

## 4

### Groeiende zorgkloof in Nederland

Aan de orde is het **dertigledendebat** over de **groeiende zorgkloof in Nederland**.

De **voorzitter**:

Ik heet welkom in ons midden de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Welkom! Aan de orde is het dertigledendebat over de groeiende zorgkloof in Nederland. Er hebben zich acht sprekers aangemeld voor dit debat en we beginnen met mevrouw Dijkma van de Partij van de Arbeid. In dit dertigledendebat hebben alle fracties drie minuten spreektijd in eerste termijn. Mevrouw Dijkma.



Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Voorzitter, hartelijk dank. Het was alweer in december dat er in Trouw een heel groot artikel stond over de groeiende zorgkloof in Nederland. Meestal is het zo lang wachten op het inplannen van dertigledendebatten dat ze mosterd na de maaltijd dreigen te worden, maar helaas hebben we hiermee een onderwerp te pakken dat ook vandaag nog net zo actueel is als in december, en vermoedelijk zal dat ook nog enige tijd zo blijven. Op zichzelf worden Nederlanders over de hele linie gezonder, wat goed nieuws is, en als je het wereldwijd vergelijkt, heeft Nederland te maken met een zogenaamde "zorgkloof" — dat zijn dus verschillen tussen mensen in een goeie sociaal-economische positie en mensen in een mindere sociaal-economische positie — die minder groot is dan op andere plekken in de wereld het geval is. Maar het zorgelijke wat wij waarnemen, is dat het verschil tussen mensen met wie het goed gaat en mensen met wie het veel minder goed gaat, wel toeneemt. Als je een sociaal-economisch zwakke positie hebt, heb je volgens mij de kans om achttien jaar minder lang te leven dan iemand die in een bevoorrechte positie opgroeit. Dat is voor een sociaaldemocraat een aangelegen punt, maar ik denk eerlijk gezegd dat het dat voor ons allemaal zal zijn. Geen enkele fractie, noch het kabinet zal betwisten dat we hier met elkaar blijvend aandacht aan moeten besteden.

De minister heeft mede namens zijn collega's een brief gestuurd over dit onderwerp met daarin veel voorstellen, met erkenning ook van het probleem en met een begin van een analyse van waar in Nederland de vindplaats is van deze sociale onrechtvaardigheid, want zo zou ik het willen benoemen. Mijn vraag vandaag aan de minister is als volgt. Als ik die brief lees, heb ik het gevoel dat we aan dezelfde kant van het touw staan, om het maar zo te zeggen, maar ik zou toch graag van het kabinet willen vernemen hoe we in de komende tijd kunnen bewerkstelligen dat we die verschillen echt kleiner zien worden. Er worden allerlei maatregelen genoemd, bijvoorbeeld om ervoor te zorgen dat mensen wat makkelijker bij hun huisarts kunnen komen, een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn en aandacht voor krimpgebieden, waar niet altijd zorg beschikbaar is. De minister erkent ook dat de kosten en het eigen risico een probleem kunnen zijn voor mensen om toegang te krijgen tot zorg. Maar hoe weet ik dat de voorstellen die de minister doet, daadwerkelijk effect hebben?

Daarom zou ik de minister ten slotte willen vragen om een paar dingen te doen. Allereerst moet er in de hoofdlijnen-

akkoorden die nu gesloten gaan worden, daadwerkelijk aandacht worden besteed aan het verkleinen van de zorgkloof. Hij moet ook rapporteren op welke wijze dat gaat gebeuren en hij moet volgen of dat daadwerkelijk effect heeft. Dat geldt met name voor het preventieakkoord. Ik moet er niet aan denken dat we nog een keer alle bakfietsmoeders van Nederland bij elkaar horen juichen: we moeten opletten bij de voeding van onze kinderen en we moeten opletten bij het tegengaan van roken, terwijl op die plekken waar het hard nodig is dat er geld komt en aandacht voor preventie, de mensen daarvan uiteindelijk verstoken blijven of niet gevonden worden.

Het laatste punt blijft het eigen risico. Ook daar zullen we stappen moeten zetten. Het kabinet wil de kosten in elk geval gelijk houden, maar ik vraag de minister of hij mogelijkheden ziet om uiteindelijk ook de zorgkosten, zeker voor mensen aan de onderkant, naar beneden te brengen.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Dijkma. Een interruptie van mevrouw Agema van de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik hoor een hele stellige mening waarin mevrouw Dijkma eigenlijk aangeeft dat we uit de stukken leren dat we er in de afgelopen 25 jaar in de vaart der volkeren eigenlijk allemaal op vooruit zijn gegaan qua gezondheid en dat de mensen met een hoger inkomen er alleen wat meer op vooruit zijn gegaan dan de mensen met een wat lager inkomen. En ik begrijp uit de woorden van mevrouw Dijkma dat ze dat niet goed vindt en dat ze vindt dat dat verschil kleiner moet worden. Maar ik hoor haar dat alleen maar vragen aan de minister. Kan zij zelf aangeven hoe zij dat wil bewerkstelligen?

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Ja. Op een aantal manieren kun je daar volgens mij iets aan doen. Een van de dilemma's in Nederland is volgens mij dat mensen die in een sociaal-economisch zwakkere positie zitten, gewoon niet altijd gemakkelijk die zorg krijgen die nodig is om hen te helpen gezonder te worden, bijvoorbeeld als het om preventie gaat. Zo'n preventieakkoord is een uitgelezen kans, maar dan moet je wel bereid zijn om dat niet een akkoord te laten zijn voor iedereen, waardoor de mensen die het eigenlijk al goed doen, waarschijnlijk weer het meest in beeld komen, maar dan moet je ook echt verschil durven maken, en je geld, aandacht en middelen inzetten op die groepen die het het hardst nodig hebben. Dat is een voorbeeld. Meer ruimte voor huisartsen in achterstandgebieden.

De **voorzitter**:

Ja, dank u wel.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

En meer tijd ook voor die huisartsen. Ik kan nog wel even doorgaan, maar dat mag niet van de voorzitter.

De **voorzitter**:

Helaas.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het is wel heel duidelijk een heel ouderwetse PvdA-gedachte, maar het is ook een heel rare gedachte. Hé Nederlandse volk is er in 25 jaar 4,5 jaar op vooruitgegaan. We zijn er dus met z'n allen op vooruitgegaan. De mensen die wat hoger opgeleid zijn en wat meer inkomen hebben, zijn er alleen wat meer op vooruitgegaan. Dan zegt mevrouw Dijkma: ja, maar dat mag niet. Ze zegt eigenlijk: het één moet wat minder en bij de lagere klassen moet het wat meer en daar moet wat meer geld naartoe. Maar moeten we niet ons geld inzetten om de héle Nederlandse bevolking nóg gezonder te krijgen, zodat we met z'n allen in de komende 25 jaar weer eenzelfde gezondheidswinst kunnen bereiken? Waarom dan één groep eruit lichten als die groep er ook op vooruit is gegaan?

**Mevrouw Dijkma (PvdA):**

Ik vrees dat er niets ouderwets is aan mijn inbreng. Hij is door de jaren heen wel consistent; dat klopt. Ik belemmer niemand, en zeker niet de mensen met wie het goed gaat, om nóg gezonder en nóg beter te worden. Sterker nog, dat juich ik van harte toe. Maar ik zie wel dat wanneer je invloed wilt uitoefenen op die zorgkloof, je je aandacht misschien wel meer moet richten op de mensen die je niet makkelijk bereikt. Ik denk dat dat nodig is en ik denk ook dat we in staat zijn om inderdaad de hele Nederlandse bevolking gezonder te maken als we de groep die het meest achterblijft, daarbij gewoon meer aandacht geven. Dat is wat ik vraag aan de minister. Bent u bereid dat te doen bij uw hoofdlijnenakkoorden, bij uw preventieakkoorden en ook bij het verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn in bijvoorbeeld de krimpgebieden? Daar wonen niet alleen maar "arme" mensen, om het zo te zeggen, maar die groep blijft soms wel onnodig verstoken van zorg die nodig is.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Dijkma. De tweede spreker van de zijde van de Kamer is de heer Hijink van de SP. Ook hij heeft drie minuten spreektijd.

**De heer Hijink (SP):**

Dank u, voorzitter. Vaak weet je al voordat een kind geboren wordt hoe groot zijn kansen op een gezond en welvarend leven zullen zijn. Want wie arm wordt geboren, heeft een grote kans om arm te blijven. En wie met een taalachterstand begint op de basisschool, haalt dat later nog maar moeilijk in. Wie opgroeit in een vervuilde buurt of in een schimmelwoning, heeft daar gezondheidsschade van voor de rest van zijn leven. We kennen de verhalen uit de Drentse en Groningse Veenkoloniën, waar armoede van generatie op generatie overgaat.

En de afgelopen jaren zijn de verschillen in ons land eerder groter dan kleiner geworden. In ons onderwijs groeien kinderen snel uit elkaar. We leven steeds vaker en steeds meer in gescheiden werelden. Wie geld heeft, kan een fatsoenlijk huis kopen in een buurt zonder overlast, in een wijk zonder achterstanden. En hij kan zijn zorgpremie nog makkelijk betalen. Maar voor een kind dat opgroeit in achterstand, geldt dat vaak niet. In een wijk met te weinig speelruimte leren kinderen niet bewegen. In een gezin onder de armoedegrens heerst permanente stress en komen proble-

men veel vaker voor. Doorleren is veel moeilijker geworden nu de studiefinanciering voor heel veel groepen is afgeschaft. Ook de toegang tot goede zorg wordt voor veel mensen steeds moeilijker. Ouderen moeten naar de rechter om huishoudelijke hulp af te dwingen. Het eigen risico is gestegen. Mensen die toch al aanlopen tegen hoge huren en lage lonen, krijgen ook nog eens te maken met veel duurdere zorg.

Voorzitter. Als wij de achterstanden en verschillen willen verkleinen, dan zijn de eerste 1.000 levensdagen van een kind cruciaal. In die eerste drie jaar leert een kind gezond te eten, veel te bewegen, de taal te spreken en op een goede manier met een ander om te gaan. Als het in deze eerste jaren achterstanden oploopt, dan is het dus cruciaal dat we er op tijd bij zijn om die problemen te zien en aan te pakken. Mijn vraag aan de minister is of hij het daarmee eens is. Kan hij ook ingaan op het beeld dat de SP heeft, dat ook feitelijk onderbouwd kan worden, dat in veel gemeenten juist op het gebied van preventie bij consultatiebureaus veel bezuinigd is en dat achterstanden daar dus eerder groter dan kleiner worden?

Mevrouw Dijkma sprak er ook al over: op dit moment worden er afspraken gemaakt over hoe we preventie gaan organiseren, dus hoe we voorkomen dat er meer leed, ziekte en uiteindelijk zorg komen. De SP zou graag zien dat bij deze afspraken het bestrijden van de sociaal-economische gezondheidsverschillen het uitgangspunt wordt. Kan de minister daarop reageren? Is hij het met de SP eens dat preventie niet alleen gaat over het niet gebruiken van ongezonde producten, maar dat het juist ook gaat over die veel bredere aanpak om alle achterstanden bij kinderen te bestrijden?

Dank u.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Hijink. Dan ga ik naar mevrouw Ellemeet van de fractie van GroenLinks.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter, dank u wel. Je hebt soms van die debatten die eigenlijk heel pijnlijk zijn, voor ons allemaal, denk ik; pijnlijk omdat we moeten constateren dat een relatief klein deel van de Nederlanders een heel groot deel van de zorgkosten voor hun rekening moeten nemen omdat zij in een hele kwetsbare positie zitten. Daar willen we allemaal wat aan veranderen, denk ik. Dat blijkt nog niet zo heel makkelijk in de praktijk.

In de brief van de minister geeft hij aan dat we weten dat een deel van dat zorggebruik te verklaren is door overmatig drinken, roken en overgewicht. De minister geeft aan dat dat zo'n 25% van de hoge zorgconsumptie verklaart. Mijn eerste vraag aan de minister is: hoe zit het dan met die overige 75%? Hebben we meer informatie dan dat? Hebben we een scherper beeld van wat nu precies die hoge zorgconsumptie veroorzaakt? Ik zou zelf al wel een voorschot willen nemen op het antwoord daarop, want ik denk dat we bij de oorzaken van die hoge zorgconsumptie verder moeten kijken dan alleen de zorg. Bijvoorbeeld financiële problematiek, schuldenproblematiek, leidt tot meer stress, een moeilijker situatie en een slechtere gezondheid. Dat

maakt de discussie vaak lastig en de oplossingen ook, omdat we niet alleen binnen de zorg naar de oplossingen moeten kijken maar ook bijvoorbeeld actief het sociale domein moeten inzetten om de problemen op te lossen. Dus mijn vraag aan de minister is: herkent hij deze analyse en hoe wil hij dan komen tot de oplossingen?

