

## 11

# Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019 ( 35000-XVI ).**

**De voorzitter:**

Aan de orde is de behandeling van de begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

**De voorzitter:**

Ik geef mevrouw Agema als eerste spreker namens de PVV-fractie het woord.



**Mevrouw Agema (PVV):**

Voorzitter. Zoals u weet, overleden afgelopen jaar mijn beide ouders. Op een geheel andere wijze dan normaal kwamen de onderwerpen die wij hier wekelijks bespreken tot leven. De zorg kende ik als patiënt en als woordvoerder, maar nog niet als kind van. Meer nog dan voorheen ben ik onder de indruk van de integriteit, vakkundigheid en betrokkenheid van de tientallen zorgverleners met wie zij te maken kregen. Mijn ouders hebben in een relatief korte tijd zeven levensreddende en ook innovatieve operaties gekregen, maar zijn beide overleden aan een bacterie. Ze waren zestigers. Dat wat qua gezondheid slechts een rotjaar voor hen had moeten zijn, liep anders af. We kunnen als kinderen nog steeds nauwelijks bevatten dat kleine beestjes hiervoor hebben gezorgd. De minister voor Medische Zorg gaat een wereldwijde conferentie organiseren over de strijd tegen antibioticaresistentie. Het is inderdaad een groot probleem. Je kunt de beste dokters hebben die de meest ingevulde operaties kunnen uitvoeren, maar als mensen vervolgens overlijden aan een bacterie, staan we met lege handen.

Laat ik dit persoonlijke moment ook benutten om vanaf hier mijn dank uit te spreken aan al die betrokken medewerkers. De medewerkers van de intensive care unit van het Zaans Medisch Centrum. Rowèn, die haar werk met zo veel compassie deed. De mevrouw van de dialyseafdeling die na mijn vaders overlijden nog een lief briefje stuurde. Huisarts Elands die altijd betrokken en bereikbaar was. En ook Cecilia, Melcha en Bertha die kwamen waken bij mijn moeder. En de twee mannen die op zondagavond tegen middernacht nog een spiksplinternieuw hoog-laagbed kwamen brengen, zodat ze er de laatste uren van haar leven verzorgd bij lag. Voor hen sta ik hier en voor al die andere kanjers. Het maakt mij trots volksvertegenwoordiger te zijn op zo'n mooi terrein als de zorg. Het brengt mij de passie er vol in te gaan en ministers erop aan te spreken als zij ons beduvelen met mooie praatjes.

Het kabinet zit er al een poosje. We hebben vandaag daarom een mooie gelegenheid om de balans op te maken en het ziet er niet best uit. Belofde het vorige kabinet dat alles er ondanks de bezuinigingen beter op werd, dit kabinet is nóg erger. De bewindspersonen vormen samen een reclamebureau. Ik heb zojuist hun foto nog even gecrash. Te pas en te onpas worden flitsende actieplannen exclusief naar de media gestuurd, plannen die later niet meer dan een façade blijken te zijn, waar de zorg een loer mee wordt gedraaid, maar dan hoor je er niks meer over.

We worden gefopt waar we bij staan. Zogenaamd worden de personeelstekorten opgelost. Zogenaamd worden de regels merkbaar aangepakt. Zogenaamd wordt het gat dat het sluiten van de verzorgingshuizen sloeg gedicht. Schaamteloos is het.

Ze zijn ook arrogant. Debatten in de Tweede Kamer der Staten-Generaal degraderen ze tot een simpel overlegje van vraag en antwoord. Geen vraag is geen antwoord. Ze zouden eigenlijk het fatsoen moeten hebben inhoudelijk te reageren als je met wat eenvoudige parate kennis hun zoveelste actieplan aan flarden schiet. Maar vooruit, ik zal u vandaag trakteren op een hele hoop onwelgevallige vragen.

Dat brengt me bij het grootste probleem van de zorg, het tekort aan medewerkers. De tekorten lopen nu al zo hoog op dat het nu al zo vaak spaak loopt. Waar leiden die tekorten toe? Dat iemand die bijna blind is en nog thuis woont nu al tijdens de zomerstop geen boodschappen krijgt. Dat familie een stervende in de laatste dagen thuis nu al moeten verzorgen. Dat verdrietige toestanden in verpleeghuizen zoals geen tijd voor het helpen met eten, een praatje te maken of iemand te douchen, gemeengoed worden.

Tekorten leiden ertoe dat de veiligheid van medewerkers in de ggz nu al op het spel staat. Dat nu al afdelingen voor acute opname sluiten, dat een kliniek voor psychiatrie moest sluiten. Dat door overbelaste huisartsen nu al de sluiting van huisartsenposten dreigt. Dat nu al afdelingen en operatiekamers in ziekenhuizen moeten sluiten, dat operaties nu al niet doorgaan.

Ook het ambulancepersoneel voert actie en nu al moeten mensen uren wachten op de spoedeisende hulp. De belofte van minister De Jonge dat het personeelstekort voor 2022 teruggebracht is tot nul. Het actieplan dat hij daarvoor opstelde, blijkt volkomen irreëel. Zelfs het Centraal Planbureau kon er helemaal niets mee. Hij veranderde zijn verhaal. Ineens waren het rekenvoorbeelden.

Maar dat was nog niet alles. "Bemoedigend" stuurde reclameminister De Jonge eruit als reactie op de eerste resultaten van zijn actieplan. Maar hij vergat erbij te vertellen dat die resultaten waren geboekt in de periode van vóór zijn actieplan.

Plannen van de oppositie worden afgewezen. Met ons overheadplan kunnen bijna 30.000 managers vrijwillig en met behoud van salaris weer een uitvoerende taak vervullen. Bijna 2 miljard euro wordt hiermee verplaatst van top naar werkvloer. Vraag: is de minister bereid ons overheadplan uit te voeren?

Dan het begrip "extra". Het reclamebureau heeft ook iets met het woord "extra". "Extra" klinkt altijd lekker. Gisteren

nog stuurde minister De Jonge het reclamepraatje de wereld in dat er 13.000 extra medewerkers bijgekomen zijn in de verpleeghuizen. Maar dit is geen extra. Het vorige kabinet ontsloeg 37.000 mensen de verzorgings- en verpleeghuizen uit. Nu is er een heel groot tekort. De werkdruk is daardoor veel en veel te hoog. Pas als er ergens in 2022 weer 37.000 mensen terug zijn, zit hij weer op een acceptabel niveau. "Extra" is daarom misplaatst.

Tekorten worden ingelopen en dat is goed, maar dat is iets heel anders dan extra. 5 miljoen euro voor de dagbesteding is niet extra als je net 1 miljard op de dagbesteding hebt bezuinigd. 5 miljoen euro voor iets tussen thuis en verpleeghuis is niet extra als je er net structureel 3 miljard euro op hebt bezuinigd. Er is geen extra geld voor de wijkverpleging als je voorganger er honderden miljoenen op bezuinigde. Er is geen extra geld voor de huishoudelijke hulp als je voorganger het macrobudget halveerde. Je hebt geen extra medewerkers als er net 77.000 zijn ontslagen. Het zijn reclames, en als we een Reclame Code Commissie in de zorg zouden hebben, dan liep het er storm.

Een deel van de personeelstekorten zullen worden ingelopen omdat de groeiende economie de bewindspersonen een steuntje in de rug geeft. Maar als het gaat over de economie, dan is onze zorg heel erg afhankelijk van een heel raar verhaal. Tot 2010 werd er altijd te krap geraamd op zorg. Opeenvolgende bewindspersonen kwamen dan onder vuur te liggen omdat zij moesten bezuinigen. Sinds 2012 gaat het anders. Sinds de verkiezingszomer van 2012 besloot VWS hysterisch te gaan ramen. "In 2040 betalen we de helft van ons inkomen aan zorg" was de mantra waarmee ons angst werd aangejaagd door toenmalig minister Schippers. Het was de leugen waar we de hele verkiezingsperiode niet meer van afkwamen. Kwalijk was het, want het Centraal Planbureau had een doemscenario uitgerekend waarin alle tot dan toe reeds genomen maatregelen niet waren meegenomen. Ze hadden een leuk sommetje verzonnen waarin 26 jaren achter elkaar de zorgkosten met 4,4% per jaar zouden groeien en de economie met slechts 1,6% per jaar. Wiskundig is dit zo geniepig. Iets wat 5% per jaar groeit, verdubbelt in veertien jaar, maar iets wat 1% per jaar groeit, verdubbelt in 72 jaar. De ene voorstelling van zaken is dus een ramp, de andere stelt niks voor. Als de economie evenredig groeit, dan is er dus helemaal niks aan de hand. Het was een compleet irreëel doemscenario dat het Centraal Planbureau overigens introk, maar dat altijd tussen de oren is blijven zitten.

