake van een plafond op basis van het inkomen. Dat inkomen moet dus bekend zijn. De vraag is aan wie dat inkomen bekend moet zijn. Is dat de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar? Wie gaat dit uitvoeren? Bij verandering van inkomen verandert bovendien de hoogte van de eigen betaling. Verandert die echter per kalenderjaar of gedurende het jaar? Ik heb het zelf ook laten uitzoeken. Ik heb daarover ik weet niet hoeveel bladzijden binnengekregen. Ik kan het ook aan de Kamer sturen, als de leden daarin geïnteresseerd zijn. Aan een systeem van eigen betalingen op basis van eigen

inkomen zitten echt keerzijden. Die maken dat wij ons moeten afvragen of het wel zo'n goed systeem is vanuit het oogpunt van bijvoorbeeld privacy. Ik sta dus nog niet op de bank, zal ik maar zeggen.

Mevrouw Voortman had het over de stapeling van maatregelen. Traditioneel wordt aan het eind van de zomer opgeteld wat de verschillende departementen in financieel opzicht hebben gedaan. Dat is een integraal pakket. Dan worden de koopkrachtplaatjes uitgerekend en wordt bekeken waar gecompenseerd moet worden. Die plaatjes en die onderdelen komen allemaal naar de Kamer. Daarover vindt vervolgens een debat plaats.

Mevrouw Voortman vraagt of ik het pakket wil laten doorrekenen op effecten alvorens die door te voeren. De budgetimpactramingen van pakketkeuzes zijn echt een onontgonnen terrein. Ik wil daarvoor wel meer aandacht hebben. Ik kan er nog niet zoveel mee op de korte termijn. Het is nog te onontwikkeld, zeker als het gaat om preventie. Dat is heel moeilijk om te berekenen. Wat reken je mee en wat reken je niet mee? Ik vind het wel iets dat belangrijk is om verder te ontwikkelen en om meer op in te zetten.

De heer Van der Staaij vraagt of de anticonceptiepil niet uit het pakket moet. De CVZ heeft daarvan inderdaad gezegd dat die voor vrouwen onder de 21 jaar best uit het pakket zou kunnen. Voor die maatregel hebben wij nu niet gekozen. Wij hebben echter nog een heel traject te gaan ten aanzien van lage ziektebelasting. In het kader daarvan wil ik alle adviezen die er zijn, ook die van het CVZ, betrekken. Wij zullen afwegingen maken en daarmee naar de Kamer komen.

De heer Mulder vraagt waarom ik het eigen risico niet heb verhoogd en waarom ik het bezoek aan de huisarts niet onder het eigen risico heb gebracht. Op mijn departement zitten heel veel mensen die heel erg hard werken om allerlei dingen voor elkaar te krijgen. Mijn voorstellen moeten echter wel enig draagvlak in de Kamer hebben. Dat zou wel aardig zijn. Ik weet gewoon dat de voorstellen van de heer Mulder weinig draagvlak in de Kamer hebben. Ikzelf vind daar van alles van. Dat is nu niet zo relevant. Ik wil bij voorstellen die ik doe echter wel enige indicatie hebben dat het ook beleid zou kunnen worden.

Aan veel van de zaken waarvan de heer Van der Veen zegt dat wij er iets aan moeten doen, wordt ook heel hard gewerkt. Hij vraagt om maximering van het norminkomen van medisch specialisten. Ik heb nog niet zo lang geleden een convenant ondertekend met specialisten en ziekenhuizen over een zeer sterke matiging van de inkomens van specialisten. Dat was ook hard nodig. Er waren specialisten die door de manier van berekening veel te veel verdienden. Het blijven immers wel premiegelden. Wij hebben een heel andere systematiek afgesproken, waarbij je ook tussen specialismen een veel evenwichtiger beeld krijgt en de inkomens sterker gedrukt worden. Ik heb dat al aan de Kamer gestuurd.

De heer Van der Veen vraagt of de spoedeisende hulp in bepaalde gebieden niet een stukje minder kan. Dat kan in bepaalde gebieden zeker. Ik denk ook zeker dat door de maatregelen die wij bij de zorgverzekeraars in de nacalculatie nemen de motivatie om veel selectiever in te kopen en bij het inkoopbeleid zaken als gepast gebruik mee te nemen zal toenemen. Dat betekent een omslag.

De inkomensafhankelijke premie en de nominale premie blijven altijd min of meer in evenwicht ten opzichte van elkaar. Bij een verhoging of bij een verlaging, wat overigens nauwelijks voorkomt, stijgen of zakken die in dezelfde verhouding ten opzichte van elkaar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister vindt mijn voorstellen sympathiek. Die waren ook bedoeld als dekking van een aantal zaken in het basispakket. Graag daarop een reactie. Ik heb ook de rol van zorgverzekeraars aangekaart bij het beheersen van de kosten. Ik heb verwezen

naar het artikel in De Telegraaf. Ik vraag het zo nadrukkelijk omdat de minister zegt dat een pakket haast digitaal samengesteld moet worden, erin of eruit. Bij meer nuancering lukt het niet. Daarbij kunnen de zorgverzekeraars een grote rol spelen. Graag een reactie daarop.