Een ander punt gaat over leefstijl; dat raakt ook aan het overmatig drinken, roken en overgewicht. Nu hebben we gisteren een motie aangenomen over onderzoek doen naar leefstijlgeneskunde en dat beter op de agenda zetten. Maar ik sluit eigenlijk een beetje aan bij wat mevrouw Dijkzema zegt: we moeten uitkijken dat dat niet weer een mooi speeltje wordt voor de mensen die het eigenlijk niet heel hard nodig hebben. Dus mijn vraag aan de minister is: juist als het gaat om leefstijl en van ongezond leven naar gezond leven komen, hoe bereiken we nou de kwetsbare mensen? Want dat is eigenlijk het lastigst. Bij hen ligt de grootste uitdaging, maar hoe zorgen we nou dat we het voor deze mensen mogelijk maken om gezonder te eten en op die manier bijvoorbeeld hun diabetesproblemen op te lossen? Dus graag daar een reactie op.

Dan, voorzitter, de hoge zorgkosten. Dat blijft een reden voor een opeenstapeling van klachten, niet naar de arts gaan, waardoor de situatie steeds verder verslechtert en men uiteindelijk met een acuut probleem in het ziekenhuis terechtkomt. Er zijn financiële drempels; mensen ervaren financiële drempels. Ik krijg daarvan regelmatig berichten. Dat zijn zulke tragische berichten. Dat mensen in Nederland zorg mijden vanwege de kosten, daar kunnen we onze ogen niet voor sluiten. Mijn vraag aan de minister is dus of hij dit probleem erkent. Wil hij breder onderzoek doen naar die financiële drempels die mensen ervaren? Kunnen we iets doen, onder andere aan het hoge eigen risico, dat hier deels aan ten grondslag ligt?

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Mevrouw Ellemeet heeft het over kwetsbare groepen en drempels. Zij heeft van de week een notitie uitgebracht waarin staat dat ouderen eerst gescreend zouden moeten worden om te kijken of ze nog een medische behandeling zouden moeten krijgen. Is mevrouw Ellemeet het met ons eens dat ook dat een enorme drempel opwerpt en bovendien eigenlijk ook nog leeftijdsdiscriminatie is?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dan moet u eerst de vraag goed formuleren. Want wat wij inderdaad willen, is dat we heel goed weten welke zorg het beste uitpakt bij inderdaad onder anderen kwetsbare ouderen, want daar maak ik mij zorgen om. Hoe meer informatie we dus hebben over hoe een operatie zal uitpakken bij een kwetsbare oudere, hoe beter de keuze die gemaakt wordt. Wat GroenLinks betreft is het heel helder: iedere oudere verdient de best mogelijke zorg. Daarvoor hebben we zo veel mogelijk informatie nodig. Dus geen drempel, integendeel: zo veel mogelijk informatie krijgen voor de arts en voor de patiënt, zodat we de beste zorg kunnen geven. Soms zal die informatie leiden tot de conclusie dat we extra zorg moeten inzetten, bijvoorbeeld bij het revalideren, omdat mensen kwetsbaar zijn.

**De voorzitter:**

Mevrouw Sazias, afrondend.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Is mevrouw Ellemeet niet van mening dat dat voor iedereen zou moeten gelden? Waarom moet het woord "oudere" erachter? Is het niet voor elk mens belangrijk om gescreend te worden op kwetsbaarheid en de mogelijkheden?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Absoluut. Iedere patiënt heeft recht op zo veel mogelijk informatie. We zien dat onder de groep ouderen kwetsbaarheid relatief vaak voorkomt. Daarom maak ik mij daar extra zorgen om. We moeten juist voor die kwetsbare ouderen de beste zorg hebben. Daar hebben we het nog het minst goed in beeld, wat artsen ook aangeven. Gelukkig gebeurt er al heel veel goeds in ziekenhuizen, wordt er al veel extra onderzoek gedaan, juist naar de kwetsbare ouderen. Wat mijn partij betreft zetten we daar nog een tandje bij, maken we het mogelijk voor artsen om zo veel mogelijk informatie boven tafel te krijgen, juist omdat die kwetsbaarheid extra veel voorkomt bij ouderen. Maar ik ben het eens met 50PLUS dat we eigenlijk zo breed mogelijk die kwetsbaarheid in beeld willen krijgen.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik was toe aan mijn afronding.

**De voorzitter:**

Uw laatste zinnen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Die gaan over die kwetsbare ouderen die we zeker niet mogen vergeten. Sterker nog, daar moeten we extra aandacht voor hebben.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan gaan we naar de volgende spreker van de zijde van de Kamer en dat is mevrouw Sazias van 50PLUS.

□

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Voorzitter. U wilt niet weten hoeveel verontruste reacties wij juist van ouderen hebben gekregen over dit plan, ouderen die zich al weggegooid voelen vanaf 45 jaar op de arbeidsmarkt en nu ook denken dat ze binnen de gezondheidszorg weer aan een extra screeningslijst moeten voldoen. Als het gaat over de zorgkloof in Nederland, dan kun je natuurlijk constateren dat er meer zorg wordt gebruikt door ouderen, maar dat lijkt me nogal wieses. Dat is natuurlijk een heel logische aangelegenheid. We worden allemaal ouder en ja, als je ouder wordt, heb je meer zorg nodig. Dus dat lijkt me logisch. Een ander ding zijn de demografische verschillen en de verschillen voor mensen met een lagere sociaal-economische status. In de brief van de minister staat dat hij vol inzet op preventie. Dat lijkt ons

heel belangrijk. Alleen wel gek dat het kabinet niks ziet in het invoeren van een suikertaks, terwijl we bijvoorbeeld in Groot-Brittannië zien wat een enorm goed effect dat heeft. Het gaat om het verminderen van de hoeveelheid suiker in frisdranken. Dat wordt dan als betutteling gezien, maar de betutteling heeft er ook voor gezorgd dat het aantal rokers in Nederland in de afgelopen decennia drastisch is afgenomen. Graag een reactie van de minister.

Er zijn ook voorbeelden van gemeenten die gezamenlijk het thema "een gezonde leefstijl" heel goed aanpakken, zoals Leende. Dat is een heel succesvol experiment. Mogelijk is dat gezamenlijke experiment van artsen en sportmensen verder in Nederland uit te rollen. Het blijft een probleem dat mensen met een lagere sociaal-economische status over het algemeen ongezonder zijn: er wordt meer gerookt, slechter gegeten en meer gedronken. 50PLUS vraagt zich af of er niet meer moet worden ingezet op het bijbrengen van vaardigheden om een gezonde levensstijl te kiezen. Dat begint al op school; niet alleen voor leerlingen, maar eigenlijk al op de opleidingen voor verzorgenden en medici. Ik begrijp van medici dat er op dit ogenblik in de opleidingen nauwelijks aandacht is voor voeding en goede voeding. Dat zou wat 50PLUS betreft echt moeten veranderen. Graag ook hierop een reactie van de minister.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Sazias. Dan ga ik naar mevrouw Agema van de fractie van de PVV.



**Mevrouw Agema (PVV):**

Dank u wel, voorzitter. Wij voeren hier vandaag het debat over het bericht dat 17% van de verzekerden 80% van het budget gebruikt als het gaat om zorg. Ik denk dat we er met z'n allen trots op kunnen zijn dat we dat hier in ons land voor elkaar hebben gekregen. Als onze ouders, vrienden, familie, kinderen of wijzelf ziek worden, hebben we een systeem dat verzekert dat de kosten die dat met zich meebrengt, betaald worden, en dat de salarissen worden betaald van de specialisten die wonderen verrichten.

Voorzitter. Ik heb in de voorbereiding van dit debat nog eens gekeken naar de groep mensen die eigenlijk bedoeld wordt in de brief van de minister, namelijk een kleine groep verzekerden, die jaarlijks per persoon meer dan 1 miljoen euro aan zorgkosten opmaakt. Ik ken de debatten nog wel over Brandon en Dexter en Joep en Mick. Ik denk ook dat we ons allemaal 1988 nog wel herinneren. Naast het EK '88, waarin Nederland kampioen werd, was ons hele land beroerd over de zaak van Jolanda Venema. Dat meisje zat naakt vastgebonden met een riem om haar middel in een cel en haar moeder stond daar met haar lange jas in die ruimte bij haar. We hebben met z'n allen in ons land afgesproken dat we dat niet meer willen, en dat wij een leven en een bestaan willen voor mensen met een volwassen lichaam die geestelijk nog steeds op het niveau van een peuter zitten. Dat kost geld — we hebben zo'n veertig Brandons en Dexters en Joeps en Micks — en dat hebben we met elkaar zo bedacht. Dat is iets waar wij wel trots op mogen zijn, denk ik.

Er zijn nog zo'n 2.500 mensen die meer zorg krijgen. Die regeling bestaat al tijdelijk sinds 2009. Of nee, in 2009 is de zorgzwaartefinanciering ingevoerd en de meerzorgregeling voor mensen die meer nodig hebben dan ZZZ 7, is nog altijd tijdelijk. Misschien kan de minister eens kijken of we daarbij niet naar een definitieve regeling moeten gaan.

Dan hebben we hier nog een andere groep genoemd, namelijk de 10.000 verzekerden die meer dan €100.000 per jaar aan zorgkosten maken. Dat zijn ook de mensen die hier vaak op de publieke tribune zitten als we het bijvoorbeeld over het pgb hebben. Ook dat hebben we eigenlijk fantastisch goed geregeld en georganiseerd. Het is jammer dat er op die groep heel veel bespaard is de afgelopen jaren als het gaat om begeleiding, dagbesteding en noem maar op. Maar nog steeds vinden wij in ons land dat we daar veel geld aan moeten uitgeven en dat vind ik hartstikke goed.

Dan hebben we natuurlijk nog de laatste groep, waar de vorige sprekers het ook al over hadden. Ik vind het een van de mooiste zinnen die ik in de minister z'n stukken heb gelezen, als hij over het laatste levensjaar schrijft: voor iedereen breekt een keer het jaar aan waarin het leven in de waagschaal ligt. Dat laatste jaar is het duurste. Ook wat dat betreft hebben wij een grandioos verzekeringsstelsel, want als jij of je ouders of je vrienden aan de beurt zijn, dan hebben we geld om die hele bijzondere operaties te betalen, evenals de salarissen van de mensen die wonderen verrichten. Dus dat 17% van de verzekerden 80% van de kosten gebruikt, is een gegeven. Dat is volgens mij iets om heel erg trots op te zijn.

Dus naast de meerzorgregeling heb ik geen vragen voor de minister.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan ga ik naar mevrouw Van den Berg van de fractie van het CDA.



**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Voorzitter, dank u wel. Solidariteit is de basis van de zorg in Nederland: solidariteit tussen rijk en arm, jong en oud, hoog- en laagopgeleid en gezond en ziek. Tijdens de begrotingsbehandeling noemde ik het behoud daarvan een belangrijke opdracht voor het kabinet. Het onderzoek waar Trouw aan refereert, bevestigt het beeld dat er grote verschillen zijn in gezondheid tussen groepen mensen. Voor een groot deel is dit logisch te verklaren door leeftijd; mevrouw Agema refereerde daar net ook aan. Maar ook inkomen en opleiding hebben invloed op het zorggebruik. De leeftijdsverwachting neemt al jarenlang onder alle groepen toe, maar bij mensen met een hoger inkomen wat meer dan bij mensen met een laag inkomen. Hoe verklaart de minister dit verschil? Komt er een specifiek onderzoek om dit verschil nader te duiden?

Dan wil ik het graag hebben over leefstijl. Wij zeggen: van nazorg naar voorzorg. De minister schrijft terecht dat er niet te snel conclusies getrokken moeten worden over het oorzakelijk verband. Slechte gezondheid kan immers ook leiden tot minder kansen op de arbeidsmarkt en daarmee ook tot een lager inkomen. Maar tegelijkertijd speelt leefstijl ook een belangrijke rol. Als kinderen opgroeien in een omgeving

waarin ouders ongezond leven, nemen ze dat mee. Ongeveer 25% van de ziektelast — het kwam al voorbij — heeft te maken met gedrag, zoals roken, overgewicht, verkeerde voeding, te weinig bewegen en te veel alcohol.

Het CDA wil een samenleving waarin we solidair zijn en blijven met elkaar. Dat betekent ook dat je accepteert dat iedereen een bepaalde hoeveelheid ongezond gedrag heeft. Het is wel van belang dat we blijven investeren in het stimuleren van gezond gedrag. Het CDA kijkt dan ook uit naar de plannen in het preventieakkoord. Is daarbij ook aandacht voor het onderwijs? Immers, jong geleerd is oud gedaan. Met betrekking tot leefstijl willen wij een voorbeeld noemen: diabetes 2. 1 miljoen Nederlanders hebben diabetes. 90% daarvan heeft type 2, dat mede veroorzaakt wordt door een ongezonde leefstijl. Het is daarom goed dat het kabinet het voornemen heeft om volgend jaar een gecombineerde leefstijlinterventie in het basispakket op te nemen. Daar heb ik nog wel enkele vragen bij. Welke concrete eisen zullen gesteld worden aan de opleiding van de leefstijladviseurs? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de huisarts meer aandacht gaat besteden aan de leefstijl, dat de huisarts de eerstelijns-expertise diëtiëk en podotherapie op een juiste manier inzet in plaats van automatisch te starten met het voorschrijven van een pil?