Belogen en bedrogen werden we. Hysterisch werd ons wijsgemaakt dat de zorgkosten tijdens de vorige kabinetsperiode met maar liefst 18 miljard euro zouden stijgen. Het werden er 4,5. De geesten werden rijp gemaakt voor draconische bezuinigingen, maar in werkelijkheid bleef er zomaar ruim 8 miljard euro over aan meevallers. Bleef dat geld in de zorg? Kregen we een lagere premie? Werd het eigen risico afgeschaft? Nee. Die miljarden gingen terug naar de schatkist. Vorig jaar zei ik dit ook al en toen beweerde minister Bruins nog dat het niet zo was. Inmiddels weet u beter. De meevallers op zorg gaan naar de schatkist en worden gebruikt om elders op de begroting gaten te dichten, zoals dat van de massa-immigratie in 2015 en 2016. Er wordt dus eerst hysterisch begroot op VWS, dan wordt gedaan alsof de zorgkosten de spuigaten uitlopen, maar uiteindelijk is van zorggeld de massa-immigratie betaald. De zorg is daarmee een spaarpot geworden om impopulaire

uitgaven elders mee te betalen. Je moet het maar durven: over de rug van hoogbejaarden en zieke mensen.

En daar zitten ze, de durfals die het doen, want ze gaan er gewoon mee door. Ze gaan door met hysterisch begroten. Ze doen alsof er heel veel meer geld naar de zorg gaat. Ze doen alsof alle problemen in de zorg betaald worden, maar straks betaalt het kabinet gewoon iets anders van het geld dat nu nog op de rol van VWS staat. Nog meer massa-immigratie, of het gasverbod misschien. De zorguitgaven zouden onder het vorige kabinet met 18 miljard euro groeien — ik zei het al — maar het werd 4,5. En deze heren beweren dat deze kabinetsperiode de zorguitgaven met bijna 17 miljard euro groeien, maar de eerste meevallers worden al gemeld. Vraag: wilt u alstublieft stoppen met het verschrikkelijke, manipulatieve spel over de rug van hoogbejaarden en ernstig zieke Nederlanders? Gaat u alstublieft weer normaal begroten, zoals de situatie was van voor 2010? Vraag: gaat u — het kabinet spreekt met één mond — op eerlijke wijze aan de Nederlandse bevolking duidelijk maken hoe u de massa-immigratie en het gasverbod gaat betalen?

Dat brengt mij bij het trap-op-trap-afprincipe en de wet die minister De Jonge naar de Kamer gaat sturen omdat zogenaamd ons budgetrecht in het geding is. Als het economisch slechter gaat, dan delen de gemeenten mee in de bezuinigingen volgens het principe van trap af. Gaat het, zoals nu, economisch beter, dan krijgen ze er middels trap op geld bij. Dit wordt het trap-op-trap-afprincipe genoemd, maar dat deugt niet. Het kan toch niet zo zijn dat de economische toestand van ons land bepaalt of gemeenten meer of minder geld krijgen voor hun zorgtaken? Dat het van economische voorspoed afhangt of de ramen van iemand in een rolstoel helemaal worden gelapt of nog tot op ooghoogte? Of een gehandicapte wel een kat kan hebben waarvan de kattenbak wordt verschoond, of dat de kat de deur uit moet omdat het economisch slechter gaat? Of een oude mevrouw een verzameling oude cameraatjes uit haar vroegere fotowinkel kan houden of dat zij bij economisch slechter tij opgeruimd moeten worden omdat ze teveel stof vangen?

Vraag. Bent u bereid het trap-op-trap-afprincipe te beëindigen en budgetten voor wettelijke taken te becijferen op basis van kwaliteit, groei, demografie, loon en prijsbijstellingen?

Datzelfde geldt voor de vraag of er genoeg mensen aan het bed staan in de verpleeghuizen. De Agemagelden moesten tijdens Rutte I het tekort van 12.000 medewerkers aanvullen. Rutte II ontsloeg er 37.000 en Rutte III wil ze weer terughalen. Die schommelingen worden veroorzaakt door economische schommelingen en hoe de politieke pet staat. Dat doe je toch niet in een beschaafd land? Zo ga je toch niet om met de allerkwetsbaarste mensen? Hou op zorgmedewerkers zo verschrikkelijk te behandelen door ze er de ene keer uit te gooien en de andere keer weer van ze te verlangen dat ze terugkomen. Hou op met dit soort politieke spelletjes en geef mensen in hun laatste maanden fatsoenlijke verpleeghuiscare met voldoende mensen om hen te verzorgen. Wij willen toch in Nederland dat zorg van goede kwaliteit is, ongeacht de economische staat van ons land? Daarop kun je sturen. Daarop kun je mensen opleiden en daarop kun je als organisatie vertrouwen. Daarom is het juist goed dat het Kwaliteitsinstituut onafhankelijk de kwaliteitsnormen stelt en berekent hoeveel geld daarvoor nodig is. Dan ga je als minister toch geen wet naar de Kamer

sturen om hier een stokje voor te steken? Dan kom je toch niet met zo'n vals reclameargument als "het budgetrecht van de Kamer"? De Kamer houdt toch haar budgetrecht? De Kamer was toch in staat om verzorgingshuizen te sluiten? De minister heeft toch de tarieven voor de verpleeghuizen recentelijk niet herijkt? De zorgkantoren passen toch nog altijd de malusregeling toe? De minister heeft toch "onderhandelingsruimte om vanuit doelmatigheidsoverwegingen afspraken te maken over de prijs"? Ik citeer zijn brief van 1 oktober jongstleden. Vraag: bent u bereid om te komen met één kostendekkend tarief voor de verpleeghuizen, en om alle administratieve speeltjes eromheen af te schaffen?

De groei van het aantal medewerkers in de verpleeghuizen moet de resultante zijn van demografische groei en de kwaliteit die we wensen. Daarnaast moeten we ervoor zorgen dat de miljarden die omgaan in de zorg goed besteed worden, bijvoorbeeld aan betere salarissen. Het kan een mooi reclamepraatje zijn dat de vvt-sector, dus de sector voor verpleging, verzorging en thuiszorg, er 4% bijkrijgen, maar ze komen hiermee uit op het niveau van voor de crisis, terwijl de marginale belastingdruk alleen maar toegenomen is. Vraag: is de minister bereid zich hard te maken voor salarisverhoging in de zorg?

Er lekken miljarden weg uit de zorg. Je weet nooit hoeveel het is, maar schattingen gaan ervan uit dat jaarlijks zo'n 3 miljard euro tot 5 miljard euro weglekt door fraude. Vraag: hoeveel miljard heeft het actieplan Rechtmatige zorg inmiddels opgeleverd? En bent u bereid om het geld in te zetten voor betere salarissen?

Verspilling van materialen en voedsel, te hoge inkoopkosten; vele miljarden gaan er door verloren. Peuter deze miljarden uit de zorg en zet ze in voor betere salarissen. Stel normen. Iedereen die die normen haalt, mag het geld houden voor extra salaris voor de mensen die op de werkvloer werken. Vraag: is de minister bereid dat te doen?

Maar er wordt nog veel meer geld verspild, voorzitter. Doe iets aan die overreserves van de zorgverzekeraars. Ze hebben nog steeds zo'n 3 miljard euro op de plank liggen. En dan hebben we het nog niet eens gehad over de winsten van instellingen die weglekken. Daarbij gaat het om gemiddeld 1,2 miljard euro per jaar, want de rendementen in de zorg stijgen en de solvabiliteit komt boven de 30% uit. Ondanks het verbod op winstuitkering wordt dat verbod toch op grote schaal ontboden via bv's of onderaannemersconstructies. Gehaaide zorgbestuurders potten miljoenen op in hun holdings en keren tot wel 60% van de omzet aan zichzelf uit. Dit zijn constructies die tot op heden niet verboden zijn, maar wel in strijd zijn met de geest van de wet, namelijk het voorkomen van zelfverrijking met publiek geld, met zorggeld. De bestuurder rijdt in een dikke Bentley, de medewerker moet blij zijn met 4% loonsverhoging.