Minister **Schippers**: Dat ben ik met u eens. Vandaar dat ik het ook nog niet digitaal doe. De zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het gepast gebruik, net als aanbieders en patiënten. Die gemeenschappelijke rol moet door iedereen worden opgepakt. Wij moeten met zijn allen ervoor zorgen, ook het kwaliteitsinstituut, dat gebruik van gepaste zorg minder vrijblijvend wordt. Bij zorgverzekeraars is het natuurlijk van groot belang dat bij goed inkopen en goed zuinig en zinnig zorggebruik een voordeel ontstaat dat niet verevend worden achter de achterdeur. De maatregelen die wij nemen of zullen nemen, zullen daarbij een grote rol spelen.

Bij de door de heer Van der Veen opgesomde maatregelen is het niet of/of, maar helaas en/en. Het is niet zo dat wij het ons kunnen veroorloven om op de huidige voet door te gaan. Het is onwenselijk, ook vanuit het oogpunt van kwaliteit, dat iedereen alles in het ziekenhuis blijft doen. Zeker als evidente gezondheidswinst geboekt kan worden, met als neveneffect financiële winst, moeten wij daarvoor kiezen. Het is een win-winsituatie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Die bedragen die ik noemde zijn «goedgekeurd» door het CPB. De vraag is of die niet aangewend kunnen worden. Dat was mijn stelling. De vraag over de zorgverzekeraars is gesteld naar aanleiding van een artikel in De Telegraaf waaruit blijkt dat die hun werk niet doen. Het verhaal van de minister klopt theoretisch gezien. Wij hebben echter al vaker over de rol van de zorgverzekeraars gesproken. Die spelen niet de rol die zij moeten spelen juist om de prijzen laag te houden. Ik wil een concreet antwoord van de minister en ik wil niet van haar horen hoe het in theorie zou moeten gaan.

Minister **Schippers**: Dit debat voeren wij inderdaad met enige regelmaat. De heer Van der Veen kent mijn standpunt. Ik vind dat wij in 2006 een systeem in de samenleving hebben gezet dat wij niet hebben afgemaakt. Dat geldt met name voor de zorgverzekeraars en het ex postmechanisme waarin de goede zorgverzekeraars voor de slechte zorgverzekeraars betalen. Dat stimuleert niet tot het inhuren van goede zorginkopers en tot het «strak zitten» op het geven van spiegelinformatie aan ziekenhuizen en specialisten. Die moeten verteld worden hoe zij het doen en wat er beter kan. Die rol versterken wij juist met de genomen maatregelen. Wij moeten eerst die maatregelen nemen en vervolgens kijken of zij hun taak hebben opgepakt of dat zij die laten liggen.

De VVD en PVV vragen hoe het staat met de ziekenhuisrekeningen die aan de patiënt worden gestuurd. Ik ben er een groot voorstander van dat patiënten kunnen zien wat er moet worden betaald. Ik heb daarover al verschillende keren met Zorgverzekeraars Nederland gesproken. Het is ongelooflijk belangrijk dat patiënten inzicht krijgen in hun eigen kosten. Ik weet tegelijkertijd dat ik het de zorgverzekeraars moeilijk kan opleggen. De laatste keer dat ik hierover een gesprek had met verschillende grote zorgverzekeraars zeggen die het in te zien en er aan te werken. Sommigen doen het ook al. Het is niet zo dat geen enkele zorgverzekeraar de rekening stuurt. Een aantal zorgverzekeraars doet het passief. Patiënten kunnen dan op internet inzien wat de stand van de zorgkosten is en waaraan het geld is besteed. Soms kunnen verzekerden telefonisch schade-informatie opvragen. Ik vind het allerbelangrijkst dat er actief gecommuniceerd wordt. De mensen die het willen weten, bellen toch wel. Het gaat erom dat ook de mensen die er niet direct aan denken de informatie krijgen. Ik kan het de verzekeraars niet opleggen. Ik ben wel

met hen in gesprek over hoe wij het toch voor elkaar gaan krijgen. Ik kan het mij voorstellen dat het misschien niet allemaal per brief hoeft. Het kan ook digitaal. Dat scheelt een stuk.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): In navolging daarvan het volgende. Wat nu als mensen zien dat de informatie niet klopt en dat de zorgverlener teveel is betaald of als iets anders niet klopt? Het argument moet dan niet zijn: dan heeft de zorgverlener mazzel. Dat kunnen wij de zorgverzekeraars toch wel opleggen?

Minister **Schippers**: Ja, ik vind dat ook onbegrijpelijk. Ik deel uw verontwaardiging daarover. Als wij het niet voor elkaar krijgen dat de verzekeraars hier bovenop gaan zitten, hebben wij een groot probleem. De aangekondigde en genomen maatregelen hebben hierop betrekking. Verzekeraars moeten hier veel meer «eager» op worden en actie op ondernemen. Als zij dat niet doen, hebben zij echt een probleem in vergelijking met concurrenten die het wel doen. Ik deel de verontwaardiging van mevrouw Gerbrands. De maatregelen die ik de afgelopen maanden heb genomen, zijn ook niet mis. Die zijn behoorlijk ingrijpend, maar zijn ook nodig. Dat blijkt uit deze zorgwekkende berichten.

De heer **Mulder** (VVD): Hierop voortbordurend het volgende. Het is goed dat de minister dit doet. Wij kunnen ook nog regelen dat ziekenhuizen de prijzen bekend maken van hun handelingen. Patiënten kunnen dan van tevoren inzien wat de kosten zijn van de handelingen die zij ondergaan.

Minister **Schippers**: Ja, dat gaat ervan uit dat er één prijs is voor iedereen. De zorgverzekeraar kan echter korting bedingen als hij veel patiënten naar eenzelfde ziekenhuis stuurt. Ik zal het echter onderzoeken. Ik kom erop terug.