Ten slotte het sociale domein. Veel gezondheidsproblemen hebben een oorzaak in het sociale domein. Als mensen slecht slapen door schulden, moet dat niet gemedicaliseerd worden door het voorschrijven van slaappillen. Helpen met saneren van schulden is dan beter op z'n plaats. Hoe kijkt de minister aan tegen het project van verzekeraar CZ waarbij men veel meer in gesprek gaat met mensen met schuldenproblematiek? Zijn hiervan al resultaten te melden?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Blijft u nog even staan, want er is een interruptie van mevrouw Dijkema.

**Mevrouw Dijkema (PvdA):**

Goedemorgen, voorzitter. Ik ben heel blij met het verhaal van mevrouw Van den Berg. Als ik naar haar luister, vind ik een-op-een dat dit moet gebeuren. Maar mijn vraag aan haar is dan wel of zij het met mij eens is dat bijvoorbeeld zo'n preventieakkoord zich ook echt zal moeten richten op de groepen mensen die we nu het slechtst bereiken en waarvoor die preventie het hardst nodig is. Zo ja, hoe gaat zij dat dan met mij en anderen toetsen?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ik heb net aangegeven: jong geleerd is oud gedaan. We vinden het met name van belang dat je naar de hele groep van jongeren gaat kijken en dan zegt: je moet je specifiek richten op bepaalde groepen. Wij laten het graag over aan de mensen die over dat preventieakkoord onderhandelen om te kijken hoe ze het meest effectief ook preventie kunnen inregelen.

**Mevrouw Dijkema (PvdA):**

Dan ga ik het op een andere manier vragen. Ik begrijp dat u niet op de stoel van de uitvoerders wilt gaan zitten, maar

bent u het met mij eens dat het van belang is dat we bijvoorbeeld bij zo'n preventieakkoord ook gerapporteerd krijgen hoe dat gaat bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen en vooral het vergroten van de gezondheid van de mensen die het meest kwetsbaar zijn? Bent u het ook met mij eens dat dit dan wel meetbaar moet worden gemaakt?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

In andere debatten heb ik het misschien niet letterlijk zo gezegd, maar meten is weten en gissen is missen. Het onderbouwen van zaken met cijfers is belangrijk om te kunnen leren van bepaalde projecten, dus van elkaar te kunnen leren, en om zaken verder te verbeteren.

**De heer Hijink (SP):**

Mijn vraag is of mevrouw Van den Berg vindt dat preventie en het verbeteren van de leefstijl van mensen louter een individuele zaak zijn. Of vindt zij dat we bij preventie ook moeten kijken hoe we als samenleving onze buurten en ons onderwijs inrichten, hoe we zorgen dat mensen de taal leren en op tijd werk kunnen vinden en hoe we zorgen dat kinderen in de klas de goede zorg krijgen als ze die nodig hebben? Het is toch veel breder dan alleen zorg? Dat is mijn vraag eigenlijk. Als ik nu hoor wat mevrouw Van den Berg zegt, gaat het toch alleen over hoe we het onderdeel zorg in de preventieakkoorden gaan verbeteren. Dat lijkt mij te beperkt.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

De preventieakkoorden gaan natuurlijk wel over de zorg. Ik denk dat je daar niet de hele wereld bij moet betrekken. Het gaat ook om andere punten. Mijn collega René Peters vraagt bijvoorbeeld altijd heel veel aandacht voor de aanpak van de schuldenproblematiek. Je moet proberen te voorkomen dat je gaat medicaliseren in het geval dat er zaken spelen die op een andere manier opgelost moeten worden. Collega's van mij zijn daar in andere domeinen zeer zeker mee bezig.

**De heer Hijink (SP):**

Ja, mee eens. Maar je kunt naar een kind kijken dat te dik is en zeggen: hier dreigt straks suikerziekte; laten we kijken hoe we dat kunnen bestrijden. Maar je moet dan toch aan het begin beginnen. Het begin is vaak dat er te weinig speelruimte is in de buurt, dat er geen opvoeding is waarin bewegen de norm is en dat er geen geld in huis is om naar de sportschool of de sportclub te kunnen. Je kunt het één toch niet zonder het ander behandelen?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Naar mijn weten hebben al heel veel gemeenten al aparte programma's om ook juist sport en zo voor kinderen die in een financieel moeilijke omgeving opgroeien, extra te ondersteunen. We hebben ook specifiek aandacht gevraagd om in het onderwijs aandacht te geven aan gezondheid, zodat kinderen ook zelf dat inzicht veel meer gaan krijgen dat het belangrijk is om te bewegen en om gezonde voeding te nemen.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Van den Berg, voor uw bijdrage. Dan ga ik naar de volgende spreker van de zijde van de Kamer: mevrouw Dijkstra van D66.



**Mevrouw Pia Dijkstra (D66):**

Dank u wel, voorzitter. Verbeteringen in de volksgezondheid leiden tot een toename van de levensverwachting en van de gemiddelde levensverwachting in goede gezondheid voor mensen met een laag inkomen. Mensen profiteren daarvan. Dat is positief. Maar de gezondheidswinst onder mensen met een hoog inkomen is nog groter. Zij blijken in feite meer te kunnen profiteren. De verschillen nemen dus niet af, en dat is onwenselijk. Verschillende sprekers hebben het daar al over gehad. Ik denk dat we het daar helemaal met elkaar over eens zijn.

De cijfers — ik noem ze toch nog maar even — laten zien dat in 2016 17% van de verzekerden 80% van de kosten maakte in de Zorgverzekeringswet. Het is een kleine groep die aanzienlijk meer zorg nodig heeft. Het is natuurlijk heel belangrijk om hier aandacht aan te besteden, want de vraag is of dit inderdaad veroorzaakt wordt door de zorg. Gaat deze groep misschien vaker naar de huisarts of de spoedeisende hulp, terwijl er medisch gezien geen aanleiding voor is? Graag hoor ik van de minister of daar inzicht in is. Moet de hulp niet vaak uit een andere hoek komen? Zo weten we ook dat er een verband is tussen laaggeletterdheid en zorggebruik. Je zou dan kunnen zeggen dat zorg soms symptoombestrijding is en dat we veel meer moeten kijken naar de multiproblematiek.

Voorzitter. De verdeling laat zien dat jongeren voor ouderen betalen, gezonde mensen voor mensen die ziek zijn en dat vaak geldt dat mensen met een hoger inkomen betalen voor mensen met een lager inkomen. Dat geeft dus aan hoe solidair ons systeem is. Daar is D66 blij mee. Maar een aantal jaren geleden waarschuwde het Sociaal en Cultureel Planbureau al dat die solidariteit onder druk komt te staan bij toenemend zorggebruik. Daarom is het van groot belang dat we het zorggebruik kunnen terugdringen. Iedereen is daarbij gebaat. Niemand gebruikt natuurlijk zorg voor zijn lol.

Iedereen heeft het al genoemd: preventie is een belangrijke opgave. In gemeenten waar mensen meer bewegen, is er minder zorgverbruik. Nodigen de wijken in de gemeenten waar minder wordt bewogen, minder uit tot bewegen? Heeft het ook te maken met de omgeving? In sommige plaatsen is dat heel duidelijk. Is er bijvoorbeeld minder groen? Waar heeft dat precies mee te maken? Kan je daar iets aan doen?

Voorzitter. Het trendscenario heeft tot doel de toekomstige maatschappelijke opgaven voor volksgezondheid en zorg te identificeren bij ongewijzigd beleid. In het trendscenario is nu te zien dat het percentage laagopgeleiden van 25 jaar en ouder dat zich gezond voelt, in de toekomst zal afnemen, terwijl het voor hoogopgeleiden redelijk stabiel blijft. Dat is zorgelijk. Hier neemt de kloof dus toe. Maar we kunnen dit wel veranderen met beleid en daar zullen we het ook in moeten zoeken. De minister noemt in zijn brief een aantal maatregelen die zijn afgesproken in het regeerakkoord. Een verdere uitwerking geeft hij hier echter niet aan. Kan de

minister iets meer vertellen over hoe hij deze maatregelen gaat implementeren en specifiek hoe hij deze maatregelen gaat inzetten om de gezondheidsverschillen te verkleinen?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Dijkstra. De laatste spreker van de zijde van de Kamer in eerste termijn is mevrouw De Vries van de fractie van de VVD.



**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Dank u wel, voorzitter. Wij mogen trots zijn op onze zorg en iedereen die daarin werkt. Onze zorg is kwalitatief goed en toegankelijk voor iedereen. Iedereen kan in Nederland de zorg krijgen die hij of zij nodig heeft, ongeacht de ziektegeschiedenis, de leeftijd of het inkomen. Iedereen krijgt ook dezelfde zorg. Wij hebben dus een enorm solidair zorgstelsel. Gezonde mensen betalen mee voor de zorg van zieke mensen en rijke mensen betalen meer dan mensen met minder geld. De VVD vindt de toegankelijkheid en solidariteit van ons zorgstelsel belangrijk. De hoogte van de zorgpremie, de inkomensafhankelijke bijdrage in de Zorgverzekeringswet en de zorgtoeslag, het eigen risico en de eigen betalingen moeten in balans zijn, omdat de solidariteit anders onder druk komt te staan. Mevrouw Dijkstra sprak er net ook al over.

Een groot deel van het zorggeld wordt besteed aan een kleine groep Nederlanders. 17% van de Nederlanders die in 2016 een zorgverzekering hadden afgesloten, was goed voor 80% van de zorgkosten uit de Zorgverzekeringswet. De zorguitgaven verschillen ook per gemeente. Dat heeft ook te maken met de samenstelling van de bevolking. Zo trekken jongere, hoogopgeleide mensen vaker weg uit krimpgebieden. Daarnaast zijn de zorgkosten bij mensen met een laag inkomen of zonder een baan vaak hoger. Volgens de VVD is hiervoor uiteindelijk de beste oplossing een goede opleiding en een baan. Want vaak hebben dezelfde mensen te maken met het ontbreken van werk, een laag opleidingsniveau of schulden. Het is daarom goed dat dit kabinet inzet op banen en werkgelegenheid, en ook op onderwijs en de aanpak van schulden. Maar het moet ook inzetten op de juiste zorg op de juiste plek en op preventie. Een aantal van mijn collega's sprak daar ook al over. De VVD is daarnaast van mening dat de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociale domein in gemeenten belangrijk is. Kan de minister aangeven wat er op dit punt al gebeurt, maar ook wat er nog meer zou kunnen gebeuren?

Het is belangrijk dat de zorg betaalbaar blijft. Uit een onderzoek van RTL Nieuws bleek eind 2017 dat 1% van de duurste patiënten verantwoordelijk is voor 25% van de zorgkosten. De vraag is: kloppen die cijfers? De meesten van deze mensen hebben volgens het bericht te maken met meerdere aandoeningen en zijn onder behandeling bij verschillende specialisten en verschillende ziekenhuizen. Er is eigenlijk veel te weinig afstemming van wie wat doet en daardoor zijn de kosten onnodig hoog.

Volgens het artikel signaleert ook de Nederlandse Zorgautoriteit dit probleem. De besparingen zouden volgens hoogleraar Jeurissen kunnen oplopen tot 1 miljard euro.

Hoe kijkt de minister hiernaar? Hoe denkt de minister deze besparingen te kunnen realiseren? Het kabinet zet toch ook in op het voorkomen van onnodige zorg? Welke kansen biedt betere informatie-uitwisseling op dit punt?

Om het draagvlak voor die solidariteit te behouden, willen wij het verhogen van de zorgpremie waar mogelijk dempen zonder dat de toegankelijkheid en de kwaliteit in het geding zijn.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw De Vries. U heeft een interruptie van mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Mevrouw De Vries heeft het over het vinden van een goede balans tussen de kosten die bij mensen terechtkomen voor de zorg, het eigen risico en eigen betalingen. Nu weten wij dat een op de tien mensen de zorg mijdt vanwege die kosten. Is mevrouw De Vries het daarom met GroenLinks eens dat er nog wel wat verbeterd moet worden aan de kosten die mensen nu individueel maken voor de zorg?