Het moet andersom, voorzitter. Het geld moet in de zorg blijven, voor de zorg, voor de mensen. Al begin dit jaar hebben wij een amendement opgesteld om deze winstuitkeringen te stoppen, maar de betreffende Wet toetreding zorgaanbieders heeft de minister in de ijskast gelegd. Vraag: bent u bereid deze walgelijke platte zelfverrijking te stoppen en het geld te geven aan betere salarissen? Wat overigens wel in de ijskast mag, is het onzalige wetsvoorstel Winstuitkeringen in de zorg, omgedoopt naar het vergroten van investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg.

Want hiermee krijgt het weglekken van zorggeld juist een extra duwtje in de rug. En wat de investeringsmogelijkheden betreft: daarmee zijn instellingen zelf al heel creatief bezig. Het Prinses Maxima Centrum haalde met obligaties 6 miljoen op voor nieuwbouw. Het Adrz financierde met crowdfunding een renovatie van 11 miljoen. Het Bernhovensiekenhuis heeft met obligaties aan personeel een kwart miljoen opgehaald. Daar is dus helemaal geen nieuwe wet voor nodig. Vraag: wat vindt de minister van het idee dat het personeel een stukje ziekenhuis kan kopen?

De vraag naar zorg groeit. We worden ouder, we mankeren meer. Medische ontwikkelingen maken meer mogelijk en er komen nieuwe medicijnen op de markt. Tegelijkertijd mogen de kosten volgens de hoofdlijnenakkoorden niet groeien. Vraag: is dit haalbaar? Het Centraal Planbureau vindt immers van niet. Het is toch eigenlijk van de gekke: zo'n 300 spectaculaire, levensveranderende en levensreddende medicijnen komen eraan. De vlag zou bijna elke dag op het ministerie uitkunnen voor al die levens van mensen en van gezinnen die zo spectaculair gaan veranderen. Wat doet de minister? Die zet er een rem op. De absurde gang van zaken rondom middelen als Spinraza, Orkambi en Nivolumab staat ons helder voor de geest. Vraag: zou het niet juist geweldig zijn om bijna dagelijks van die mooie reclame-items op tv te hebben door deze 300 medicijnen wel direct op te nemen in het basispakket?

Minister Bruins wil geld besparen door zorg te verplaatsen van het ziekenhuis naar de huisarts. Maar niet alleen wilden zijn voorgangers dit ook al en is het hen niet gelukt, het aantal huisartsen is vorig jaar gedaald en het aantal ingeschreven patiënten per huisarts gestegen. Vraag: hoe maakt de minister dit waar? Overigens hoeven besparingen helemaal niet naar de schatkist te vloeien, lees ik. In de begroting lees ik dat de minister voornemens is, een beetje geld achter de hand te houden: 50 miljoen euro van de besparing op de huisartsen, ggz en wijkverpleging die blijft binnen het eigen kader. Vraag: waarom niet alles?

Dan kom ik op het gemis van de verzorgingshuizen en de zeven treden van de ouderenzorg. We hadden het eens zo mooi geregeld in ons land, we hadden natuurlijke overgangen van huishoudelijke hulp, wijkzorg, wijkverpleging en begeleiding thuis, de opstap naar de verzorgingshuizen en daarna de verpleeghuizen en op het einde de palliatief-terminale zorg. We hadden dit verdomd goed geregeld. Nu door het sluiten van de verzorgingshuizen die natuurlijke overgangen niet meer bestaan, melden hoogbejaarden zich bijna dood, bijna blind, het stadium van beginnend dementerend allang voorbij, in rolstoel maar ook vaak al bedlegerig aan de deur van een verpleeghuis, terwijl het al heel, heel, heel lang niet meer ging. De huidige bewoners hebben veel complexere klachten dan hun voorgangers en hun verblijfsduur wordt steeds korter. Instellingen melden ons gemiddelden van zes tot tien maanden. Onze verpleeghuizen zijn daardoor sterfhuizen geworden, met als gevolg een zeer hoge werkdruk. Zo goed als alle kwaliteitsindicatoren, zoals ondervoeding, uitdroging, doorligwonden, vallen, medicatieveiligheid, mishandeling, agressie en drogeren zijn terug te herleiden naar te weinig medewerkers. Los je het personeelstekort op, dan los je ook de werkdruk op en het kwaliteitsprobleem. Daarom is dit zo belangrijk. Ergens olopemd tot 2022 komt het geld om voldoende mensen aan te nemen beschikbaar. Dan pas kan er voldoende kwaliteit in de verpleeghuizen geleverd worden. Tot nu toe is een derde ingelopen.

Daarom zijn die reclame-items op tv zo gemeen. Poseren met de mensen die het niet meer mee gaan maken. Ook in de nacht loopt het personeelsprobleem en daarmee de kwaliteit van zorg gierend uit de hand. Vraag: gaat u met de investering van 2,1 miljard in de verpleeghuizen ook de inzet van nachtverpleging verhogen? Zo ja, hoeveel nachtverplegers komen er dan tot 2022 bij?

Het vorige kabinet bezuinigde ook op de thuiszorg, terwijl ze het gat dat het sluiten van de verzorgingshuizen sloeg maar op moesten vangen. De huishoudelijke hulp werd ook gehalveerd. De gevolgen van deze bezuinigingsdrijf zijn wezenlijk voelbaar. Hoogbejaarden wilden dit allemaal zelf, was de leugen. Maar thuis loopt het te vaak spaak. Wekelijks lezen we de krantenberichten over dementerende ouderen die in de problemen komen, soms verdwalen en soms zelfs dood teruggevonden worden, alsof ze dat hadden gewild! Mantelzorgers moesten het gat dat het sluiten van de verzorgingshuizen sloeg maar opvullen, maar uit recent onderzoek blijkt dat dat niet is gebeurd. Dat is niet hun schuld. Ze kunnen er simpelweg niet nog meer bij doen. Iedereen droeg al zijn steentje bij. Kinderen hielpen hun ouders al. En als het thuis niet meer ging, dan pas gingen ze naar een verzorgingshuis. Ze gingen niet voor de lol naar het verzorgingshuis. Niet alleen ouderen zijn de dupe, kinderen vanaf 5 jaar worden verplicht ingezet. Doe niet alsof dit niet verplicht is. Als een gehandicapte of chronisch zieke ouder een minderjarig inwonend kind heeft, volgt er urenaf trek, terwijl deze kinderen al zo veel extra klussen in het huishouden doen. Deze gezinnen zouden juist extra uren moeten krijgen in plaats van minder. Vraag. Bent u bereid inwonende minderjarige kinderen uit te zonderen van de urenaf trek?

Schoorvoetend komt de politiek erachter dat ze een blunder van jewelste hebben begaan met het sluiten van de verzorgingshuizen. Draaien ze de blunder terug? Nee. Ze zijn op zoek naar "iets tussen thuis en verpleeghuis". Het eerlijke verhaal is dat de 80.000 verzorgingshuisplekken nooit meer terugkomen omdat het kabinet er geen stuiver voor heeft. En houd geen reclamepraatje over 5 miljoen extra. Voor 5 miljoen heb je hooguit 125 plekken terug. Natuurlijk kennen we allemaal de mooie voorbeelden zoals de Knarrenhof, maar één zwaluw maakt nog geen zomer. De woonmarkt en de zorgmarkt sluiten niet op elkaar aan. De initiatieven voor "iets tussen thuis en het verpleeghuis" vormen geen samenhangend geheel. De plannen worden lukraak door het land opgezet en overal komt men erachter dat het duur is, te duur. Een pand waarin verzorging en verpleging geleverd kan worden is heel erg duur. We horen huurprijzen van €800 en ook €2.800 in hetzelfde gebouw om het betaalbaar te maken, of een gemiddelde van €1.750 of €1.500. Dan is het alleen nog voor de happy few. Hadden we de verzorgingshuizen nog maar! Maar ook hier heb ik een idee. Vraag. Bent u bereid de lege of halflege oude verzorgingshuizen die we overal nog zien, opnieuw te financieren voordat de sloopkogels erin vliegen en ze om te bouwen tot zelfstandige woonunits waarvoor een lage huur kan worden gevraagd, zodat ook mensen met alleen AOW in het "iets tussen thuis en verpleeghuis" kunnen wonen?