Dan de wanbetalers. Op 31 december 2010 waren er bij het CVZ 282 054 wanbetalers aangemeld, bij wie het CVZ een bestuursrechtelijke premie oplegt. Dit betekent een daling ten opzichte van 2009. Uit het evaluatieonderzoek moet blijken wat de precieze oorzaken zijn. In de strijd tegen wanbetalers is de Wet opsporing onverzekerden aangenomen. Hoe staat het daarmee en zijn er eventuele aanvullende maatregelen noodzakelijk? Deze opsporingswet is drie maanden in werking. Het CVZ heeft in mei 60 000 onverzekerden per brief aangemaand om alsnog een zorgverzekering te sluiten. De overige onverzekerden zullen de komende maanden door het CVZ aangemaand worden. Of die zich alsnog verzekeren, weten wij niet. Wij hebben afgesproken dat onverzekerden na aanmaning drie maanden de tijd hebben om zich te verzekeren alvorens hen via bestandsvergelijking te controleren. Het is nog te kort tijd om hierover wat te zeggen.

De VVD vraagt of het niet een idee is om het pakket door te lichten op effectiviteit. De CVZ heeft daarop een aanpak gericht: het risicogericht pakketbeheer. Nu is het zo dat iets er niet in komt bij aanmelding als er twijfels zijn over de kosteneffectiviteit of de therapeutische meerwaarde. Wij proberen dat te versoepelen door te kiezen voor een tijdelijke toelating waarin de kosteneffectiviteit en therapeutische meerwaarde moeten blijken. Een heleboel zorg zit al in het pakket en wordt al in ziekenhuizen gegeven. Wij kunnen daarbij een enorme slag maken met het kwaliteitsinstituut. Wij gaan immers steeds meer zaken inrichten op basis van kwaliteit. Ik weet dat er bij ZonMw een programma hierover loopt. Er is echter niet een gericht en gestructureerd plan waarbij de gehele ziekenhuiszorg op basis van een nulmeting doorgemeten wordt.

De heer **Mulder** (VVD): Dan is mijn vraag: zullen wij dat gewoon eens gaan doen.

Minister **Schippers**: Ik kan dat niet toezeggen. Ik wil eerst weten wat het betekent. Ik zal er eens diep over nadenken en er schriftelijk op terugkomen. Ik wil weten wat voor exercitie het inhoudt om een nulmeting te beginnen. Is dat goed?

De heer **Mulder** (VVD): Dat is prima wat de VVD betreft.

Minister **Schippers**: Hoe wordt een behandeling beoordeeld op therapeutische meerwaarde? Dat doet het CVZ vooraf. De verandering is dat het nu ook tijdens pakkettoelating mogelijk wordt.

Ook ik ben een groot voorstander van het «stepped care»-model. Dat is ook logisch. Als een behandeling gestart wordt, geeft in het algemeen de apotheker een hoeveelheid medicijnen mee met de behandeling in gedachten. Dat je in één keer, voor een langere periode van drie maanden, de medicijnen meekrijgt voor een nieuwe behandeling, is niet de gewoonte. De gewoonte is om medicijnen mee te geven voor een periode. Als de medicijnen aanslaan, krijg je medicijnen mee voor een langere periode. Het blijft ook lastig met het terugbrengen van medicijnen. Als die op een hete verwarming hebben gelegen, doen die het niet meer zo goed. Dan is doorgeven moeilijk. Dat blijft lastig uit te leggen.

Dan het transparant maken van wat onder het eigen risico valt en wat onder de eigen bijdrage. Als door het ministerie daarin verandering wordt aangebracht, proberen wij door publieksinformatie heel helder aan te geven wat er in enig jaar verandert. Je ziet ook dat heel veel zorgverzekeraars blaadjes verspreiden aan hun leden, met heel veel zonnige plaatjes op de voorkant. Daarin staat ook vaak informatie over wat onder het eigen risico valt en wat niet en waaruit behandelingen bestaan. Verzekerden worden in het algemeen goed op de hoogte gesteld van wat er in enig jaar verandert. Daarbovenop komen wij altijd met publiekscampagnes.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Waar het natuurlijk om gaat, is dat gezegd wordt dat een eigen risico een rem op het zorggebruik kan zijn. Maar als mensen niet eens weten wat onder het eigen risico valt? Dat zijn toch de berichten die ik overal krijg. Dan is er natuurlijk ook geen rem op het zorggebruik. Als je ook wilt bereiken dat mensen nadenken over of zij het wel moeten doen, moeten zij ook weten of het wel of niet onder het eigen risico valt.

Minister **Schippers**: Wat wij hier zien, is dat er ontzettend veel informatie gegeven wordt. Het ministerie doet dat elk jaar, als er iets verandert, via publiekscampagnes. Er is ook een website waarop mensen het kunnen vinden. Er is de informatie die zorgverzekeraars geven via hun eigen media en blaadjes. Toch komen wij tot de conclusie dat heel veel mensen het niet weten. Wij zijn dus nu met Zorgverzekeraars Nederland in gesprek over hoe wij dit kunnen verbeteren. Meer mensen moeten het weten. Misschien moeten wij de informatie op een andere manier geven. Wij bekijken het, maar het is heel moeilijk om te bepalen hoe je het over het voetlicht moet brengen.

De **voorzitter**: Voordat wij aan een tweede termijn beginnen, vraag ik kort welke vragen nog niet zijn beantwoord.