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Ik denk dat je allereerst moet kijken naar de totale zorgkosten, dus ervoor zorgen dat die zo laag mogelijk kunnen blijven. Daarnaast is er natuurlijk een aantal knoppen in het systeem om die solidariteit te behouden. Ik denk dat het bijvoorbeeld belangrijk is dat de huisarts buiten het eigen risico blijft. Daar zijn wij als VVD ook een groot voorstander van. Maar je moet er zeker altijd naar blijven kijken dat het betaalbaar blijft voor iedereen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Daar moeten wij inderdaad naar kijken en als wij nu goed kijken, zien wij dat het voor sommige mensen te duur is. De zorg is te duur. Dat leidt tot uitstel, bijvoorbeeld bij het gaan naar een medisch specialist of het ziekenhuis. Daardoor stapelen problemen zich op, worden uiteindelijk de klachten groter en wordt de zorg ook duurder voor de hele samenleving, maar het probleem is het grootst voor de mensen die de zorg niet kunnen betalen. Is mevrouw De Vries het met GroenLinks eens dat wij om die reden die herverdeling van de kosten moeten verbeteren, opdat iedereen de zorg kan betalen die hij nodig heeft?

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Er zijn eigenlijk twee elementen. Enerzijds: hoe verdeel je de kosten? Ik heb zo net al iets gezegd over de solidariteit. Ik denk dat je een goede balans moet hebben in de solidariteit van de mensen die meer betalen en minder gebruiken van de zorgkosten. Wij denken dat die balans er nu in zit. Voor mensen met een lager inkomen hebben wij natuurlijk de zorgtoeslag waarin rekening wordt gehouden met zowel de zorgpremie als het eigen risico. Daarnaast zijn er ook nog mogelijkheden bij gemeenten voor mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte of een handicap om tegemoetkomingen te krijgen. Ik denk dat dat ook uiteindelijk de weg is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Met uw bijdrage zijn wij aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De minister heeft aangegeven even te willen schorsen.

De vergadering wordt van 11.47 uur tot 11.59 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik geef de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het woord voor zijn antwoord in eerste termijn.



**Minister De Jonge:**

Voorzitter, dank u wel. Ik dank u ook voor uw aanmoediging om het debat ook gelet op de tijd overzichtelijk te houden. Er schijnt deze dag nog iets anders op de agenda van de Kamer te staan.

De aanleiding voor dit debat was het bericht in het dagblad Trouw dat mensen met lage inkomens meer gebruikmaken van via de Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg dan mensen met hoge inkomens. Het klinkt misschien vreemd, maar eigenlijk sluit ik me wel aan bij datgene wat mevrouw Agema daarover heeft gezegd. Ik beschouw dat als iets heel positiefs. Het laat namelijk zien dat de Nederlandse gezondheidszorg toegankelijk is voor iedereen, ook voor mensen met een lager inkomen. Geen Amerikaanse toestanden hier, en dat moeten we ook vooral niet willen.

Die goede toegang tot onze zorg blijkt ook uit allerlei internationale vergelijkingen. Ik noem bijvoorbeeld het landenprofiel, dat wordt gemaakt door de WHO. Daarin schrijft men dat er in Nederland sprake is van een goede toegang tot een dicht net van doeltreffende primaire en secundaire zorgverleners en dat er sprake is van genereuze langdurige zorg. Ook op het vlak van de financiële toegankelijkheid loopt Nederland in internationaal perspectief zeker niet uit de pas. Nederlanders betalen bij het gebruik van zorg ongeveer 12% van de totale zorgkosten zelf, bijvoorbeeld in de vorm van een eigen risico. Dat is beduidend minder dan het OESO-gemiddelde. Dat is de positieve kant daarvan.

Er is ook een negatieve kant en dat is de kant die een aantal sprekers onder u vandaag heeft belicht. Want mensen met een lagere opleiding leven gemiddeld zes jaar minder lang dan mensen met een hoge opleiding. Bij een als goed ervaren gezondheid is het verschil tussen mensen met een hoog inkomen en mensen met een laag inkomen zelfs achttien jaar. In 2014 heeft professor Anton Kunst deze problematiek heel beeldend laten zien door te becijferen hoe sterk de levensverwachting verandert als je met de trein van Utrecht naar Amsterdam rijdt. Direct na Utrecht Centraal, waar de mensen gemiddeld 80 worden, zakt de levensverwachting drie jaar, in de achterstandswijken zoals Ondiep. Tussen Utrecht en Amsterdam bereiken we vervolgens een hoogvlakte waar de mensen gemiddeld 81 en zelfs 83 jaar worden, tot de trein de Bijlmer bereikt. Daar zakt de levensverwachting met zes jaar. Vervolgens schommelt het wat tot we Amsterdam Centraal bereiken, waar 79 jaar de gemiddelde levensverwachting is. Zo'n kaartje bestaat ook van het metronet in Rotterdam. En zo zie je dat ook de verschillende wijken eigenlijk tot een heel andere levensverwachting leiden.

Deze verschillen zijn hardnekkig. Voor alle groepen, zo zou je kunnen zeggen, zijn de levensverwachting en de levensverwachting in gezonde jaren de afgelopen jaren enorm toegenomen. Maar de verschillen tussen laag- en hoogopgeleid en de verschillen tussen lage inkomens en hoge inkomens zijn ongeveer gelijk gebleven. Daarvoor zijn allerlei verklaringen, die u vandaag ook heeft geduid, met name sociaal-economische verklaringen. Daarom noemen we dit deel van het gezondheidszorgbeleid ook wel het beleid dat is gericht op sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Ik denk dat het goed is om aan te geven dat wij daar op tal van manieren mee aan de slag zijn. Ik kan niet helemaal uitputtend zijn, maar ik zal zo een aantal voorbeelden noemen. Ik denk dat we moeten afspreken om dit thema sowieso bij alle debatten die daarover gaan, telkens met die bril op te bekijken en met die bril op in het debat aan de orde te stellen. Maar ik snap mevrouw Dijkema heel goed als zij zegt dat de Kamer het debat over de sociaal-economische gezondheidsverschillen eigenlijk heel graag als een apart debat wil hervatten. Ik zal zo ingaan op de vraag hoe het terechtkomt in het nationaal preventieakkoord en in andere programma's. Ik denk dat het goed is om daar wat meer uitgezoomd van al die verschillende beleidsprogramma's bij stil te staan. Daarvoor zou er een goede mogelijkheid zijn bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, die door het RIVM wordt gemaakt. Net voor de zomer zal deze verschijnen. Dat gebeurt eens in de vier jaar. Het is ook eens in de vier jaar dat een kabinet een nota over het gezondheidsbeleid maakt. Het lijkt mij goed om bij de nota over het gezondheidsbeleid apart stil te staan bij het thema sociaal-economische gezondheidsverschillen en de vraag wat daaraan te doen. Zodoende kan het zowel per akkoord als per programma aan de orde komen, en kunnen we überhaupt het debat voeren over de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland. Dus ik hoop dat dat een weg is om met elkaar op te gaan.

Ik wil de antwoorden op de vragen die vandaag zijn gesteld, als volgt rubriceren, uiteraard met uw goedvinden, voorzitter. Ik begin met het thema preventie en leefstijlinterventie. Dat is een eerste belangrijke paraplu om een aantal vragen onder te kunnen behandelen. Een tweede punt is: hoe richten we de toegang tot zorg in en wat doen we daarvoor? Er gebeurt immers eigenlijk behoorlijk veel om juist mensen die niet als vanzelf die toegang tot zorg weten te krijgen, daarbij te helpen. Het derde blokje gaat over de financiële toegankelijkheid.

Ik begin met preventie en leefstijl. In het regeerakkoord is een aantal maatregelen aangekondigd om de leefstijl te bevorderen. Een daarvan is om te komen tot een preventieakkoord. Mijn collega, staatssecretaris Paul Blokhuis, heeft daar afgelopen vrijdag het startschot voor gegeven. Dat preventieakkoord gaat over drie thema's: het aanpakken van roken, het aanpakken van overgewicht en het aanpakken van problematisch alcoholgebruik. We weten al dat dat belangrijke voorspellers zijn van een ongezonde leefstijl die echt effect heeft op de levensverwachting, of op z'n minst op het aantal als gezond ervaren jaren. We weten niet alleen dat ze op de gezondheid van mensen in het algemeen doorwerken, maar juist ook op de gezondheid van meerdere kwetsbare groepen. Dus het gaat zowel om mensen met een lage opleiding als mensen met een risico op verslaving.

Mevrouw Dijkema vraagt of dit zich echt richt op groepen met een lage SES. Je zou misschien wel moeten zeggen: het richt zich juist daarop. Als we die groepen niet bereiken, dan krijg je namelijk met een preventieakkoord niet zo gek veel meer voor elkaar. Waar is de winst te boeken? Juist bij groepen met een lage sociaal-economische status. Dus waar moet het nationaal preventieakkoord zich met name op richten? Juist op groepen met een lage economische status. Er worden afspraken gemaakt met patiëntenorganisaties, sportverenigingen, sportbonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties. Tijdens het algemeen overleg Preventiebeleid van 17 mei informeert de staatssecretaris u verder over de stand van zaken.

Maar laat ik nog een ander voorbeeld noemen van iets dat zeer preventief werkt. Dan kom ik bij hetgeen de heer Hijink inbracht, waar ik het van harte mee eens ben. Eigenlijk zou je moeten zeggen — dat was ook mijn ervaring als wethouder van Rotterdam — dat de belangrijkste sociaal-economische gezondheidsverschillen ongeveer rond de conceptie beginnen. De belangrijkste sociaal-economische gezondheidsverschillen treden al op tijdens de zwangerschap. Natuurlijk heeft dat ook echt wel met leefstijl te maken. We weten bijvoorbeeld wat ongezonde voeding betekent.

Maar misschien heeft het nog wel meer te maken met allerlei stressfactoren in die zwangerschapsfase. Dat weten we eigenlijk steeds beter. Denk aan een moeder die zich afvraagt of ze straks haar huis nog wel heeft, gezien haar huurachterstand, of aan een moeder die zich afvraagt of ze straks haar baan nog wel heeft. Denk aan stress in de relatie of huiselijk geweld. We weten dat deze zaken ontzettend veel impact hebben op de geboorte-uitkomsten waarmee kinderen geboren worden. Van alle perinatale ziekten, zoals men dat noemt, zijn eigenlijk twee perinatale ziekten het meest voorspellend voor de gezondheid daarna, namelijk een laag geboortegewicht en vroeggeboorte. Die twee zijn ontzettend stressgerelateerd, weten we. Kortom, we moeten kijken hoe we die hele geboorteketen, die perinatale keten, die nu nogal versnipperd is, met eerst de huisarts, dan de verloskundige zorg, de kraamzorg en dan het Centrum voor Jeugd en Gezin, veel integraler kunnen maken.

Een van de voornemens van het kabinet is om met een programma kansrijke start te komen. We moeten die moeders, die ouders die het nodig hebben, veel eerder ondersteunen. Dat is veel breder dan alleen met een medische bril op. De steun die zij nodig hebben voor de reductie van stress, vindt namelijk vaak veel breder in het sociale domein plaats. Kortom, wij zullen juist op dat punt met een programma komen. Ik ben er echt van overtuigd dat je daarmee wezenlijk die eerste 1.000 dagen weet te beïnvloeden. De invloeden van die eerste 1.000 dagen hebben een wezenlijk effect op de 32.000 dagen die er nog volgen, bij een goede gezondheid. Kortom, dit is voor het kabinet een belangrijke weg om de sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen.

Voorzitter. Ik ga door de vragen heen.

**De voorzitter:**

Dat is goed, maar wellicht doen we dat na de interruptie van de heer Hijink.



De heer **Hijink** (SP):

Ik ben op zichzelf blij met het antwoord van de minister, maar ik wil het graag op meer vlakken zien. Kan hij in een visie uiteenzetten welke andere oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen hij kan vinden? Dat hoeft niet per se vandaag in het debat. Het mag wat mij betreft ook later in een brief. Ik noem bijvoorbeeld opgroeien in een flat, een huurwoning, die naast de snelweg is gebouwd, of nachtdiensten draaien voor mensen die in de schoonmaak werken. Als wij willen voorkomen dat mensen naar zorg moeten grijpen, moeten wij dus aan het begin beginnen. Dan moet je kijken naar hoe mensen werken, leven en wonen. Is de minister bereid om eens in een brief uiteen te zetten hoe dat soort factoren bijdragen aan de kosten van de zorg en de schade die mensen aan hun gezondheid lijden?