Het verzorgingshuis wordt ook gemist omdat ouderen vanuit het ziekenhuis niet meer naar het verzorgingshuis kunnen om te herstellen. En doe niet alsof die paar eerste lijns bedden genoeg zijn. Er zijn er veel te weinig. Naar huis kunnen ze vaak ook niet vanwege een tekort aan wijkver-

pleegkundigen. Veel mensen kunnen daarom niet thuis sterven. Vraag. Hoeveel eerstelijns bedden zijn er nu? Waarop baseert de minister dat dit voldoende is? Vraag. Hoe groot is het personeelstekort in de wijkzorg en de wijkverpleging nu en per wanneer is dit tekort teruggebracht tot nul?

Tot slot, voorzitter. De zorg is mensenwerk. Zonder mensen geen zorg. Daarom zeg ik ook tegen de bewindspersonen: als u uw belofte om de personeelstekorten tot nul terug te brengen niet nakomt, bent u straks verantwoordelijk voor de ramp die zich voltrekt. Dan is het uw schuld dat thuiswonende slechtzienden in de zomer zonder boodschappen zitten, mensen niet thuis kunnen sterven, operatiekamers worden gesloten, huisartsenposten dichtgaan, acute-opnameafdelingen sluiten en ambulances niet meer uitrukken. Slotvraag. Met al uw gevoel voor reclame maken wilt u toch niet de bewindspersonen zijn die straks de geschiedenisboeken ingaan als de mannen die er verantwoordelijk voor waren dat de zorg implodeerde en dat alles maskeerden achter een façade van flitsende actieplannen en mooie praatjes op tv? Begrijp me niet verkeerd, ik wil dat u slaagt. Maar dat betekent wel dat u met betere plannen moet komen en uw reclamefolders bij het oud papier moet zetten. Zorg is een serieuze zaak, met serieuze problemen. Dat past geen reclameboys. Daar hebben wij drie integere, vakbekwame en betrokken bewindspersonen voor nodig, net zo integer als al die mensen die in het veld het werk doen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Agema. Mevrouw Ellemeet heeft een vraag voor u.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Mevrouw Agema had het even kort over het eerstelijnsverblijf. Zij wil weten hoeveel eerstelijnsverblijfsbedden er zijn. We hebben ook coördinatiepunten opgezet om het eerstelijnsverblijf beter te organiseren. Ik krijg daar ook zorgelijke signalen over. Op een aantal plekken zou de financiering daarvan niet rondkomen. Deelt mevrouw Agema deze zorg met mij?

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ja. Vroeger gebeurde het vaak dat iemand na een operatie in het ziekenhuis, even tijdelijk naar het verzorgingshuis kon om op adem te komen en daarna weer naar huis ging. Er waren toen veel meer plekken dan de eerstelijnsbedden die er nu zijn. Als ik rondbel en als ik mijn inbox bekijk, krijg ik de indruk dat er hier gewoon een groot gat ligt, ook omdat mensen vervolgens te maken krijgen met een opstopping omdat ze niet naar huis kunnen omdat er onvoldoende wijkverpleging is. Ik denk dat er op beide vlakken een tekort is en dat is dus veroorzaakt door het sluiten van de verzorgingshuizen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Een van de oplossingen die gezocht worden is dat eerstelijnsverblijf, het zorgen voor voldoende bedden. We krijgen nu signalen dat die coördinatie nog onvoldoende op gang komt in een aantal regio's. Is mevrouw Agema het met mij eens dat we aan deze bewindspersonen zouden moeten

vragen hoe dat precies zit? Is mevrouw Agema het met mij eens dat zij uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de financiering van het elv en dat wij dus willen weten wat de feiten daarover zijn?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Volgens mij heb ik die vraag net gesteld.

De **voorzitter**:

Oké. Ik vond het verhaal over uw ouders heel aangrijpend. Gecondoleerd.

Dank u wel.

Dan ga ik naar de heer Arno Rutte namens de VVD.

□

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter. Als je zorg nodig hebt, wil je zeker weten dat je snel toegang hebt tot de juiste zorg van een goede kwaliteit en dichtbij. Laten we eerlijk zijn, de meeste mensen komen liever helemaal niet in aanraking met zorg. Zij willen gewoon een leven leiden zoals het kan en willen graag gezond zijn. Maar niemand ontkomt eraan om in contact te komen met de zorg, voor jezelf, voor je naaste. Sommige mensen worden zelfs geboren met een handicap en ontkomen hun hele leven niet aan zorg en zullen daar altijd van afhankelijk zijn. Maar nogmaals, hoe lang en hoe intensief je zorgvraag ook is, er moet snel zorg beschikbaar zijn die van goede kwaliteit is en die bij voorkeur bij jou in de buurt kan worden verleend.

Als we dat goed willen doen, zullen we ook heel goed moeten kijken naar de ontwikkelingen in de maatschappij. We ontkomen dan niet aan een blikje op wat met een chic woord heet de "demografie", de bevolkingssamenstelling in Nederland. Ik heb het dan niet over de culturele samenstelling, maar puur over de samenstelling op leeftijd. Als je nou eens bij het Centraal Bureau voor de Statistiek naar de demografieplaatjes gaat kijken, zie je pas wat voor enorme revolutie zich voltrekt.

In 1950 was de bevolkingsopbouw nog in de vorm van een driehoek, met allemaal jongeren. Er was daarin een enorme brede basis van jongeren — dat is logisch, want het was een naoorlogse periode — en die liep langzaam omhoog in een punt. Er waren weinig ouderen. In 1990 zie je een vorm van een ui, met een enorme hoeveelheid mensen in de arbeidzame periode van hun leven, tussen 25 jaar en 45 jaar, en dat loopt dan in een puntje omlaag. Als we nu kijken, zien we al een bevolkingssamenstelling die steeds meer een soort rechte kolom wordt. Steeds meer mensen worden oud, gelukkig. Dat is gelukkig ook steeds vaker in een redelijke gezondheid, maar toch. Maar die hele grote bulk aan arbeidzame bevolking is er niet en die hele grote bulk aan jongeren ook niet.

Als we verder kijken naar de toekomst, zien we dat dat plaatje steeds extremere vormen aanneemt. Je zou daar een heel somber verhaal over kunnen houden. Die keuze kun je maken. Je zou een heel somber verhaal kunnen houden over een steeds groter tekort aan handen aan het bed, waardoor het onmogelijk zal zijn om goede zorg te

leveren voor iedereen die dat nodig heeft. Dat kan. Als we niks zouden doen, zou zich dat ook kunnen voltrekken. Maar ik kies er vandaag voor om dat niet te doen. Ik geloof heel sterk dat het mogelijk is om steeds betere zorg op maat te leveren, dicht bij huis, bij voorkeur thuis. Ik heb het dan over slimme zorg thuis, niet met allerhande revolutionaire nieuwe ingrepen, hightech en meer van dat alles, maar met simpele ingrepen die op dit moment al bestaan. Dat is van heel groot belang, omdat steeds meer mensen mede door de bevolkingssamenstelling langdurig, het grootste deel van hun leven, te maken hebben met zorg. Ze hebben die zorg nodig. Mensen worden chronisch ziek als ze ouder worden, vaak met een stapeling van klachten. Maar, zoals ik al eerder zei, ontkomen ook mensen met een handicap nooit aan zorg. Als je niet oppast, dan domineert de inrichting van de zorg je leven, dan moet je je leven gaan leiden en laten inrichten door datgene wat de zorgverlener van jou nodig heeft, van jou vraagt. Maar wat je eigenlijk wilt, is dat mensen, of ze nou chronisch ziek zijn of gezond, hun leven kunnen blijven leven, dat de zorg ten dienste staat van dat leven en dat ze daar zelf de regie over blijven voeren.