Mevrouw **Leijten** (SP): Minister Opstelten beweert dat het niet erg is om de maagzuurremmers uit het pakket te halen, want daarvan hebben alleen linkse mensen last. Klopt dat?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb gevraagd naar de status van het ontwerpbesluit over afschaffing van de ex post in het licht van de motie die is aangenomen. De Kamer zou via de motie-Van der Veen de onder-

zoeksvraag ontvangen. Die hebben wij echter niet gekregen. Wat is de status van het ontwerpbesluit dat wij vandaag bespreken?

Minister **Schippers**: Volgens mij heb ik aan het begin van mijn betoog al gezegd dat de onderzoeken deze zomer lopen en dat wij de resultaten in september in de Kamer kunnen bespreken. Daarbij zetten wij wel dingen in gang. Tijdens de bespreking kan altijd aangegeven worden dat het anders moet. Dat is ook het moment van besluitvorming. Er is ook een langlopend onderzoek. De heer Van der Veen heeft gevraagd daarvan de onderzoeksopdracht te willen ontvangen. Die komt ook naar de Kamer toe. Dat wat langer lopend onderzoek moet nog beginnen. Ten aanzien van de grapjes die mensen maken, dat is aan hen. Daar vel ik geen oordeel over.

De **voorzitter**: Wij beginnen met de tweede termijn van de Kamer. Ik stel een spreektijd voor van maximaal twee minuten per fractie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Gewone mensen weten dat voorkomen beter is dan genezen en dat stoppen met roken aanzienlijk goedkoper is dan een behandeling van kanker. Het is aanzienlijk goedkoper om een COPD-patiënt niet alleen de pufjes aan te bieden, maar ook stoppen met roken zodat de COPD niet erger wordt. Niet deze minister echter. Die praat met haar vrienden, die een of twee ton verdienen, over dat het raar is dat de buurman betaalt voor hun stoppen-met-rokenprogramma. Ik zeg hier dat mensen die boven een ton verdienen 5% van de samenleving uitmaken. Die 5% is echter het referentiekader van de minister. Dat is duidelijk. Dat is heel erg duidelijk. De reumapatiënt die soms maagzuurremmers nodig heeft vanwege medicijngebruik, maar niet zes maanden aaneengesloten, krijgt geen fysiotherapie en geen maagzuurremmers meer, maar wel een hoger eigen risico en moet meer betalen voor de eigen zorg. Deze patiënt betaalt de rekening van het beleid van deze minister. Diëtisten kunnen diabetes bij jonge kinderen voorkomen. Daar wordt nu niet meer ingegrepen. Interventie is niet meer nodig. Heb je inmiddels diabetes, dan echter word je uitgenodigd op het sportveldje van Edith Schippers voor een sportclinic en mag je in de dure ketenzorg. Rook maar lekker door, dat is het beleid van de minister. De VVD zegt dat het ook erg gunstig is omdat rokers de staatskas veel belasting opleveren en bovendien minder lang leven. Die zijn dus lekker goedkoop. Ik dacht dat de tabaksindustrie bij het CDA zat, bij de heren Hillen en Brinkman. Die zit blijkbaar ook bij de VVD.

De KNMG schrijft dat de kwetsbare en achtergestelde groepen te maken krijgen met een opeenstapeling van sociale en gezondheidsproblemen. Hierover is geen overleg gevoerd met de KNMG. De KNMG zegt dat de ombuigingen juist bij deze zwakkere groepen schade zullen toebrengen. En dan durft het ministerie van Propaganda met een persbericht te komen over dat er geen gezondheidsschade plaatsvindt door dit beleid. Dit is geen minister van Volksgezondheid, maar de minister van Volksziekte!

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Wij danken de minister voor de antwoorden.

Ik begrijp de afweging bij de minister omtrent de voorwaardelijke toelating. Toch denk ik dat wij de komende kabinetsperiode op de een of andere manier een mogelijkheid moeten vinden om innovatieve vorming hieronder te brengen. Wij moeten immers stappen naar de toekomst zetten.

Ik vraag de minister of er controle plaatsvindt of zorgverzekeraars zaken naleven alvorens het bestuursrechtelijk traject wordt ingezet.

Ik heb in eerste termijn geen opmerking gemaakt over de onverzekerden. Die worden inderdaad aangeschreven. Ik kreeg zelfs een mailtje van een echtgenote van een levenslang gestrafte, die ook opgeduikeld was als

zijnde onverzekerd. Het lukte deze mevrouw nauwelijks om bij het CVZ tussen de oren te krijgen dat deze man ook niet verzekerd zal worden. Mijn algemene vraag is dan ook de volgende. Die gaat ook over mensen die hier wonen en in het buitenland werken. Registreert het CVZ dergelijke zaken bij melding, zodat deze mensen niet elk jaar worden «opgespoord»?

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

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden en voor het compliment dat de ChristenUnie zo consistent is.

Ik heb nog een aantal vragen. De minister zegt in gesprek te gaan met de verloskundige organisaties. Ik wil daarvan graag een terugkoppeling hebben. Ik vraag ook of bij dat gesprek de oorzaak van de overschrijdingen aan de orde kan komen. Ik wil graag een inhoudelijke terugkoppeling en dus niet slechts de mededeling dat het anders geraamd is of zo. De antwoorden van de minister over dieetadvisering begrijp ik niet. Tijdens de schorsing voor de stemmingen begreep ik dat dit geldt voor meer mensen. Kan de minister in een brief nog eens heel duidelijk uitleggen hoe het zit? Multidisciplinaire zorg bijvoorbeeld is niet hetzelfde als ketenzorg. Er moet geen verwarring ontstaan over dergelijke begrippen.