Minister **De Jonge**:

Dat kunnen we het beste doen bij de brief die ik zojuist aankondigde in reactie op de vraag van mevrouw Dijkema wanneer we over dit thema verder goed het gesprek zouden kunnen voeren. Het lijkt mij goed om dan die wat bredere schets te geven. Daarnaast zou ik nog twee opmerkingen willen maken. De eerste is dat we eigenlijk bij heel veel programma's dit thema aan de orde hebben. Dit is eigenlijk mijn volgende blokje, maar ik kan er alvast wel een aantal dingen over zeggen. Ik noem bijvoorbeeld het programma Eenzaamheid, dat gaat over sociaal isolement. We weten dat sociaal isolement ontzettend voorspellend is voor hogere zorgkosten. In de wachtkamer van de huisarts zit een flink aantal mensen dat niet per se zorg nodig heeft maar eigenlijk iets anders, namelijk normaal menselijk contact. Mede daarom zetten we in op het voorkomen van isolement. Vanmiddag presenteren we ons programma Huiselijk geweld en kindermishandeling. We weten dat huiselijk geweld en kindermishandeling een enorme impact hebben op het leven van mensen en de ervaren gezondheid van mensen. Met het een beetje doorbreken van die cirkel van geweld heb je ook echt iets goeds gedaan voor de gezondheid en de ervaren gezondheid. In dat sociale domein valt het eigenlijk niet met een schaarste te knippen. Natuurlijk, we hebben een departement van VWS en een departement van Sociale Zaken en binnen gemeenten heb je een afdeling onderwijs, een afdeling sociale zaken en een afdeling zorg, maar eigenlijk gaat het telkens over mensen wier problemen van het leven zich niet in allerlei keurige departementen laten indelen. De problemen van mensen houden zich niet aan onze keurige domeinscheiding, domeinindeling en wettelijke onderverdeling. Dat is een van de belangrijke redenen voor decentralisatie. Het maakt nu juist dat je de oplossing voor mensen dicht op het leven van mensen moet willen organiseren. Wil je sociale gezondheidsverschillen doorbreken, dan zal je de interventies zo dicht mogelijk bij mensen zelf moeten organiseren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Hijink.

Minister **De Jonge**:

Ik kan dit antwoord ook avondvullend doen, hoor.

De **voorzitter**:

Ja, die indruk kreeg ik al. Daarom hoop ik dat de heer Hijink zijn vraag nog iets meer wil specificeren zodat er een kort en bondig antwoord op kan komen.

De heer **Hijink** (SP):

We hebben alle tijd toch, voorzitter? De principiële vraag in dit debat is of er problemen zijn bij mensen waar de overheid een oplossing voor moet vinden als het gaat om gezondheidszorg en preventieve maatregelen of dat onze samenleving op sommige punten zodanig is ingericht dat de overheid gezondheidsproblemen creëert, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van nachtdiensten, de inrichting van een buurt of huurders die in schimmelwoningen wonen. Dat is de principiële vraag die ik graag door deze minister beantwoord zie. Moeten we nu alleen praten over hoe we pleisters plakken op problemen die we vaststellen of moeten we ook durven praten over de vraag hoe het kan dat de overheid medeverantwoordelijkheid draagt voor de gezondheidsproblemen waar mensen in hun werk, hun wijk of op school tegen aanlopen?

Minister **De Jonge**:

Nou krijgen we inderdaad een buitengewoon ideologisch en principiële debat. Dat vind ik heel boeiend en ook dat is avondvullend te voeren, maar dat is wel een enorme overheidscrisis. Dit haalt helemaal de blik weg van wat mensen juist zelf kunnen doen. Wat betreft de gecombineerde leefstijlinterventie, waarnaar mevrouw Van den Berg vroeg, gaat het er nu juist om dat bijvoorbeeld diabetes voor een heel groot deel te verhelpen is bij een gezondere leefstijl, gewoon door te bewegen. Daar heeft de overheid bijna niets mee van doen, dat moeten mensen gewoon zelf doen. Ja, inderdaad, sommige mensen moeten daartoe wat extra verleid worden om dat ook te gaan doen. Daar zou je als overheid inderdaad een rol in kunnen nemen bij kwetsbare groepen. Allemaal tot uw dienst, maar ik vind die focus op alleen wat de overheid hierbij zou moeten betekenen, wel heel erg afleiden van wat mensen zelf ook zouden moeten willen doen.

De **voorzitter**:

Heel kort, afrondend, meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vind dit echt te gemakkelijk. Natuurlijk is het zo dat mensen zelf invloed hebben op hun gezondheid, maar je kunt toch niet van een kind dat opgroeit in een flat aan de snelweg, verwachten dat het even zijn eigen problemen gaat oplossen? Je kunt toch niet van een schoonmaker, die geen andere keuze heeft dan zware, vermoeiende en nachtdiensten te draaien, die gewoon slecht zijn voor de gezondheid ... Op dat soort processen heeft de overheid gewoon invloed. Nu ga ik echt alle kanten op; dat snap ik ook wel, maar de aardgaswinning in Groningen heeft enorme psychische effecten gehad op de mensen daar. Dus overheidshandelen heeft een-op-een te maken met de gezondheid van mensen. Daar kun je niet van weggijken. Je kunt het niet helemaal toespitsen op de individuele verantwoordelijkheid van mensen. Wij dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te zorgen dat mensen in een gezonde en veilige omgeving kunnen opgroeien.

**Minister De Jonge:**

Maar nu bent u echt verschillen aan het zoeken. Ik ben niet alleen maar mensen aan het aanspreken op hun individuele verantwoordelijkheid. Ik zeg nou juist dat het, juist omdat het leven van mensen zich niet laat opdelen in hoe wij onze begroting hadden ingericht, omdat ook de problemen in het leven van mensen zich niet als zodanig laten opdelen, nodig is om ook vanuit de overheid de interventies te kiezen dicht op mensen zelf. Dat heeft soms een achtergrond vanuit een leefstijlinterventie, maar soms ook vanuit een leefomgevingsdimensie. Vandaar alle beleid dat gaat over luchtkwaliteit bijvoorbeeld. Dat is iets wat je als individu niet kunt kiezen. Je kan niet de lucht kiezen die je inademt. Maar heel veel heb je ook wel in de hand. Ik wil er in dat evenwicht voor waken dat alleen maar naar de overheid wordt gekeken, daar waar mensen ook zelf heel erg veel kunnen doen.

Misschien moeten we dat avondvullende debat nog maar eens een keer voeren. Maar misschien moeten we ook omwille van de tijd en de haast die de voorzitter heeft, nu dan toch door naar een aantal vragen die in dit kader nog zijn gesteld. Ik noem bijvoorbeeld de vraag van mevrouw Van den Berg over de gecombineerde leefstijlinterventie. Die is van belang. Die wordt eigenlijk al een aantal jaren voorbereid, met name daar waar het gaat over diabetes; niet alleen overigens, maar bij diabetes is dat een buitengewoon effectieve — effectievere ook — interventie in plaats van de standaardtreatment die daarbij gold. Welke eisen worden daaraan verbonden? Dat is op dit moment een voorwerp van uitwerking van het Zorginstituut. Dat geeft het advies aan zorgverzekeraars, de eisen rond de kwaliteit van aanbieders op te nemen in hun polis. In beginsel is die gecombineerde leefstijlinterventie niet alleen voorbehouden aan huisartsen; die kan worden aangeboden door verschillende beroepsgroepen. Leefstijlcoaches, diëtisten, fysiotherapeuten bijvoorbeeld, of de praktijkondersteuner van de huisartsenzorg, mits zij over competenties beschikken die het GLI-programma vereist. Dat betekent dus dat de aanbieders van GLI moeten voldoen aan de eisen, de competenties die het Zorginstituut daaraan stelt.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

We hebben begrepen dat inderdaad iedereen met een hbo-opleiding plus een korte nascholing van ik geloof zeventien dagen zich dan coach mag noemen. Betekent dat ook dat mensen met achtergronden die niets met de zorg te maken hebben en ook helemaal nooit gecoacht hebben, binnen zeventien dagen deze kwalificatie zouden mogen voeren?

**Minister De Jonge:**

Ik denk dat u nu de deur wel heel breed opent, want het gaat wel om mensen die een medische of een paramedische achtergrond hebben, hbo-opgeleid, met daaraan verbonden een aantal aanvullende competenties die door het Zorginstituut zijn geformuleerd. Het implementatieplan wordt nu opgesteld door de verschillende partijen. Daarin worden de komende maanden de puntjes verder op de i gezet. Ik hoop dat u hiermee voldoende informatie heeft. Anders moet ik die nog even nasturen. Dat wil ik best toezeggen, maar dit is wat ik er op dit moment over kan zeggen.

Dan loop ik even snel de vragen na zoals ik ze verder nog heb gehad.

Het preventieakkoord. Ik heb het net eigenlijk al gezegd. Over het preventieakkoord is de vraag van mevrouw Dijkma: komt er nou aandacht voor mensen met een lage sociaal-economische status? Het antwoord is: eigenlijk is dat de belangrijkste reden om het te doen, omdat alles wat je doet op preventie, met name bij groepen met een lage sociaal-economische status op dit moment het minst goed aanslaat. Waar dus het verschil gemaakt moet worden, is met name daar. Dus als we er niet in slagen om het bereik onder groepen met een lage sociaal-economische status te vergroten, dan doen we het niet goed genoeg. Ik zou u eigenlijk willen voorstellen dat de staatssecretaris daar in de brief ter voorbereiding op het AO verder op zal ingaan. Dan kan het AO mede daarover gaan.

**Mevrouw Dijkma (PvdA):**

Dat vind ik een goed voorstel. Als u dat verzoek mede namens mij wilt doorgeleiden aan de staatssecretaris, ben ik daar blij mee. Dan kan hij die vraag meteen beantwoorden.

**Minister De Jonge:**

Zeker.

**Mevrouw Dijkma (PvdA):**

Ik ben wel benieuwd of dit ook de expliciete opdracht is die aan de deelnemers aan de verschillende tafels wordt meegegeven. Soms is dat namelijk wel noodzakelijk.

**Minister De Jonge:**

Ik kan mij uw vraag heel goed voorstellen, maar ik heb het antwoord nu niet paraat. Ik moet dat aan mijn collega vragen en hij zal daar zelf op terugkomen.

Ik ga nog even de vragen na, zoals de vragen van Groen-Links over schuldenproblematiek. Die leidt ook tot een slechte gezondheid, dus eigenlijk is meer samenwerking nodig in het sociale domein. We hebben dat debatje net al enigszins gehad, en ik zou hierover willen zeggen dat dit een van de redenen geweest is voor decentralisatie. Als je kijkt naar de tussenevaluatie van de Jeugdwet, dan is de observatie dat de winst die daarin te boeken zou zijn, op dit moment nog onvoldoende daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Het werken over het domein heen is ook voor gemeenten best ingewikkeld. Er is de klassieke afdeling Sociale Zaken, waar de bijstandsaanvragen worden behandeld, maar werkt die al heel erg swingend samen met wat er aan wijkteams in de wijken wordt ingezet? Daar is nog wel winst te boeken. Je ziet wel in behoorlijk wat gemeenten dat de eerste stap in schulddienstverlening al in de wijkdienst begint. Dat is een voorbeeld van die geïntegreerde aanpak. Ik zou zeggen dat we nog niet daar zijn waar we moeten wezen en waar we kunnen komen, maar er gebeurt al wel wezenlijk meer in de integraliteit dan een aantal jaren geleden.

Dan de vraag van de 25% die zich laat verklaren door leefstijl. Roken, alcohol, te weinig bewegen en ongezonde voeding zijn heel belangrijke determinanten van gezondheid en ziekte, maar er zijn natuurlijk veel meer factoren van toepassing, zoals we die we net al noemden, bijvoorbeeld schulden. Ook lage opleiding is een belangrijke voorspel-

lende factor. De overige 75% komt door factoren waarbij leefstijl niet zozeer een rol speelt. Je zou kunnen zeggen dat van de totale ziektelast — ik vind dat altijd een ingewikkeld woord, maar onderzoekers weten daarmee prima waar men het over heeft — ongeveer 25% leefstijlgerelateerd is, maar 75% is niet leefstijlgerelateerd. Dat is eigenlijk een enorme kans. Als je kijkt naar de totale ziektelast is heel veel door een betere en gezondere leefstijl te bepalen. Niet voor niets staat in het coalitieakkoord de opdracht om met het nationaal preventieakkoord aan de slag te gaan. Dat heeft alles te maken met die drie hoofdeterminanten van leefstijl.

Voorzitter. Ik ga door met de suikertaks. Mevrouw Sazias vroeg of de suikertaks in het preventieakkoord komt. Ik heb mijn collega horen zeggen dat hij niet op voorhand maatregelen van tafel wil hebben en als hij dat heeft gezegd, heeft hij namens het kabinet gesproken. We hebben die route ingezet met de verschillende tafels om tot het preventieakkoord te komen om echt alle ideeën op te halen en te kunnen wegen op de pro's en cons. Bij dat antwoord wil ik het laten. Er ligt geen verbod om daarover na te denken. Dat moeten we sowieso niet willen doen, want als we daadwerkelijk die maatregelen in het preventieakkoord willen nemen om ergens te komen, moet je overal over kunnen nadenken. Dat is geen voorschot op de gedachte dat het kabinet dat misschien wel zou zien zitten, maar we willen niet op voorhand maatregelen aan de dijk zetten.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dit is een wat vertraagde interruptie, voorzitter. Excuses daarvoor. We weten dat 25% van de ziektelast leefstijlgerelateerd is en dat de andere 75% dat niet is. Zover was ik eerlijk gezegd ook, want dat staat in de brief van de minister. Mijn vraag ging vooral over de overige 75%. Willen we het goed aanpakken en problemen kunnen wegnemen, dan helpt het om inzicht te hebben. Mijn vraag was: wat weten we nu van die overige 75%? Welke informatie hebben we over dat percentage?