Laten we kijken naar de inrichting van wat we de curatieve zorg noemen, met name de specialistische zorg, de ziekenhuiszorg. Die zit in een model dat ons heel erg lang heel veel heeft gebracht. Het is een model dat ervan uitgaat dat je gezond bent, totdat dat niet meer het geval is, totdat je bijvoorbeeld wordt geconfronteerd met een ernstige ziekte of een ongeluk krijgt. Dan wil je worden geholpen door een heel goede specialist, die heel erg veel weet van heel weinig. Bij voorkeur genees je dan weer en kun je weer door met je leven. Dat is de basis, de primaire inrichting van dat model.

Maar in een wereld waarin enorme hoeveelheden mensen juist chronisch ziek zijn, moet je je afvragen of dat altijd past. Ik durf hier wel te zeggen: dat past steeds slechter. Voor chronisch zieke patiënten is dat ziekenhuissysteem vaak buitengewoon ongemakkelijk. Het grijpt enorm in op hun leven en helpt hen ook niet of nauwelijks.

Ik zal een voorbeeld noemen. Hennie, uit Zwolle, lijdt aan de chronische longaandoening COPD. Als ze zelfstandig naar het ziekenhuis moet komen, heeft dat een enorme impact op haar leven. Ze is daar dagen vermoeid van. Ze kan dagenlang niet meer vooruit als ze die tocht heeft moeten maken. Toch moest dat regelmatig, simpelweg omdat je voor de behandeling en begeleiding van COPD-patiënten regelmatig, één keer in de zoveel maanden, op de poli van de longarts moet verschijnen. Het trieste is dat die chronische aandoening COPD zo'n grillig karakter heeft dat de kans dat jij op de poli bent net op het moment dat je zorg nodig hebt, buitengewoon klein is, en dan zeg ik het nog voorzichtig. Maar sinds kort krijgt Hennie andere zorg: slimme zorg thuis. Daarbij vult ze één keer in de week een eenvoudige vragenlijst in via haar iPad. Die vragenlijst wordt bekeken door een gespecialiseerde verpleegkundige in het ziekenhuis in Zwolle. Die verpleegkundige legt dan contact met haar op het moment dat het echt nodig is, als de waarden afwijken. Die verpleegkundige kan meteen met haar in de thuissituatie kijken hoe het met haar gaat, kan haar begeleiden bij gebruik van andere medicatie, kan in dezelfde verbinding de longarts bijschakelen als dat nodig is en kan, als het nog ernstiger is en het dus het moment is dat het nodig is, Hennie oproepen om direct naar het ziekenhuis te komen. Wat is daarvan het effect? Hennie kan

haar leven weer leiden. Ze voelt zich gezekeerd. Ze weet dat er zorg voor haar is als het nodig is, maar ze weet ook dat ze zich niet door die zorg hoeft te laten leiden. Dat is een enorme verbetering van de kwaliteit van leven.

Wij weten hier allemaal, zoals we hier zitten, dat dit geen experimentele zorg is. Dit is al reguliere zorg. Het mag gegeven worden, het kan vergoed worden en vaak is het beter dan de reguliere zorg. En toch gebeurt dat nauwelijks. Ik zeg het heel eerlijk: dat vind ik verbijsterend.

Ik geef nog een voorbeeld. Corine lijdt aan hartfalen. Ze woont in Emmen. Mensen met chronisch hartfalen leven een leven in angst. Er kan altijd iets gebeuren en je weet nooit wanneer. Je kunt altijd een hartaanval of iets dergelijks krijgen en dan moet je met loeiende sirenes naar het ziekenhuis. Bij chronisch hartfalen zie je weer hetzelfde patroon. Er zijn weer de regelmatig geplande polibezoeken in het ziekenhuis. Dat is vast allemaal met goede bedoelingen, maar voor Corine heeft dat een enorme impact. Door haar angst voor hartfalen durft ze niet in haar eentje naar het ziekenhuis te gaan; er moet altijd iemand mee. Ze moet het plannen. Ze moet reizen. Ze moet parkeren. Ze maakt kosten. En opnieuw geldt: de kans dat zij net op het moment dat het slecht met haar gaat in de poli bij de cardioloog staat, is buitengewoon klein. Vervolgens gaat ze met dezelfde onrust weer naar huis. De angst dat het misgaat, blijft. En de kans dat ze met loeiende sirenes alsnog naar het ziekenhuis moet, blijft torenhoog. Ook voor haar is er nu slimme zorg thuis. En, werkelijk waar, ze kan daardoor haar leven weer leiden. Haar angst wordt weggenomen. Ze voelt zich weer bevrijd. Ze voelt zich gezekeerd. In haar geval gaat het om één keer per dag waarden doorgeven: gewicht en bloeddruk, eenvoudige waarden. Een gespecialiseerde verpleegkundige leest de waarden uit en schakelt direct met haar op het moment dat het niet goed is. Zij kan dan ook direct actie ondernemen. In alle andere gevallen weet zij: vandaag gaat het goed. En als ze zich zorgen maakt, kan ze alsnog contact leggen met de verpleegkundige en de cardioloog. Dat geldt ook voor Hennie uit het eerste voorbeeld.

Dit is uitstekende zorg voor chronisch zieke patiënten die ervoor zorgt dat ze hun leven kunnen leiden. Die zorg is er op het moment dat ze die nodig hebben. Dat is goed voor hun kwaliteit van leven en goed voor de professionals die ingezet worden op het moment dat zij meerwaarde kunnen leveren. En ja, het scheelt soms ook nog geld.

Voorzitter. Dit waren twee voorbeelden: Hennie en Corine. Ik zou willen dat het normaal is dat mensen zich zo gezekeerd voelen, zo veilig voelen en zulke goede zorg krijgen als in die twee voorbeelden. Dat is ook noodzakelijk als we doorrijken naar de toekomst. Ik deed dat net. Kijk naar 2040. Dat lijkt ver weg. Het is ongeveer het moment dat ik de pensioengerechtigde leeftijd zal bereiken. Het ziet er naar uit dat het aantal mensen dat te maken heeft met meerdere chronische aandoeningen — dus niet één maar meer — dan op 30% zit. Dan hebben 5,5 miljoen mensen diabetes gecombineerd met COPD of diabetes gecombineerd met hartfalen. 5,5 miljoen! Dat is bijna één op de drie. Dat zijn de inwoners van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Almere, Leeuwarden, Zwolle en Haarlemmermeer samen. Daar hebben wij het over: geen kleine ontwikkeling.

Voorzitter. Het mag duidelijk zijn dat het van groot belang is dat al deze mensen minstens even goede zorg kunnen

krijgen als Hennie en Corine, niet als uitzondering, maar als norm, zodat ze een fijn leven kunnen leiden tot op hoge leeftijd en wij dat met elkaar goed kunnen organiseren. In het belang van chronisch zieke ouderen zeg ik: bespaar ze het ziekenhuis en geef ze slimme zorg thuis. Dat voorkomt verlies aan levensgeluk. Dat voorkomt verspilling aan professioneel talent. En ja, het zorgt er ook voor dat we de zorg beter kunnen betalen. Als we alles op zijn beloop laten, komen we in een onhoudbare situatie terecht die je bijna kunt schetsen. Ik vind altijd dat wij met elkaar de verantwoordelijkheid hebben om dat te voorkomen.

Voorzitter. Zoals ik al zei, schets ik hier geen oplossingen die nog in de verre toekomst liggen, heel ingewikkeld zijn of niet al voor het oprapen liggen. Ze zijn er al! Het kan al! Een van de grootste problemen waarom het niet lukt, is dat we in de zorg een enorm opruimprobleem hebben. Een opruimprobleem: er kan iets nieuws, het is waarschijnlijk beter dan het oude, maar we vinden het ingewikkeld. We hebben het zelfs al een plek gegeven in de medische richtlijn — ook dat, dus het is goede zorg, want het is overal doorheen — maar toch vinden we het zo ingewikkeld om het oude los te laten. Er zullen ongetwijfeld grote belangen zijn om het oude te leveren, maar zekere in deze gevallen is dat niet in het belang van de patiënt.

Voorzitter. Laten we er daarom mee stoppen. Laten we ervoor zorgen dat dit soort slimme zorg thuis niet langer een uitzondering is, maar beschikbaar voor iedere patiënt die daarvan kan profiteren. Laten we het dan ook maar heel concreet maken en gewoon beginnen met de zorg voor mensen met COPD en hartfalen. We moeten ervoor zorgen dat die zorg binnen drie jaar voor alle patiënten die daarvan kunnen profiteren, beschikbaar is.