Dan de pilot cochleair implantaat. Een bedrag van 3,5 mln. is helemaal niks als wij het hebben over dit soort zaken. Minister, doe het alstublieft. Maak deze stap. Het bedrag van 50 mln. is incidenteel en geldt voor de inhaalslag. Misschien dat staatssecretaris Bleker ideeën heeft over hoe dit even te regelen. Het is hem ook gelukt bij de Hedwigepolder!

Tot slot stoppen met roken. Ik denk dat de wegen van de minister en mijzelf uiteengaan niet op grond van diepe, ethische verschillen, maar op grond van de overweging of stoppen met roken te maken heeft met leefstijl of dat roken een verslaving is. Feitelijk is inmiddels aangetoond dat roken een verslaving is en dat je voor roken dus ook oplossingen in die sfeer moet zoeken. Ik zou graag beleid willen hebben dat gebaseerd is op feiten. Na één jaar stoppen met roken in het pakket zijn er al heel veel positieve effecten te meten en te weten, denk ik. Ik zou graag de discussie over de feiten vaker met de minister willen aangaan.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik moet zeggen dat ik het jammer vind dat op bepaalde onderwerpen waarover wij hier debatteren geen enkele beweging mogelijk is. Dat betekent dat het niet zoveel uitmaakt wat je aandraagt. Ik kan er niet aan ontkomen om in te gaan op de gevolgen van het weghalen van het stoppen-met-rokenprogramma uit het basispakket. Als je ziet welke organisaties, koepels en verenigingen in de zorg, van KNMG tot KWF en alles wat daartussen zit, dit een belangrijk onderwerp vinden en vinden dat wij het nog een poos moeten proberen, vind ik het jammer dat de minister dit zonder meer van tafel veegt. Ik herinner mij heel goed het allereerste debat dat ik hier voerde, met minister Klink, over heel ingrijpende maatregelen vanwege enorme overschrijdingen. Daar hadden wij een minister bij ons die, net als deze minister, op een aantal punten zei het liever ook niet te doen, maar die ook zei graag naar alternatieven van ons te willen kijken. Hij vroeg ons daarmee te komen. Toen zijn Kamerbreed, met de heer Van der Veen en Halbe Zijlstra, met elkaar mogelijkheden gevonden om er op een andere manier invulling aan te geven. Ik snap heel goed wat de minister aan het doen is en dat zij dingen moet doen. Ik vind het echter jammer dat zij daarbij niet in staat is om ons enige ruimte te geven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Bij die laatste opmerking sluit ik mij helemaal aan. Je zou toch graag zien dat het kabinet een bredere meerderheid wil krijgen dan de smalle meerderheid die het kabinet nu nog heeft. Heel erg jammer.

De minister heeft gelijk over de rollator. Het klopt dat GroenLinks vorig jaar vond dat die in het pakket moest blijven. Wij hebben ook verder gedacht. Er zijn ook andere manieren om ervoor te zorgen dat mensen die krijgen. Tegen het CDA zeg ik: het is heel eerlijk dat die partij zegt dat het gewoon een compromis is dat met de PVV gesloten moest worden. Geef dan ook gewoon toe dat zo belangrijke zorg aan mensen onthouden wordt. Dat is dus nodig, omdat anders de PVV wegloopt. Het zou het CDA sieren als het niet alleen zegt dat dit een compromis is, maar dat dus ook moedwillig bepaalde zorg wordt geschrapt.

Bij de verloskunde sluit ik mij geheel aan bij de woorden van de ChristenUnie. Ik zou graag willen dat de reactie van de minister er ligt voordat wij stemmen. Dat geldt ook voor de reactie over de gehoorimplantaten.

Over de dieetadviesing ben ik het eens met de SP. Tegelijkertijd wil ik alle geboden ruimte optimaal benutten. Ik wil precies weten voor welke gevallen dieetadviesing mogelijk blijft. Wij krijgen veel mails over schrijnende gevallen. Ik wil tegen die mensen kunnen zeggen of hun dieetadvies gewoon in het pakket blijft of niet. Daarop wil ik een duidelijke schriftelijke reactie.

Roken is een verslaving en moet als dusdanig behandeld worden. Ik sluit mij aan bij wat SGP, ChristenUnie en D66 hebben gezegd. Laat het in ieder geval nog een jaar in het pakket. Dan kan vervolgens een discussie op basis van feiten gevoerd worden. Dat levert een gezondere discussie op dan nu het geval is.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Ik zat gisteren in een debat over de landenkeuze voor ontwikkelingssamenwerking. Ik dacht daaraan terug bij de discussie over wat er wel of niet in het pakket zit bij de zorgverzekering. De woorden waarmee de bewindspersoon van gisteren zijn betoog begon, zijn vandaag ook van toepassing. Het is geen wiskunde, maar is het ook geen willekeur bij de uiteindelijke keuze. Dat geldt ook voor de pakketkeuze. Er is niet volmaakt wiskundig te zeggen wat er wel of niet in het pakket moet zitten. Het moet echter wel de willekeur en de aaibaarheid overstijgen. Het moet er het liefst zo geobjectiveerd als mogelijk aan toegaan bij de keuze wat wel en niet in het pakket zit. De trechter van Dunning kan daarbij zeker helpen. Vanuit die zo geobjectiveerd mogelijke aanpak blijven wij moeite houden met het stoppen met roken, dat uit het pakket gaat terwijl het pas kortgeleden aan het pakket is toegevoegd. Ik sluit mij aan bij de woordvoerders die vragen, zoals ik in eerste termijn heb gedaan, om het nog een jaar aan te zien en om zorgvuldig te bekijken wat de effecten zijn. Ik ondersteun het pleidooi om innovatieve behandelingen toe te laten. Dat geldt behalve voor het implantaat voor jonge dove kinderen ook voor behandelingen voor gecompliceerde hoge bloeddruk.