**Minister De Jonge:**

Heel veel en tegelijkertijd heel weinig. Neem bijvoorbeeld alle genetische factoren die voorspellend zijn voor alle vormen van kanker. Genetische factoren zijn belangrijke voorspellers, ook voor de omvang van de zorgkosten. De zorg voor mensen met kanker is ongeveer de duurste zorg die we hebben in Nederland. Als het gaat over voorspellers van percentages van de ziektelast, zijn genetische factoren een buitengewoon belangrijk, niet te beïnvloeden element. Maar dat doet er voor dit debat minder toe, want als het gaat over zeer goed beïnvloedbare elementen, dan gaat het met name over leefstijlfactoren. Daar hebben we het zojuist over gehad. Dat speelt dus voor 25% van de ziektelast. Stel dat je met een vijfde van de leefstijlwinst iets zou kunnen bereiken. Dan heb je een ongelofelijk groot verschil gemaakt in het leven van mensen, maar ook voor het totaal van de kosten van de zorg. Er is dus alle reden om met name volop in te zetten op preventie.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Als er factoren zijn waar we geen invloed op hebben, dan kunnen we daar inderdaad weinig mee. Misschien moet ik mijn vraag nog wat scherper formuleren. Zijn er, buiten die

25% die leefstijlgerelateerd is, nog andere elementen waarbij wij problemen kunnen oplossen en kunnen voorkomen dat zorg nodig is?

**Minister De Jonge:**

Ik snap wat u bedoelt. In ieder geval is er in het leven van mensen vaak sprake van een correlatie van problematieken, maar dat speelt met name in de domeinen waar we het zojuist over hadden. Dan gaat het bijvoorbeeld over schulden, die tot stress kunnen leiden. En stress kan leiden tot een als slechter ervaren gezondheid. Dan moet u dus aan dat type dingen denken. Wat is daarvoor de oplossing? Die oplossing is vanuit Den Haag helemaal niet zo makkelijk te bedenken. Maar die oplossing is wel goed te bedenken op lokaal niveau. Die is dan ook passend in de leefomgeving. De leefomgeving is überhaupt ook een factor. In gemeenteraden worden dit soort discussies natuurlijk ook volop gevoerd: hoe richt je een wijk zo in dat die uitnodigt tot bewegen en tot buitenspelen en bijdraagt aan een gezonder leefklimaat, dus een betere luchtkwaliteit? Kortom, alles hangt met alles samen. Het is helemaal niet zo makkelijk te ontwarren. Je kunt ook niet alles over de boeg van gezondheidsbeleid ten uitvoer willen brengen. Die 25% gaat echt over leefstijlgerelateerde ziektelast. Daar is wat aan te doen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Afrondend, heel kort. Mij gaat het erom dat we naast die leefstijlinterventies kijken of er andere factoren zijn waarbij we kunnen ingrijpen en kunnen voorkomen dat er zorg nodig is. Dat is denk ik wel een verantwoordelijkheid, ook voor deze minister. Daarom vroeg ik daarnaar. Hoe concreter de minister met oplossingsrichtingen kan komen, hoe beter.

**Minister De Jonge:**

Volgens mij heb ik net al een heel concreet voorbeeld daarvan gegeven, namelijk het programma Kansrijke Start, dat we van plan zijn te starten. Daarbij gaat het om het echt anders vormgeven van de geboorteketen, zodat je al eerder ziet welke gezinnen kwetsbaar zijn, wie je moet ondersteunen en hoe die ondersteuning eruit moet zien.

Mevrouw Dijkema heeft ook een opmerking gemaakt over die ondersteuning. Dit is dus misschien wel een mooi bruggetje naar het volgende blokje. Vaak is een zorgvraag ook meer een symptoom, in plaats van dat je echt bezig bent met de oorzaak weg te nemen. Stel dat bij een verloskundige iemand in behandeling komt die zich hartstikke zorgen maakt over een ophanden zijnde huisuitzetting, aangezien er anderhalve meter is aan niet-betaalde facturen. Dan kun je zorg leveren totdat je een ons weegt, maar die stress daarover blijft echt bestaan. Kan die verloskundige dat oplossen? Nee, want dat is niet de competentie van een verloskundige. Die kan daar niet in optreden. Maar weet die verloskundige vervolgens wel de weg naar bijvoorbeeld het wijkteam, dat juist wel kan voorkomen dat die huisuitzetting gaat plaatsvinden? Dat is zeker nog niet in veel gemeenten geregeld. Daar hebben we enorm veel werk te doen. Dan ben je eigenlijk bezig met schulddienstverlening, maar het doet iets geweldigs met niet alleen de ervaren gezondheid van de moeder, maar juist ook met de gezonde start van het kind. Dat is een voorbeeld van in een ander

domein aan de slag gaan of, zou je kunnen zeggen, een veel betere verbinding leggen tussen het medische en het sociale domein.

Ik ga verder met de vragen. Het CDA vraagt of het kabinet nog specifiek onderzoek gaat doen naar de verschillen in levensverwachting om die nader te duiden. Er liggen al zo veel stapels onderzoek. Wat mij betreft is de volgende stap om die VTV van het RIVM af te wachten. Dan zal het kabinet daarop regeren. De WRR is op dit moment overigens bezig met een onderzoek naar de ontwikkeling van gezondheidsverschillen. Is het onderwijs er ook bij betrokken? Het antwoord is ja. De koepelorganisaties in het onderwijs zijn betrokken bij het opstellen van de preventieakkoorden.

Ik kom bij het tweede blokje. Het eerste ging vooral over preventie. Het tweede is: hoe helpen wij mensen om de weg te vinden? Dat was mede naar aanleiding van de vraag van mevrouw Dijkema. Een zorgvraag gaat niet altijd over zorg. Vraag het aan een huisarts. Hij zal zeggen: een serieus percentage — sommige huisartsen zeggen: bijna de helft — van wat ik 's ochtend in de wachtkamer heb zitten, zit eigenlijk om iets heel anders verlegen dan om een behandeling. Het gaat vaak om aandacht. Men komt vaak uit eenzaamheid, uit onzekerheid, uit bezorgdheid, maar dat zijn allemaal andere dingen dan dat er daadwerkelijk medische interventie wordt vereist. Twee dingen daarover. Het is hartstikke goed dat men in ieder geval de weg naar de huisarts weet te vinden. Dan kom ik weer bij de observatie van mevrouw Agema. Het is prachtig dat de huisartsenzorg zo toegankelijk is. Laten wij dat vooral zo houden. De VVD zegt wat dat betreft ook dat we geen eigen bijdrage voor de huisarts gaan invoeren, want dan mis je die toegankelijkheid.

Dan het tweede. Ik zou het heel veel huisartsen gunnen dat er een betere triage kan worden gedaan, om dat woord even te gebruiken, dat er een betere verbinding ontstaat tussen de wachtkamer en het wijkteam. Als je om contact verlegen zit, dan is de huisarts, hoe leuk, gezellig en fijn die man of die mevrouw ook is, niet de aangewezen persoon om naartoe te gaan. Je zou dat contact meer in de buurt moeten hebben. Daar kan het wijkteam je beter bij helpen dan de huisarts. Dit speelt in veel meer programma's een rol.

Weten we als het gaat om de toegankelijkheid van onze zorg, met name als het gaat over sociaal-economische gezondheidsverschillen en ervaren gezonde jaren, mensen steeds beter bij de hand te nemen om hun weg te vinden in de zorg? Dat is ten dele het geval, maar we werken er hard aan om dat te verbeteren. In een soms wat andere samenstelling van deze commissie hebben wij heel een intensief debat gehad over cliëntondersteuning en hoe dat anders en beter moet. Mevrouw Bergkamp heeft een vrij helder voorschrijvende motie ingediend voor welke groepen dat allemaal beter moet. Het gaat over kwetsbare groepen met een groot risico op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ik ben bezig met de voorbereiding van een brief. Ik kom daar in de richting van de Kamer op terug. Ik noemde al het programma Eén tegen eenzaamheid, waarmee wij ervoor gaan zorgen dat een grotere groep ouderen uit het isolement wordt gehaald. Door lokale coalities te sluiten, is dat ook echt mogelijk. Ik wijs op het programma Langer Thuis, waarop wij al vaker vooruit hebben geblikt. Dat wordt onder andere ingezet om mantelzorgondersteuning en de

toegankelijkheid daarvan te verbeteren en de samenwerking in de wijk te bevorderen. Dus ook dat gaat bijdragen aan het vinden van de weg in de zorg. Observaties bij de tussenevaluatie van de jeugdzorg wezen erop dat met name de groepen die het het hardste nodig hebben, het moeilijkste hun weg weten te vinden in het systeem van de jeugdzorg. Dat is zeker niet sinds gisteren. Dat is al veel langer het geval. Jeugdzorg is bij uitstek een vorm van zorg waarbij de mensen die het het hardste nodig hebben, zelf vinden dat ze dat het minst nodig hebben. Je moet dus heel erg je best doen om de toegankelijkheid van dat stelsel van jeugdzorg te verbeteren, met name voor de meest complexe groepen. Ook daarvoor staat een serie maatregelen in ons programma Zorg voor de Jeugd.

Kortom, de observatie klopt helemaal: met name mensen die zorg nodig hebben, weten hun weg moeilijker te vinden in het stelsel. Maar daartegenover staat ook — en ik denk dat het goed is om dat nog eens te beschrijven in de brief die ik toezegde in de richting van mevrouw Dijkema — dat we nu juist daarop een hele serie maatregelen treffen om die toegankelijkheid van de zorg te vergroten.

Voorzitter. Dan het derde blokje, dat meer over de financiële toegankelijkheid gaat, want ook daarover is een aantal vragen gesteld. Als het gaat om de financiële toegankelijkheid van de zorg in Nederland, moet je op z'n minst zeggen dat die er in internationale vergelijking met kop en schouders bovenuit steekt. Dat neemt niet weg dat de zorgkosten voor mensen een serieuze kwestie kunnen zijn. Sterker nog: dat kan in toenemende mate een serieuze kwestie zijn. We weten uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau dat mensen zorgen hebben over hoge zorgkosten.

We spreken heel vaak over de kloof tussen Den Haag en de burger, maar ik vind het altijd interessant om te zien dat de zorg die de burger heeft over zijn eigen zorgkosten, volmaakt parallel loopt met de zorgen van de planeconoom van het CPB over de toenemende zorgkosten. Ik denk dat dat het punt is waar mevrouw De Vries terecht op wijst. Wat betreft die toenemende zorgkosten in Nederland is het nu al zo dat een vrij serieus deel van het inkomen opgaat aan zorg. Mensen merken dat vaak niet, maar het is wel zo en als we niet oppassen, kunnen die zorgkosten dusdanig gaan stijgen dat mensen in 2040 ongeveer twee keer zoveel aan zorg kwijt zijn als nu. Met name voor mensen met middeninkomens, die minder profiteren van alle regelingen die er zijn, kan dat enorm gaan drukken op het besteedbaar inkomen. Tot wel 40% van het besteedbaar inkomen kan worden opgesoupeerd door zorg.

We moeten nooit in die fase komen. We moeten elkaar dus ook niet al te zeer de somberheid aanpraten, want we kunnen dat met elkaar niet betalen, we kunnen dat niet leveren en er zijn ook helemaal niet genoeg mensen om de zorg op die manier te kunnen leveren. Maar belangrijker dan dat is de notie die mevrouw De Vries inbrengt: alleen al het dempen van de stijging van de zorgkosten helpt om de solidariteit in het stelsel overeind te houden. Die solidariteit is namelijk in het Nederlandse stelsel heel erg groot en dat moeten we ook vooral zo weten te houden. Aan die kant moeten we beginnen. De stijging van de zorgkosten in de hand houden is dus echt van belang voor de financiële toegankelijkheid van de zorg, en om de solidariteit in het stelsel overeind te houden.

Dan de ervaren stijging van de zorgkosten voor mensen zelf, waar mevrouw Ellemeet op doelde. Het kabinet richt zich met name op de stapeling van zorgkosten. Het kabinet neemt een aantal maatregelen om die stapeling tegen te gaan. De eerste maatregel is het bevriezen van het eigen risico; dus niet het afschaffen, maar het bevriezen ervan. Zonder die maatregel zou het eigen risico namelijk gewoon meestijgen met de stijging van de zorgkosten, en die is fors in deze kabinetsperiode. Bevriezen helpt dus; dat is één.