Voorzitter. Ik wil het concreet maken en een aantal stappen aanreiken waarmee dat zou kunnen. Realiseer in de eerste plaats structureel medisch evaluatieonderzoek, met name over slimme zorg thuis in vergelijking met de reguliere zorg. Doe dat nou eens! Met medisch evaluatieonderzoek vergelijk je alle therapieën in de richtlijn met elkaar en zeg je op basis van de gegevens: deze therapie is de beste! Ik durf hier de verwachting uit te spreken dat bij chronisch zieke patiënten de slimme zorg thuis absoluut de beste is. Maar je moet er wel op duwen. Je moet het gaan doen. Dus ten eerste medisch evaluatieonderzoek.

Als dan blijkt dat die slimme zorg thuis effectiever en betaalbaarder is dan de bestaande werkwijze, zorg dan ten tweede samen met het Zorginstituut ervoor dat die zorg in de richtlijn blijft en dat de oude werkwijze verdwijnt, zodat daarmee ook de betaaltitel verdwijnt.

Ten derde. Kijk wel naar slimme financiële constructies, want dat is nodig. Dat klinkt meteen heel eng, maar als zorg geleverd wordt en mensen in de gaten worden gehouden, is het wel logisch dat ook daarvoor betaald moet worden. Want voor niks gaat de zon op. Schrap dan ook de oude financiële werkwijze.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik hoor de heer Rutte zeggen dat hij graag behandelwijzen wil evalueren om daaruit de beste te halen. Dat lijkt mij iets wat iedereen wil. Dan komt bij mij bijvoorbeeld de situatie van de MammaPrint op: een test maakt van tevoren duidelijk of iemand al of geen chemo nodig heeft. Die test gaat

waarschijnlijk uit de basisverzekering waardoor veel vrouwen mogelijk onnodig chemo moeten ondergaan. U wilt graag evalueren en u wilt het beste voor de patiënten, dat snap ik. Bent u het dan ook met ons eens dat ook die preventieve testen moeten meehelpen om te zorgen voor de juiste behandeling?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik ben altijd heel enthousiast over genetische paspoorten en testen die inzicht kunnen geven of een geneesmiddel werkt of niet werkt. De MammaPrint is daar een voorbeeld van, maar er zijn er meer, er zijn er meer in ontwikkeling. Bij de MammaPrint vind ik het ingewikkelder, omdat die door het Zorginstituut Nederland is beoordeeld. Die zijn daarvoor, het is heel lastig om dat in de Kamer te beoordelen. Zij hebben dat beoordeeld en zij hebben hun bezorgdheid uitgesproken: als we deze test zouden toepassen, kunnen wij niet uitsluiten dat veel vrouwen onderbehandeld blijven en dat zij misschien wel ten onrechte afzien van een behandeling met chemokuur. Ik had heel graag een andere uitkomst gezien, juist omdat ik zo sterk geloof in de werkwijze, maar ik kan ook niet zomaar voorbijgaan aan het risico dat hier wordt geschetst door het Zorginstituut. Dus in de basis voel ik mee met mevrouw Sazias, maar ik vind het te kwetsbaar om hier in de Kamer te zeggen: deze test deugt en die andere niet. Daarvoor mis ik dan de basis.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik kan me dat voorstellen; ik heb datzelfde. Ik ben ook geen deskundige daaromtrent, maar er zijn heel veel deskundigen die hier toch voor waarschuwen. Daar wil ik ook graag naar luisteren, want ik wil ook niet dat er vrouwen worden overbehandeld, met de enorme belasting van een chemokuur en de vele malen hogere kosten van die kuur. Vindt u ook niet dat wij eerst maar aan de zekere kant moeten blijven en die test wel moeten doen, omdat er nog zo veel onzekerheid is?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik blijf bij mijn punt dat ik in de basis heel enthousiast ben over de werkwijze van de MammaPrint, maar met de zekerheid dat er een kans is dat je mensen onderbehandelt en ten onrechte een behandeling aanbiedt, vind ik dat kwetsbaar. Terwijl ik tegelijkertijd heel graag wil dat juist mensen die zo'n behandeling moeten ondergaan, samen met de specialist een beargumenteerde keuze kunnen maken om het wel of niet te doen. Ik hoop dat het mogelijk is om richting het Zorginstituut nieuwe informatie aan te dragen zodat het daarover een nieuwe beoordeling kan geven. Als er echt nieuwe inzichten zijn en het kan alsnog worden toegelaten, dan is dat de weg om te gaan. Ik vind het oprecht kwetsbaar als wij dat via de Kamer doen. Het voelt wel goed, maar tegelijkertijd vind ik het risico dat je neemt te groot. Die stap zou ik niet willen zetten.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter. Ik noemde drie stappen die je zou kunnen zetten om de slimme zorg thuis structureel een plek te kunnen

geven. Neem die mee in medisch evaluatieonderzoek, geef hem daarin voorrang, zorg ervoor dat de zorg die het beste werkt een plek krijgt in de richtlijn en een financieringstitel, en durf afscheid te nemen van de minder goede zorg. Ten derde: denk wel na over de vraag hoe je dat op een goede en houdbare manier kunt financieren.

Voorzitter. Ik hoor graag van de minister voor Medische Zorg hoe hij over de voorgestelde werkwijze denkt. Ik hoor ook graag hoe hij denkt over de ambitie om deze slimme zorg thuis voor alle chronische patiënten die daarvan zouden kunnen profiteren, in drie jaar tijd beschikbaar te krijgen, bij voorkeur ook voor andere aandoeningen, denk bijvoorbeeld aan diabetes. Als daarvoor andere dingen moeten gebeuren of stappen moeten worden gezet, kan hij op de steun van de VVD rekenen, maar dat wij stappen moeten zetten, staat vast. Stappen om ervoor te zorgen dat goede zorg voor mensen als Hennie en Corine geen uitzondering is, maar de norm. Ik zal ervoor knokken, knokken voor slimme zorg thuis, bij voorkeur met zo veel mogelijk mensen samen hier in de Tweede Kamer. Want alleen als we die stappen zetten, blijft dit geen uitzondering. Dan wordt dit soort goede zorg de norm en dan kunnen we voor de chronisch zieke patiënt nu en in de toekomst iedere keer opnieuw de zorg goed organiseren zodat hij of zij goed in de gaten wordt gehouden en als het nodig is de juiste zorg ontvangt.

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

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

Het idee dat meneer Rutte naar voren brengt vind ik zeer interessant. Hij noemt ook de opruimactie, waarbij je constant evalueert. Maar wij gaan uit van de bestaande situaties. Ik zou graag willen horen of er ook ideeën zijn over de manier waarop je de transitie kunt maken van A naar B, dus van de mensen die er werken, van de gebouwen die er nu zijn. Want dat heeft daar toch ook een impact op.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik vind primair dat zorg er is voor de mensen die de zorg nodig hebben en dat we die zo goed en zo slim mogelijk moeten organiseren. Zeker voor chronisch zieke patiënten geloof ik heel sterk dat we die zorg anders kunnen en moeten organiseren. Volgens mij duidt mevrouw Van den Berg hierop: als je door anders organiseren de overgang maakt van heel veel zorg in een ziekenhuis naar steeds vaker zorg thuis, dan laat je ziekenhuizen wellicht achter met problemen rondom vastgoed en de manier waarop men dingen altijd heeft gedaan. Dat is wel een van de dingen waar ik de minister gericht naar wil vragen. Want hoe zit dat dan? Waar loop je dan tegen aan? En als er grote blokkades zijn, dan zullen we met elkaar moeten nadenken over de vraag hoe we dat kunnen doen. Maar het begint wel bij het uitgangspunt: we vinden dat die zorg anders georganiseerd moet worden. We moeten niet vasthouden aan een verkeerde financiering van zorg omdat we daarmee een gebouw of een deel van dat gebouw in stand zouden houden. Ik kan mij ook niet voorstellen dat mevrouw Van den Berg dat zou willen, maar in die balans zoek ik het.