Ik sluit mij korthedshalve aan bij de opmerkingen die door diverse collega's zijn gemaakt om meer inzicht te krijgen in hoe het nu zit met de vergoeding voor de dieetadviesing. Wanneer komen mensen daarvoor in aanmerking?

In eerste termijn heb ik een opmerking gemaakt over de mogelijke effecten van stapeling van zorgkosten voor juist bepaalde kwetsbare groepen. Mijn vraag is of het in het licht van de toekomstige ontwikkelingen de compensatieregelingen voor hoge zorgkosten voldoende afgestemd zijn op de veranderingen in het pakket.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Dank voor twee belangrijke toezeggingen van de minister. Ik noem die om rekeningen naar patiënten te laten sturen door verzekeraars om de kosten inzichtelijk te maken. Ik noem ook het systematische onderzoek naar de effectiviteit van de onderdelen van het pakket.



Ik hecht groot belang aan het volgende. Mij zijn woorden in de mond gelegd. Mevrouw Leijten zei zo-even dat de VVD wil dat mensen blijven doorroken omdat het goed is voor de zorguitgaven. Ik werp die opmerking verre van mij. Het is een flauwe debartruc. Ik lees voor wat het CVZ heeft geschreven in het rapport Van preventie verzekerd. Daarin staat het volgende: Wat zijn de kosten en de baten als de mogelijkheden om preventie te verzekeren volledig benut worden? Dat ligt tamelijk genuanceerd. Uit de literatuur komt het volgende beeld naar voren. Als zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars de ruimte aan preventieve zorg die de Zorgverzekeringswet en AWBZ volgens het CVZ bieden werkelijk benutten, nemen de zorgkosten op korte termijn als gevolg van de feitelijk genoten preventieve zorg toe. Daar staat tegenover dat het zorggebruik en de zorgkosten op de middellange termijn afnemen voor die groep mensen die de preventieve zorg benutten en daardoor gezonder worden. Maar op langere termijn leidt de preventie uiteindelijk weer tot meer kosten als zich weer ziekten voordoen gedurende gewonnen levensjaren.

Het CVZ verwijst in bijdrage 3. naar de hoogleraren Polder en Brouwer, die dit ook aantonen. Het CVZ gaat echter verder, en verschilt dan van mening met de VVD. Het CVZ zegt dat het deze gewonnen levensjaren zijn, naast een verbeterde kwaliteit van leven, die de samenleving als de baten van preventie beschouwt en nastreeft. Daarom vindt het CVZ dat investeren in preventie de moeite waarde is. De VVD is het eens met het CVZ. Waar het CVZ zegt: betaal het uit het basispakket, zegt de VVD: betaal het zelf.

De **voorzitter**: Nee, we gaan het debat niet heropenen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Wat betreft preventie verwijs ik naar het interview in Trouw met de voorzitter van GGD Nederland. Ik adviseer de minister om het te lezen. Wat betreft stoppen met roken ben ik het eens met de collega's die zeggen dat het minimaal nog een jaar opgenomen moet blijven in het pakket. Ik vraag de minister zo spoedig mogelijk een overleg met Long Alliantie Nederland te voeren. Die hebben daar ook om gevraagd. Ik heb daarop geen antwoord gekregen.

Ik heb een alternatieve dekking voorgesteld van ongeveer 600 mln. op basis van de CPB-cijfers. Ons lijkt dat voldoende. Ik heb er geen antwoord op gekregen van de minister. Zij mag ook schriftelijk reageren op de stelling dat het voldoende is om het pakket te dekken.

Een vraag die ik niet heb gesteld, maar die wel bij mij is opgekomen, is wat er gebeurt met de overschrijding van de zbc-ziekenhuizen en -specialisten in 2011. De minister is daarop niet ingegaan.

Het onderzoek naar cochleaire implantaten steunen wij zeer. Ik heb de opdracht meegekregen om hierover een motie in te dienen. Het gaat om een bedrag van 1,5 mln. Dat moet echt kunnen.

De overheveling van geriatrische revalidatie gebeurt macroneutraal.

Betekent dit dat als patiënten van ziekenhuis naar verpleeghuis gaan het geld meegaat?

Wij hebben de rol van de zorgverzekeraars genoemd. Om het maar een beetje populair te zeggen: wij zitten bij het basispakket de patiënten achter de broek omdat wij terecht een aantal kosten in de zorg willen terugbrengen. Ik zou graag zien dat de minister de zorgverzekeraars meer achter de broek zit. Ik word een beetje moe van het verhaal dat het in de toekomst allemaal wel goed gaat komen met de afschaffing van de risicoverevening. Het artikel in De Telegraaf gaat over heel simpele dingen. De nota's zijn te hoog. 86% van de mensen heeft er heel grote moeite mee met hoe de zorgverzekeraars daarmee omgaan. Ik adviseer de minister om daarop meer druk te zetten. Dat betekent misschien dat wij beter en soepeler kunnen omgaan met het basispakket.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Bij dat laatste sluit ik mij graag aan. Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik wil een heel harde toezegging van de minister dat bij het debat in september over de ex postverevening, als wij van mening zijn dat de ex anteverevening niet goed op orde is, er nog wat aan te doen is.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik kan mevrouw Leijten geruststellen. Het persbericht over het eigen risico was van ECORYS en niet van mijn departement. Verwijten over propaganda moet zij dus aan de onderzoekers richten.