Een tweede punt betreft mensen die langdurige zorg ontvangen maar zelf nog woonlasten dragen, bijvoorbeeld omdat hun partner in een verpleeghuis zit, en zij zelf niet meer, of omdat die zorg thuis wordt geleverd via vpt, mpt of pgb, om maar eens een paar afkortingen de zaal in te slingeren. Voor hen is de eigen bijdrage fors verlaagd per afgelopen 1 januari. Dat betekent een voordeel van €150 per maand — dat hangt een beetje af van je inkomenssituatie — voor een groep van 30.000 mensen die veel zorgkosten hebben. Een enorm voordeel.

De vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdrage in de Wlz en beschermd wonen wordt gehalveerd per 2019, van 8% naar 4%. Dat is een enorm voordeel voor mensen met een stapeling aan zorgkosten. Daarnaast zijn we bezig met het uitwerken van een abonnementstarief waar ik over niet al te lange tijd bij uw Kamer over wil spreken, waarbij de eigen bijdrage voor de Wmo-zorg vanuit de gemeente wordt gemaximeerd op €17,50 per vier weken. Daarnaast worden de eigen betalingen voor de geneesmiddelen gemaximeerd op €250. Kortom, waar heeft dit kabinet zich nu op te richten? Met name op de stapeling van zorgkosten die wordt ervaren; dat is de ene kant. Het kabinet moet ook de totale stijging van de zorgkosten zo veel mogelijk dempen; dat is de andere kant. In die combinatie willen we de financiële toegankelijkheid van de zorg en ook de solidariteit waarborgen in het stelsel. Ik ben er echt van overtuigd dat dat de weg is om te gaan.

Ik kan alle vragen nalopen, maar ik denk dat ik ze daarmee allemaal heb beantwoord.

**De voorzitter:**

Er is nog wel een interruptie van mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik was even plassen, voorzitter.

**Minister De Jonge:**

Too much information.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Er zat ook nog een collega van me hier, maar ik heb de minister niet gehoord over de meerzorgregeling.

**Minister De Jonge:**

Excuus, excuus. Ik kan mijn briefje even niet vinden, maar ik geef het antwoord wel uit mijn hoofd. De meerzorgregeling is geen tijdelijke regeling, maar ze kan wel tijdelijk worden geïndiceerd voor mensen die met name voor gedragsondersteuning meer zorg geïndiceerd krijgen. Op

dat gebied kunnen er namelijk nogal fluctuaties zitten in de mate van ondersteuning die nodig is. Maar het gaat erom dat er in de Wet langdurige zorg twee regelingen zijn om boven het zzp zorg te kunnen verlenen. Het ene is de extrakostenthuisregeling, goed voor maximaal 125% van de basiszorg die vanuit het zzp geleverd kan worden. Daarnaast is er de meerzorgregeling, en die wordt verruimd. Daar hebben we een heel debat over gehad. Om meer maatwerk te kunnen leveren in de Wet langdurige zorg wordt de meerkostenregeling verruimd. Ik heb de Kamer toegezegd om een brief te sturen over de verruiming voor meer maatwerk in de Wlz en ik heb toegezegd om een brief te sturen over de zorgval. Beide hebben te maken met de extrakostenthuisregeling én met de meerzorgregeling. Misschien moeten we het debat dan hervatten, maar die regelingen zijn er en worden zelfs verruimd.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik weet niet anders dan dat de meerzorgregeling een tijdelijke subsidieregeling is, evenals de groepsmeerzorgregeling, wat ook een tijdelijke subsidieregeling is. Maar het is fijn dat de minister daarop nog terug wil komen. Ik zou hem willen vragen of hij dan ook expliciet kan ingaan op de groepsmeerzorgregeling, want ik denk toch dat die in de toekomst meer voor ons kan betekenen dan de meerkostenregeling an sich en dat we daar een wat meer definitieve status aan kunnen geven. Want een subsidieregeling is natuurlijk wel iets anders dan een zzp-financiering.

**Minister De Jonge:**

Misschien mag ik daar nog op terugkomen. Ik volg graag het voorstel van mevrouw Agema.

**De voorzitter:**

Prima. U was aan het einde gekomen van uw termijn?

**Minister De Jonge:**

Ja.

**De voorzitter:**

Dan ga ik over op de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Een minuut spreektijd, inclusief de mogelijkheid om moties in te dienen. De eerste spreker van de zijde van de Kamer is mevrouw Dijkema van de Partij van de Arbeid.

□

**Mevrouw Dijkema (PvdA):**

Voorzitter. Hartelijk dank aan de minister voor zijn bijdrage. Mijn indruk is dat het kabinet op zichzelf zeer serieus aan de slag wil met het verkleinen van de gezondheidsverschillen, om de gezondheid van alle Nederlanders te verbeteren, zowel van de mensen die het goed voor elkaar hebben als ook van de mensen die in een lastige positie zitten en kwetsbaar zijn. Maar ik denk dat het goed is om het debat met in ieder geval twee moties van mijn kant te besluiten. De eerste motie wil ik indienen om gewoon toch precies vast te leggen dat de regering zowel bij het preventieakkoord als bij de hoofdlijnenakkoorden apart aandacht gaat besteden aan de zorgkloof en aan de rapportage van de effecten van beleid aan de Kamer. Die wil ik mede indienen

namens collega Hijink, die eigenlijk eenzelfde idee had, zo bleek ons in de voorbereiding van dit debat.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de regering voornemens is tot hoofdlijnenakkoorden in de zorg en een nationaal preventieakkoord te komen;

overwegende dat deze akkoorden mogelijkheden bieden om de zorgkloof terug te dringen;

verzoekt de regering bij de hoofdlijnenakkoorden en het nationaal preventieakkoord expliciet aandacht te besteden aan de wijze waarop de zorgkloof kan worden verkleind en daarover te rapporteren aan de Kamer,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Dijkma en Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 899 (29689).

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Tweede motie, kort maar krachtig.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat toegang tot zorg nooit afhankelijk mag zijn van de breedte van de portemonnee;

overwegende dat het eigen risico voor veel mensen een hoge drempel tot zorg is;

verzoekt de regering stappen te zetten om het eigen risico in de zorg te verlagen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Dijkma. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 900 (29689).

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Dijkma. Dan ga ik naar de heer Hijink van de SP.



De heer **Hijink** (SP):

Dank u, voorzitter. Ik zie uit naar het avondvullende debat met deze minister om de fundamentele kwesties nog eens een keer goed door te akkeren. Om daar een begin mee te maken, zou ik graag de volgende motie willen indienen.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er in Nederland grote verschillen bestaan in de gezondheid tussen mensen met een hoge en mensen met een lagere sociaal-economische positie in de samenleving;

constaterende dat een belangrijk onderdeel van het aanpakken van sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen mensen ligt bij het verbeteren van de woon-, werk- en leefomstandigheden voor mensen;

van mening dat dit kabinet niet genoeg ingrijpt om de woon-, werk- en leefomstandigheden van mensen met een lagere sociaal-economische positie te verbeteren;

verzoekt de regering om te erkennen dat het verbeteren van deze woon-, werk- en leefomstandigheden cruciaal is voor het aanpakken van sociaal-economische gezondheidsverschillen, verantwoordelijkheid te nemen voor het significant verbeteren van deze omstandigheden en een integraal plan op te stellen om dit te bewerkstelligen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 901 (29689).

De heer **Hijink** (SP):

En dan binnen tien seconden nog een praktisch punt om alvast een begin te maken met wat ik daarnet voorstelde.

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er in veel gemeenten is bezuinigd op de GGD;

constaterende dat het consultatiebureau binnen de GGD een belangrijke rol heeft in het vroegtijdig signaleren van achterstanden bij kinderen;

verzoekt de regering om te onderzoeken welke middelen nodig zijn om consultatiebureaus te versterken zodat ze hun rol in de preventieve gezondheidszorg beter kunnen vervullen,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Hijink en Dijkma. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 902 (29689).

Mevrouw Ellemeet ziet af van haar spreektijd. Dan ga ik naar mevrouw Sazias van 50PLUS.



**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Dank, voorzitter. Op mijn vraag of ze in hun opleiding ook wat over gezonde voeding leren, heb ik regelmatig van artsen gehoord dat daar nauwelijks tot helemaal geen aandacht voor is. Vandaar de volgende motie.

---

**Motie**

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat gezonde voeding een significante bijdrage kan zijn aan een goede gezondheid;

overwegende dat informatie over gezonde voeding niet iedereen bereikt;

overwegende dat er in opleidingen voor medici en verzorgenden nauwelijks aandacht is voor het belang van gezonde voeding;

verzoekt de regering de mogelijkheden te onderzoeken hoe gezonde voeding in het curriculum van medische en verzorgende opleidingen opgenomen kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:**

Deze motie is voorgesteld door de leden Sazias, Van Brenk, Ellemeet en Dijkma. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 903 (29689).

Ik begrijp dat mevrouw Van den Berg gebruikmaakt van de mogelijkheid tot beraadslaging.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ja, voorzitter, ik wil graag een vraag stellen, want voor zover wij weten staat dit al in het regeerakkoord. Ik vroeg me dus even af waarom mevrouw Sazias dan toch een kopie wil maken van het regeerakkoord.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Wij denken dat dit zo'n belangrijk onderdeel is dat het nooit kwaad kan om de minister wat extra steun te geven hierin.

Wij hopen dan ook op een "oordeel Kamer" en "ondersteuning beleid".

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan ga ik naar de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Mevrouw Van den Berg van het CDA ziet af van haar tweede termijn, evenals mevrouw Dijkstra van D66. Dan kom ik bij de laatste spreker van de zijde van de Kamer en dat is mevrouw De Vries van de VVD.



**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Voorzitter, dank u wel, want ik heb niet vaak het genoegen om met deze minister te debatteren.

Ik had een aantal concrete vragen gesteld in de eerste ronde. De minister raakt ze wel aan, maar de concrete vragen worden eigenlijk niet beantwoord, dus ik wil ze gewoon nog maar een keertje gaan herhalen.

De eerste vraag ging over het stimuleren van samenwerking tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein. Daar heeft de minister wel iets over gezegd, maar ik ben wel benieuwd hoe het kabinet dat wil gaan stimuleren en bevorderen.

Het tweede punt is het volgende. De minister heeft iets gezegd over de betaalbaarheid van de zorg en dat we de zorgkosten moeten gaan dempen. Een aantal mensen zeggen dat er een aantal concrete dingen zijn waarop je zou kunnen inzetten, bijvoorbeeld als het gaat om de duurste patiënten, die meerdere aandoeningen hebben, met verschillende specialisten en verschillende ziekenhuizen. Er zijn hoogleraren die aangeven dat er wel 1 miljard bespaard kan worden. Dan zou ik daar als ministers vol op inspringen om te kijken hoe je dat handen en voeten kan geven. Ik vind ook dat het belangrijk is dat we daarop ingaan.

Ik had op dat punt ook heel concreet gevraagd welke kansen betere informatie-uitwisseling biedt. Wij zouden toch wel graag stappen zien van deze minister ofwel van de minister voor Medische Zorg om dit op te pakken, zodat die besparingen ook daadwerkelijk gerealiseerd gaan worden.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw De Vries. Ik geef de minister de gelegenheid om even zijn paperassen bij elkaar te zoeken.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

**De voorzitter:**

Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de beantwoording in tweede termijn en een oordeel over de in tweede termijn ingediende moties.



**Minister De Jonge:**

Voorzitter, dank u wel. Ik heb een aantal moties en die zal ik per motie nalopen. Ik begin met de motie van het lid

Dijksma op stuk nr. 899. Dat het thema van de zorgkloof op ons netvlies moet staan en dat we daarmee aan de slag moeten, ook de komende periode, daarover zijn we het denk ik wel eens. De vorm die mevrouw Dijksma per motie voorstelt, vind ik eigenlijk wat te karig, gelet op wat we daadwerkelijk te doen hebben. We gaan niet alleen via de akkoorden aan de slag. We kiezen er juist ook voor om met allerlei programma's aan de slag te gaan. Dat is een punt van aarzeling. Het tweede punt van aarzeling is als volgt. We staan nog redelijk aan het begin van het preventieakkoord. Overigens debatteert u daar verder met mijn collega over. We zijn ten aanzien van de hoofdlijnakkoorden al ver gevorderd in de onderhandeling. We hopen u daarover op niet al te lange termijn te kunnen berichten. Ik vind het dan wel gek om te elfder ure nog een aparte bestelling daarin op te nemen, hoewel de afspraken die we daarin zullen maken, hieraan ongetwijfeld een bijdrage zullen leveren. Kortom, omwille van die aarzelingen wil ik deze motie ontraden.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Dat vind ik ontzettend jammer. Nou waren we zo goed begonnen vandaag ...