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

Nee. Ik had gedacht dat meneer Rutte daar misschien zelf al een idee over had. Maar wij gaan ook op verzoek van de heer Rutte van de minister horen hoe dat gaat lopen.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat klopt. De minister voor Medische Zorg heeft gericht hoofdlijnenakkoorden afgesloten. Daarin zijn natuurlijk afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over transitiegelden. Dat klinkt allemaal heel abstract, maar als het nodig is om op sommige plekken in de zorg te krimpen omdat je het anders organiseert ... Krimp kost ook geld. Je zult daar dus ook in moeten investeren om dat te kunnen doen. Het is maar een idee waarmee dat kan. Het is ingewikkeld om vanuit deze Kamer te zeggen hoe we dat moeten doen, maar ik vind het wel van belang dat je in gesprekken met de desbetreffende organisatie tot goede afspraken kunt komen, waardoor de zorg inderdaad zo kan worden georganiseerd als wij dat willen.

De heer **Hijink** (SP):

Ik heb eigenlijk een vraag over iets waarover ik de heer Rutte helemaal niet heb gehoord. De meeste Nederlanders vinden het heel belangrijk dat de zorgkosten op een eerlijke en rechtvaardige manier worden betaald. Uit de cijfers, ook uit de cijfers die we van de regering zelf hebben gekregen, blijkt dat iemand die in Nederland modaal verdient 25% van zijn inkomen, een kwart, kwijt is aan zorgkosten en dat iemand die ruim boven een ton verdient nog maar 14% daaraan kwijt is. Mijn vraag aan de heer Rutte is: hoe rechtvaardig vindt hij dat?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik ben er wel trots op dat we leven in een land waarin goede zorg voor iedereen beschikbaar is en dat we geen uitzondering maken bij wie welke zorg krijgt. Als ik een bijstandsuitkering heb, naar een privékliniek wil gaan en mijn verzekeraar die kliniek heeft gecontracteerd, dan mag ik daar gewoon naartoe. Ik ben er ook heel trots op dat mensen met de allerkleinste inkomens al sinds jaar en dag via de zorgtoeslag dusdanig tegemoet worden gekomen dat zij op dit moment minder betalen dan in de tijd van het ziekenfonds en dat het verzekerde pakket enorm is uitgebreid. Dat is solidariteit. Daar sta ik voor en daar knok ik iedere dag voor. Dat het in het algemeen zo is dat iemand die meer verdient zijn kosten anders kan verdelen dan iemand die minder verdient, vind ik normaal. Maar ik vind dat we daar in Nederland een buitengewoon nette balans in vinden.

De heer **Hijink** (SP):

De manier waarop het op dit moment gaat, is natuurlijk niet normaal. De heer Rutte begint over de laagste inkomens. Voor hen is er nog een zorgtoeslag. Ik heb het over de modale inkomens, die een kwart van hun inkomen kwijt zijn aan zorgkosten. Dat staat tegenover 14% voor de mensen die een inkomen hebben van meer dan een ton. En hoe komt dat? In het systeem dat de VVD graag wil, zit ingebakken dat de inkomensafhankelijke premie feitelijk maar heel beperkt inkomensafhankelijk is. Het maakt in dit land niet uit of je een half miljoen verdient of dat je €54.000 verdient: in beide gevallen betaal je evenveel mee aan de zorg. En dat is natuurlijk compleet onrechtvaardig. Mijn

vraag aan de heer Rutte is of hij dat nou eerlijk vindt en of hij dat te verdedigen vindt.

De **voorzitter**:

Dat is dezelfde vraag als de vraag die u net stelde.

De heer **Hijink** (SP):

Maar voorzitter, als ik geen antwoord krijg, dan vraag ik gewoon nog een keer hetzelfde. De heer Rutte begint over de lage inkomens. Ik heb het over de modale inkomens. Die zijn een kwart van hun salaris kwijt aan zorgkosten. Dat is heel veel meer dan mensen die een ton of meer verdienen, die maar 14% bijdragen. Dat is onrechtvaardig en ik wil van de heer Rutte weten hoe hij dat gaat aanpakken.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Zoals ik net al zei: voor de allerlaagste inkomens, en dat is een heel brede groep, hebben we de zorgtoeslag. Daarbij compenseren we automatisch voor iedere verhoging van de premie. Dat houdt in dat die zorgtoeslag op een bepaald moment inderdaad afbouwt. De heer Hijink heeft gelijk: dat gebeurt ongeveer rond het modale niveau. Daar betalen mensen de volle premie. Het is juist om die reden dat ik het zo ontzettend belangrijk vind dat we ieder jaar opnieuw blijven knokken om die zorg betaalbaar te maken. Die premie is namelijk niks anders dan een weerslag van de zorg die we met elkaar leveren. Als we willen blijven knokken voor een solidair systeem, dat we volgens mij hebben, dan moet je ook zorgen dat die kosten betaalbaar zijn, juist omdat mensen met een modaal inkomen daar naar verhouding meer voor betalen. Dat klopt.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Hermans namens de VVD.



Mevrouw **Hermans** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Na het verhaal van mijn collega Arno Rutte over iPads, monitoren en op afstand meekijken, kan ik me voorstellen dat er misschien een gevoel ontstaat dat techniek alles in de zorg over gaat nemen, dat apparaten de zorg door mensen kunnen vervangen, en dat slimme technologische foefjes een oplossing zijn voor alle vragen en alle problemen in de zorg.

Maar dat is niet het geval, en dat is ook geenszins wat de VVD bepleit. Want de zorg is en blijft altijd mensenwerk. Goede en liefdevolle zorg is meer dan een medische handeling en meer dan de allerbeste verpleegkundige verrichting. Goede en liefdevolle zorg, waar dan ook, ontstaat in het contact tussen de mensen: tussen de huisarts en zijn patiënt, tussen de verpleegkundige en de bewoner in het verpleeghuis, en tussen de begeleider en de cliënt in een gehandicaptenzorgorganisatie. Door dat contact wordt zorg persoonlijke zorg, afgestemd op jouw persoonlijke wensen en behoeften. En slimme zorg, zoals mijn collega Arno Rutte noemde, is zorg die helpt, juist om die zorg die we nooit zullen kunnen vervangen door een apparaat nog veel persoonlijker te maken. Dat draagt bij aan kwaliteit van leven.



Laat me daar een voorbeeld van noemen, een voorbeeld van een robot die Marieke helpt om haar dag door te komen. Marieke is verstandelijk beperkt en heeft heel veel moeite om structuur aan te brengen in haar dag. De robot geeft haar nu op gezette tijden een seintje: Marieke, je moet nu medicijnen innemen, je moet nu gaan koken, je moet je jas aantrekken, je moet naar je werk. Dat zijn allemaal momenten waarop bij haar, voordat zij gebruik kon maken van die robot, een begeleider haar huis binnen kwam lopen. Dat zijn allemaal momenten waarop eigenlijk inbreuk werd gemaakt op haar privacy. Dat gaf haar ook nog eens het gevoel niet zelf de regie te hebben over haar leven. En dat gevoel heeft ze nu door die robot teruggekregen. Bovendien zijn de momenten waarop zij contact heeft met haar begeleider veel waardevoller geworden, omdat de gesprekken die zij nu voeren echt gaan over de dingen waar Marieke mee zit: over de problemen waar ze tegenaan loopt op haar werk en wat ze lastig vindt. Dus zowel voor de zorgverlener, de begeleider van Marieke, als voor haarzelf, heeft dit een enorme impact op de kwaliteit van leven.

Voorzitter. Marieke is nog best zelfstandig en kan heel veel zelf ondernemen, maar er zijn ook mensen die volledig afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning, en die elke dag voor alles zorg en ondersteuning nodig hebben. Daphne is daar een voorbeeld van. Ze is ernstig meervoudig beperkt en kan niets aangeven. Hoe de begeleiding, haar ouders en haar familie haar lezen, is hoe de zorgvraag en haar behoefte worden ingevuld. Maar ook voor haar kan slimme zorg een enorme toegevoegde waarde hebben. Dan denk ik aan het voorbeeld van het slimme incontinentiemateriaal. Daarin zit een sensor, die via een app aan haar begeleiding of familie aangeeft wanneer het tijd is om verschoond te worden. Dit klinkt misschien heel simpel en eenvoudig, maar dit maakt dat zij nu verschoond wordt op een moment dat het voor haar nodig is, en niet op een moment dat het ingepland is in het rooster van haar begeleiders. Dus ook dit geeft weer aan hoe waardevol slimme zorg kan zijn, ook in de langdurige zorg, ook voor mensen met zo'n intensieve, continue zorgvraag.