Ik wil de mogelijkheid houden om alternatieve vormen in het pakket op te nemen. Ondanks de druk op het pakket heb ik daarbij dan ook een eerste stap gezet. Het punt is dat wij het natuurlijk wel moeten bekostigen. Dat betekent dat wij elders er iets uit moeten halen.

Bij de controle op de Zorgverzekeringswet en het bestuursrechtelijk traject zijn er geen signalen dat er structureel zaken misgaan. Er is een audit gedaan op de geautomatiseerde aanlevering door verzekeraars. Die is akkoord bevonden.

Dan het CVZ en de kinderziektes. Ik zal vragen om irritante herhalingen te vermijden. Dergelijke zaken moeten eerst opgestart worden. Ik zal het signaal echter afgeven.

Mevrouw Wiegman wil een terugkoppeling van het gesprek met de verloskundigen. Dat doe ik. Ik specificeer de dieetadvisering in een brief. Ik licht een en ander op die wijze toe.

Ik hik bij het cochleair implantaat niet aan tegen die 3,5 mln. Ik kan vooral die 50 mln. even niet vinden. Dat is mijn probleem. Ik moet die elders vandaan halen.

Tegen mevrouw Dijkstra zeg ik het volgende. Het is helemaal niet zo dat geen beweging mogelijk is. Het is wel degelijk mogelijk indien het gaat om alternatieve voorstellen met dekking. Ik sta daar uiteraard voor open. Wat wij allemaal wel willen in het pakket, is nu eenmaal gemakkelijker te formuleren dan ten koste waarvan het moet gebeuren. Dat is de achilleshiel. Het is precies zoals de heer Van der Staaij het zei: het is geen wiskunde, maar ook geen willekeur. Met deze kortetermijnmaatregelen, anders dan de maatregelen die bij de langetermijnvisie horen, hebben wij gedacht zo veel mogelijk terug te halen, ook bij sectoren die overschrijdingen laten zien. Niet alleen dus met eigen betalingen of in het pakket, maar ook bij de sectoren zelf. Dat is de belangrijkste onderliggende gedachte. Als de Kamer betere alternatieven aanreikt, sta ik daarvoor open.

Dan de gecompliceerde hogebloeddrukbehandelingen. Met de enorme druk op het pakket kost ook een tijdelijke toelating geld. Dat moet ik ergens vandaan halen.

Dan de stapeling van kosten voor bepaalde groepen. Ik kom in het najaar sowieso terug met de compensatieregelingen. Die worden aangepast omdat daarin kronkelingen zitten die wij allemaal niet uit te leggen vinden. Daarmee komen wij sowieso. Ook zelf vind ik het belangrijk om een overallbeeld te hebben van wat er op terreinen van zorg gebeurt en hoe dit doorrekenen in de inkomens van mensen en waar de pijn dan zit.

Tegen de heer Mulder zeg ik het volgende. Ik heb niet toegezegd de rekening voor patiënten af te dwingen. Ik heb dat direct laten uitzoeken. Ik kan het niet. Het is altijd irritant als je iets wilt, maar niet kunt. Ik zoek hierover wel het gesprek met de zorgverzekeraars. Ik herinner mij uit een vorig leven als Kamerlid dat ik hierop het meeste werd aangesproken. Veel mensen begrijpen niet dat zij geen overzicht krijgen van hun eigen zorgkosten. Ik vind dat zelf ook heel moeilijk uit te leggen.

Het artikel in Trouw van GGD Nederland heb ik gelezen en is volgens mij feitelijk onjuist. Dat heb ik ook al proberen te zeggen. Het kabinet investeert meer in preventie dan de vorige kabinetten, alleen doet het dat op een andere manier.

Ik ga geen enkel gesprek uit de weg. Als de Long Alliantie Nederland met mij een gesprek wil hebben, kan dat. Ik heb als minister eerder gesprekken gevoerd met instanties die zich bezighouden met het rookprobleem. De heer Van der Veen heeft iets gezegd over zbc's en ziekenhuizen dat ik in de gauwigheid niet heb begrepen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoe worden de overschrijdingen in 2011 bij de zbc's-ziekenhuizen en -specialisten teruggehaald?

Minister **Schippers**: Met die overschrijdingen zijn die nu bezig. Daarop hebben wij geen zicht. Sterker nog, wij hebben de overschrijdingen 2010 nog te doen. Daarbij kijken wij naar wat het precieze bedrag zal zijn. Vorig jaar hebben wij gezien dat sprake kan zijn van grote schommelingen. Halverwege het jaar stond de teller op 540 mln. en uiteindelijk werd het 314 mln. Later bleek er nog weer 30 mln. bij te moeten. Wij hebben met zijn allen dus een vreselijk systeem gebouwd waarin wij veel te laat weten wat het kost. Als wij de overschrijdingen binnen hebben, is de volgende overweging hoe wij het geld terughalen. Daarbij geldt hetzelfde als bij de ziekenhuizen. Bij overschrijding zullen zij het zelf merken. Als wij zaken overhevelen, gaat het budget mee. Dat gebeurt hier ook. Ik zit zorgverzekeraars maximaal achter de broek. Er is niets zo ingrijpend voor zorgverzekeraars als de macronacalculatie die in 2012 wordt afgeschaft en de ex postmechanismen. Ik ben met zorgverzekeraars in gesprek over hoe hen verantwoordelijk te maken voor gepast gebruik van zorg en hoe hen verantwoordelijk te maken voor een beheerste kostenontwikkeling. Het is niet voor niks dat deze gesprekken voortduren. Die zijn moeizaam en moeilijk, maar wel nodig. Ik ben van mening dat iedereen zijn eigen rol maximaal moet spelen willen wij voor de toekomst goede zorg hebben voor mensen die dat nodig hebben. Als wij in september spreken over ex post kan er natuurlijk mee gestopt worden of kunnen zaken veranderd worden. Dat is evident. Wij kunnen iets uitzetten, maar niet aanzetten. Dat is altijd het probleem.