Minister **De Jonge**:

Eigenlijk wel, ja. En dan dit.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

De redenering van de minister vind ik, met alle respect, onnavolgbaar. U begint met te zeggen: ja, u bent eigenlijk te karig; we doen veel meer. Aan het eind komt dan toch het duveltje uit het doosje: bij de hoofdlijnakkoorden is mijn verzoek misschien iets te veel gevraagd. Het kan niet allebei waar zijn; dat kan gewoon niet.

Minister **De Jonge**:

Nou, het is toch allebei waar. Maar ik zal de redenering nog eens opbouwen.

De **voorzitter**:

Doet u dat kort.

Minister **De Jonge**:

Oké. Ik zal proberen het kort weer te geven. Eén. We hebben zojuist gewisseld dat het RIVM voor de zomer komt met zijn VTV. Daar zullen wij op reageren. Daarbij zullen we expliciet aandacht besteden aan hoe dit kabinet zich inzet voor terugdringing van de zorgkloof. Daar bent u volgens mij niet tegen; dat vindt u volgens mij ook een prettige gedachte. Twee. Ik zei zojuist dat het niet alleen om akkoorden gaat. Deze motie gaat slechts in op de akkoorden, daar waar de programmatische sturing die bijdraagt aan het tegengaan van de zorgkloof, bijvoorbeeld gaat over het programma tegen eenzaamheid, het programma Kansrijke Start en al die manieren waarop we de kloof tegen willen gaan. Een derde element in de redenering om deze motie te ontraden is dat op z'n minst een van de hoofdlijnakkoorden die we wensen te sluiten, op een haar na gevild is. Het zou gek zijn om dan te elfder ure nog even een bestelling eraan toe te voegen.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Over het eerste punt zijn we het eens, maar dat heeft niks met deze motie te maken. Wat betreft het tweede punt het volgende. Als u al uw programma's eraan toegevoegd zou willen zien, staat het u geheel vrij om dat te doen. Er is helemaal niets wat u tegenhoudt. Wat het derde punt betreft: daar wringt de schoen, dat klopt. Het kabinet zegt, ook in een brief aan de Kamer: voor ons is het verkleinen van de gezondheidsverschillen eigenlijk chefsache, superbelangrijk. Over het belangrijkste instrument dat u de komende jaren misschien wel heeft om daarop te sturen, financieel ook, namelijk de hoofdlijnenakkoorden, zegt u: we kunnen niet met een nabestelling komen. Dat kan niet. Dat veronderstelt namelijk dat er in de hoofdlijnenakkoorden geen maatregelen zouden zitten om die verschillen te verkleinen. Zelfs ik geloof dat niet. U doet zichzelf vermoedelijk tekort en doet, jammer genoeg, met het ontraden van deze motie de Kamer ook tekort. Ik vind dat bij beide punten, zowel het preventieakkoord als de hoofdlijnenakkoorden, gewoon in beeld gebracht zou moeten kunnen worden wat ze bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen.

Minister **De Jonge**:

Hoe langer en hoe meer we praten, hoe meer we het oneens worden. Eén. De hoofdlijnenakkoorden zijn niet het belangrijkste instrument van sturing. Integendeel. Dat probeer ik nu juist te beargumenteren. Er zijn zo veel manieren om te sturen op die zorg. Mijn aanbod aan mevrouw Dijksma — en daarover leek ze aanvankelijk enthousiast — was om naar aanleiding van de VTV van het RIVM met een reactie te komen en om met als uitsnede van de werkelijkheid sociaal-economische gezondheidsverschillen te beschrijven en op welk moment, op welke manier en langs welke weg het kabinet die aan wenst te pakken. Dat is één. Twee. Ik ga niet vooruitlopen op de inhoud van de hoofdlijnenakkoorden. Ze zijn in onderhandeling. Dan vind ik het inderdaad gek om te elfder ure daar nog eventjes de bestelling aan toe te voegen dat er apart en expliciet aandacht aan moet worden besteed. Daarnaast leveren een aantal afspraken daar mede een bijdrage aan. Dat is zeker zo, maar bespreek dat op het moment dat het onderhandelaarsakkoord rond is, want dat is het moment om het vervolgens in achterbannen te bespreken. Dat geldt zowel aan de kant van alle partijen die bij de zorgakkoorden betrokken zijn alsook aan de kant van de Kamer.

De **voorzitter**:

Een hele korte opmerking, mevrouw Dijksma, want we gaan zo verder naar de volgende motie.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Het lijkt mij inderdaad sowieso logisch dat er ook voor de onderhandelaars van de rijksoverheid een parlementair voorbehoud wordt gemaakt bij de hoofdlijnenakkoorden. Nogmaals, als het een hoofdpunt van beleid is om gezondheidsverschillen te verkleinen, dan moet dat ook terug te lezen zijn in hoofdlijnenakkoorden, die een wezenlijk sturingselement zijn als het om financiën gaat. Het is geen nabestelling. Het is uw eigen beleidsvoornemen gewoon in beeld laten brengen in uw eigen akkoorden. Ik snap oprecht niet wat daartegen kan zijn.



**Minister De Jonge:**

Ik denk niet dat u wilt dat ik mij ga herhalen.

**De voorzitter:**

Nee. Ik denk dat u het oneens bent. U gaat door naar de volgende motie, die ook van mevrouw Dijkema is.

**Minister De Jonge:**

De regering van mevrouw Dijkema op stuk nr. 900 verzoekt de regering om stappen te zetten om het eigen risico in de zorg te verlagen. Nu kent u het voornemen van dit kabinet om het eigen risico gelijk te houden. Dat is een verlaging ten opzichte van de stijging die er anders in had gezeten, want we gaan het systeem echt veranderen, maar dat is geen absolute verlaging. Dat is één. Twee. Dat doen wij niet omdat wij een gerichtere set aan maatregelen wensen te treffen die ook beter raken aan het doel dat je eigenlijk beoogt, namelijk de stapeling van zorgkosten tegengaan. Ik heb net de voorbeelden genoemd die wij daarin nalopen in deze kabinetsperiode. Een aantal maatregelen hebben we zelfs al getroffen. Kortom, ik wil deze motie ontraden.

Voorzitter. De motie op stuk nr. 901 is van het lid Hijink. Deze raakt aan de discussie die we zojuist hebben gehad over de integraliteit van de verschillende domeinen van beleid, die allemaal in kunnen grijpen op de gezondheid van mensen. Ik denk dat we dat niet bestrijden. Ik zie alleen werkelijk niet hoe een integraal plan daar dan een bijdrage aan gaat leveren. Dus ook deze motie zou ik willen ontraden.

Dan kom ik bij de motie-Hijink/Dijkema op stuk nr. 902, die de regering verzoekt om te onderzoeken welke middelen nodig zijn om consultatiebureaus te versterken. Ik ben het niet per se eens met de eerste constatering dat er heel veel bezuinigd zou zijn. Ik kan me wel voorstellen dat u dit verzoek doet, maar ik zou eigenlijk willen vragen om deze motie aan te houden tot het moment dat we het programma Kansrijke Start bespreken, omdat daarin heel nadrukkelijk de rol van de Centra voor Jeugd en Gezin/de consultatiebureaus beschreven staat en geherpositioneerd wordt. Ik zou u eigenlijk willen vragen om deze motie aan te houden tot dat debat.

**De heer Hijink (SP):**

Ik zou het eerder willen omdraaien. Als dat onderzoek op korte termijn uitgevoerd wordt, kunt u het nog meenemen in het plan.

**Minister De Jonge:**

Dan ontraad ik deze motie. Nog een onderzoek en nog meer papier is niet de weg om te gaan.

Ik ga door naar de motie-Sazias c.s. op stuk nr. 903. Die verzoekt de regering de mogelijkheden te onderzoeken om gezonde voeding in het curriculum van medische en verzorgende opleidingen op te nemen. Een curriculum wordt tot stand gebracht door de beroepsgroep zelf en de onderwijsinstellingen. Samen maken zij een curriculum. We moeten ervoor oppassen dat we niet bij ieder debat een bestelling doen voor wat er moet worden opgenomen in een curriculum. Dit is namelijk echt niet de eerste motie die ik op dit punt heb gezien. Dat is één. Het tweede punt is dat het

regeerakkoord dezelfde boodschap overbrengt aan de beroepsgroep en het onderwijs: er moet aandacht zijn voor effectieve interventie, waarbij leefstijlinterventies en voedingsinterventies een rol spelen. Als het dus gaat om het overbrengen van die boodschap, dan wil ik dat wel doen, maar daar heb ik deze motie niet voor nodig. Als u het goedvindt, doe ik u de toezegging dat ik die boodschap overbreng. Maar deze motie ontraad ik.

Dan kom ik bij de vragen van de VVD. Ik meen op z'n minst geraakt te hebben aan de gestelde vragen. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn hebben we in het debat vervat dat ging over de vraag hoe je ervoor kunt zorgen dat het medische domein en het sociale domein meer met elkaar samenwerken. Maar het klopt dat er daarnaast nog een wereld te winnen is op het gebied van de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Dat is toevallig een van de onderwerpen die in de hoofdlijnenakkoorden terugkomen. Daarin gaat het over de vraag wat je vanuit het zorgdomein ook in een ander domein zou kunnen doen, om zorgzaken meer te verbinden met bijvoorbeeld leefstijl of andere elementen uit het sociale domein. Dan kan het bijvoorbeeld gaan over diabeteszorg. Mevrouw Van den Berg richtte haar inbreng daarop. Het gaat dan over een betere samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, en over substitutiezorg die je in de eerste lijn doet en daarna combineert met leefstijlinterventies en andere typen interventies uit het sociale domein. Daardoor is zelfs de medische zorg op den duur niet meer nodig. Als wij met elkaar de groeiende zorgkosten in de hand willen houden, is dit de weg om te gaan. Dit is alleen nog maar het voorbeeld van de diabeteszorg. Dit zou je ook op heel veel andere domeinen van toepassing kunnen verklaren. Het rapport Zorg op de juiste plek, dat onlangs is gepresenteerd door een aantal partijen, is de onderlegger voor de gesprekken die daarover gevoerd worden in het kader van de Hoofdlijnenakkoorden. Maar ook daarvoor geldt: niet bij hoofdlijnenakkoorden alleen. Dat is één.

Het tweede punt is de vraag over de zorgkosten. Is het nou zo dat 1% van de patiënten een serieus percentage — wat was het ook alweer; 80%? Dat zal niet — van de zorgkosten voor zijn rekening neemt? U zei zelfs: "verantwoordelijk is voor". Ik ken die woorden ook uit onderzoeken, maar ik vind ze altijd wat ongemakkelijk. De patiënten kiezen daar doorgaans niet zelf voor. Dit gaat namelijk over de duurste oncologische zorg. De hoogste zorgkosten zitten vaak daar. Dat heeft deels te maken met de specifieke medicatie die allemachtig duur is en met de behandeling die buitengewoon intensief is. Klopt het dat er in de samenwerking tussen gespecialiseerde centra en reguliere ziekenhuizen winst te boeken is? Absoluut klopt het dat er ook bij heel dure zorg, nog even los van de oncologische zorg, combinaties te maken zijn met de eerste en de tweede lijn en met wat mensen thuis kunnen. Absoluut! Het meest simpele voorbeeld betreft de hartpatiënten. Die komen normaal periodiek terug en maken daarmee heel veel uren gebruik van zorg, omdat ze elke twee of drie weken eventjes op herhaling moeten komen en gemeten moeten worden. Als zij die dingen thuis kunnen doen, is het én minder belastend voor de patiënt én veel minder belastend voor het zorgsysteem. Kortom: ja, het klopt, heel veel dure zorgkosten zijn terug te dringen door een betere samenwerking.

Waar beleggen we dat thema? Onder andere via Zorg op de juiste plek in de hoofdlijnenakkoorden. Maar niet alleen daar. Ook op andere manieren wordt ervoor gezorgd dat

die beweging in de sector wordt gemaakt. Ik vind het mooi om te zien dat het eigenlijk een beweging aan het worden is van de sector zelf. Onder de noemer "zinnige zorg" worden dit soort oplossingen steeds vocaler en steeds wijder verbreid; onder andere zorgverzekeraar VGZ is daar sterk mee bezig. Dat is hartstikke goed nieuws.

Welke stappen zet de minister? Ik denk dat het heel goed is dat u als de hoofdlijnakoorden als onderhandelaarsakkoord ook bij de Kamer liggen, daarover het debat vervolgt met mijn collega Bruins.

Punt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan zijn wij hiermee aan het einde gekomen van dit dertigledendebat over de groeiende zorgkloof in Nederland.

De beraadslaging wordt gesloten.

**De voorzitter:**

Ik dank de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor zijn komst naar de Kamer. De stemmingen over de ingediende moties vinden plaats op de dinsdag na het meireces. Wij hervatten de beraadslagingen om 14.15 uur. Ik schors de vergadering tot dat moment.

De vergadering wordt van 13.07 uur tot 14.16 uur geschorst.