De **voorzitter**: Ik concludeer dat er een VAO komt met als eerste spreker de heer Van der Veen. Er komt een brief over dieet en een over het gesprek met de verloskundigen. Wij hebben nog een week voor het reces te gaan. Hoe gaan wij hiermee om?

Minister **Schippers**: Over dieet kunnen wij een en ander direct in een brief verwerken. Het gesprek met de verloskundigen is morgen. Dan kan de brief hier dinsdag zijn.

De **voorzitter**: Oké, dan vragen wij een VAO aan voor het reces, ervan uitgaande dat de brief de Kamer op dinsdagmiddag bereikt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb de minister gevraagd om te reageren op de alternatieve dekking.

Minister **Schippers**: U hebt wat opgesomd. Ik heb er geen lijst van, anders zou ik het kunnen uitrekenen. Ik weet niet welke zaken wij al in gang zetten, en die dus dubbelen met beleid, en welke zaken extra zijn. Dat kan ik zo niet zien.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zal ervoor zorgen dat u morgen onze opsomming hebt. Dan wil ik daar zo snel mogelijk een schriftelijke reactie op hebben.

Minister **Schippers**: Als u dat ook wilt voor het VAO, moet het vandaag mee. Dan kan het meegenomen worden met de brief voor dinsdag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat sluiten wij bilateraal wel even kort.

De **voorzitter**: Ik sluit dit algemeen overleg.

## **Volledige agenda**

1. *Afschrift van de brief aan het CVZ met het verzoek om een uitvoerings-toets te maken inzake stringent pakketbeheer, respectievelijk lage-ziektelastbenadering*  
29 689-318 – Brief regering d.d. 27-04-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. *Afschrift van de brief aan het CVZ met het verzoek om een uitvoerings-toets te maken inzake stringent pakketbeheer, respectievelijk lage-ziektelastbenadering*  
29 689-318 – Brief regering d.d. 27-04-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Aanbieding VWS-verzekerdenmonitor 2010*  
29 689-299 – Brief regering d.d. 17-05-2010  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink
4. *Evaluatie verplicht eigen risico Zvw*  
29 689-302 – Brief regering d.d. 16-06-2010  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink
5. *Samenvattend rapport NZa rechtmatigheid uitvoering Zvw 2009*  
29 689-307 – Brief regering d.d. 03-09-2010  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink (CDA)
6. *Evaluatie verplicht eigen risico*  
29 689-307 – Brief regering d.d. 01-11-2010  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *NZa-rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet*  
29 689-313 – Brief regering d.d. 23-11-2010  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Stand van zaken maatregelen wanbetalers zorgverzekering*  
31 736-14 – Brief regering d.d. 17-12-2010  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Reactie op een rapport van de Nationale ombudsman over de afhandeling van een bezwaarschrift door CZ*  
2011Z03827 – Brief regering d.d. 23-02-2011  
staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner
10. *Reactie op verzoek Leijten over de wanbetalersregeling*  
31 736-15 – Brief regering d.d. 02-03-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Onderzoeksrapportage van Stichting De Ombudsman over de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars*  
32 150-14 – Brief regering d.d. 11-05-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Overheveling geriatrische revalidatiezorg*  
30 597-184 – Brief regering d.d. 13-05-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
13. *Onderzoeksrapportage van Stichting De Ombudsman over de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars*  
29 689-323 – Brief regering d.d. 30-05-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. *Ombuigingsmaatregelen 2012. De budgettaire problematiek en het Budgettair Kader Zorg. Overzicht van maatregelen voor 2012 waarvan sommige voor en anderen na Prinsjesdag 2011 aan de Kamer worden gezonden*  
32 780-XVI-3 – Brief regering d.d. 10-06-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
15. *Reactie op het CVZ-pakketadvies 2011*  
29 689-326 – Brief regering d.d. 10-06-2011  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. *Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met wijziging van de te verzekeren prestaties Zvw per 2012*  
29 689-327 – Brief regering d.d. 10-06-2011  
*minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
17. *Ontwerpbesluit houdende Wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post-compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage*  
29 689-324 – Brief regering d.d. 01-06-2011  
*minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
18. *Voorhang tariefkortingen eerste lijn*  
29 248-212 – Brief regering d.d. 11-06-2011  
*minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
19. *Ondertekening van de overeenkomst over de bekostiging van de vrij gevestigd medisch specialisten gedurende de transitieperiode*  
29 248-211 – Brief regering d.d. 08-06-2011  
*minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
20. *Verslag van een schriftelijk overleg over de brief van 13 mei 2011 inzake geriatrische revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet*  
30 597-200 – Brief regering d.d. 22-06-2011  
*minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*