Voorzitter. Dat neemt niet weg dat ik me ongelofelijk goed kan voorstellen hoe spannend het is om met techniek te gaan werken: voor ouders en familieleden, maar ook voor de mensen die werken in de zorg en natuurlijk voor de mensen die er gebruik van maken. Want je moet erop kunnen en durven vertrouwen dat zo'n apparaat de zorg levert en de ondersteuning biedt die jij nodig hebt. We weten allemaal dat techniek en apparaten nog weleens kunnen haperen, maar we moeten ervoor openstaan en we moeten het willen, juist om wat het ons kan opleveren. Ik weet ook dat het tijd kost. Je moet je werkwijze ervoor veranderen, het moet ingepast worden in de organisatie en nogmaals, er is altijd wel wat gedoe en er zijn altijd wel wat opstartproblemen. Kortom, het vraagt van iedereen wat. Het vraagt openstaan voor verandering en vooral doorzetten, want er is best een lange weg te gaan.

Doorzetten is volgens mij de crux; dat is waar het 'm in zit. Het wemelt in de zorg van de pilots, de proeftuinen, de werkomgevingen, de werkplaatsen, de leerexperimenten en ga zo maar door. De ideeën die daar ontstaan, vinden eigenlijk nog maar veel te beperkt hun weg naar de mensen die er zo veel baat bij kunnen hebben. Ik weet: innoveren is proberen. Je probeert tien keer iets; negen keer mislukt het, maar de tiende keer is het raak. Maar ook die tiende keer wordt eigenlijk nog veel te weinig structureel gemaakt,

ingebied in de zorg als onderdeel van het reguliere zorg- en ondersteuningsproces.

Ik vraag me af wat er dan gebeurt. Als ik me daarin verdiep en er vragen over stel, komen er eigenlijk altijd argumenten die gaan over organisatiebelangen en financiële belangen die die inbedding, die borging, in de weg staan. Dat zijn belangen die helemaal niets bijdragen aan goede zorg, belangen waarvan we niet mogen accepteren dat ze hieraan in de weg staan. Dat vind ik belangrijk. Daarom dienen we samen met D66 een amendement in om de innovatie in de gehandicaptenzorg een impuls te geven, om organisaties te helpen om die stap te zetten, maar wel onder voorwaarden, om precies de redenen die ik noemde. Want die organisatiebelangen, die financiële belangen, moeten we wel overwinnen om die grote toegevoegde waarde te kunnen realiseren.

Deuren moeten open, er moet kennis gedeeld worden en er moet onderzoek gedaan worden. Op het moment dat bewezen is dat een idee goed is, werkt en waardevol is voor de mensen voor wie we het doen, moet dat idee zo snel mogelijk de zorg in en kan een eigen organisatiebelang nooit een excuus zijn. Ik vraag de minister welke stappen hij nog meer kan zetten om dit soort initiatieven en ideeën echt in te bedden in de langdurige zorg, de gehandicaptenzorg en ook in de ouderenzorg, want het beeld dat ik net schetste van die eindeloze hoeveelheid proeftuinen vinden we ook in de ouderenzorg terug.

Voorzitter. Ook in de ouderenzorg verandert er veel en wordt er veel vernieuwd. Er is ook veel geld beschikbaar voor de ouderenzorg, voor het aannemen van extra mensen, wat ook heel hard nodig is, want de werkdruk is hoog, zoals mevrouw Agema al zei. Maar met alleen maar meer mensen zijn we er niet. Als meer mensen hetzelfde blijven doen, verandert er niks, verbetert het niet en veranderen we de zorgvraag van ouderen niet in de zorgvraag, de ondersteuningsvraag, van de toekomst, terwijl dat ook in de verpleeghuizen wel moet gebeuren. Dus ook daar moeten we nadenken over slimme zorg. Slimme zorg is niet alleen techniek, maar ook het slim combineren van kennis: van kennis uit het verpleeghuis met kennis uit de wijk. Gelukkig wonen mensen steeds langer in hun eigen omgeving thuis voordat ze in een verpleeghuis gaan wonen. Juist in hun thuisomgeving kunnen we leren hoe mensen in het leven staan en wat ze belangrijk vinden. Als we die kennis combineren met wat we weten uit het verpleeghuis, kunnen we enerzijds de zorg thuis een impuls geven en anderzijds de overgang, de verhuizing van mensen die op het punt staan om naar een verpleeghuis te gaan, vergemakkelijken. Ik vraag de minister of hij ook een meerwaarde ziet in het uitwisselen van die kennis tussen verpleeghuis en de wijk.

Voorzitter. Slimme zorg is binnen handbereik. We moeten er niet over filosoferen, we moeten het gewoon doen. Maar intussen moeten wij ook de problemen van alledag aanpakken en oplossen. Ik noem een voorbeeld. Vorige week stond er een artikel in Trouw over Marjon Nieuwenhuizen en haar pleegzoon Aeron. Aeron heeft een ernstige meervoudige beperking en krijgt daarvoor zorg uit de Jeugdwet. Maar zijn pleegmoeder Marjon moet hier wel jaar op jaar een indicatie voor aanvragen. Zij moet jaar op jaar aantonen dat Aeron een intensieve zorgvraag heeft, terwijl je echt van heinde en verre kunt zien dat hij die zorgvraag heeft en dat hij die zorg en ondersteuning ook volgend jaar weer nodig heeft. Dus ik vraag de minister: waarom al die

bureaucratie? Waarom al die formulieren jaar op jaar, al die frustratie en al die tijd die Marjon moet stoppen in dit soort zaken in plaats van in de aandacht voor haar zoon?

De oplossing lijkt zo simpel: een indicatie voor meerdere jaren. En ja, ik weet dat dit een verantwoordelijkheid is van gemeenten. Maar laten we deze aardappel niet steeds doorschuiven. Dus ik vraag de minister indringend om hierover met gemeenten het gesprek aan te gaan, om met hen te kijken hoe we mensen als Marjon ruimte en tijd kunnen geven, maar vooral hoe we de frustratie kunnen wegnemen over het elk jaar weer moeten doorwerken van die stapels papier.

Voorzitter. Er is een groep mensen in onze samenleving voor wie het zelfstandig meedoen aan onze samenleving ingewikkeld is, die zonder de juiste zorg en ondersteuning kopje-onder gaan in de hectiek van het dagelijks leven. Deze mensen hebben een lichtverstandelijke beperking. Maar met de juiste zorg en ondersteuning kunnen wij deze mensen een eigen leven laten leiden, kunnen wij ervoor zorgen dat zij gewoon meedoen in onze samenleving. Maar dan moeten wij wel zorgen dat die zorg en ondersteuning structureel voor hen beschikbaar zijn. Het is niet alleen zorg uit de Wet maatschappelijke ondersteuning of passend onderwijs, het gaat om heel veel gebieden. Het is ook schuldhulpverlening, mensen hebben ook met criminaliteit te maken, ik noem wonen. Kortom, er is sprake van een heel palet. Je zou eigenlijk kunnen zeggen dat deze mensen levensbreed zorg en ondersteuning nodig hebben. Er gebeurt veel voor deze groep, maar er kan volgens mij nog wel wat meer. En het kan vooral beter op elkaar worden afgestemd. We hebben daarover ook afspraken gemaakt in het regeerakkoord, maar als ik nu kijk naar de waslijst van programma's die de minister in de afgelopen periode heeft gepresenteerd, dan vind ik dat deze groep er echt bekaaid vanaf komt. Dus ik vraag hem: wat gaat hij doen voor deze specifieke groep?

Voorzitter. Ik ga afronden. Slimme zorg is geen ver toekomstbeeld. Het kan al en het gebeurt al. We hebben het kortom binnen handbereik. Nu moeten we vastpakken en doorpakken, zodat Henny en Corien uit het verhaal van Arno Rutten, maar ook Marieke en Daphne geen mooie voorbeelden blijven maar de regel worden. We moeten ervoor zorgen dat mensen die hun hele verdere leven zorg en ondersteuning nodig hebben, de veiligheid van die zorg en ondersteuning hebben en voelen, maar we moeten ze ook in staat stellen om zo veel mogelijk hun eigen leven te blijven leiden. En intussen lossen we de problemen van alledag op.

De VVD zal alles op alles zetten om beide dingen voor elkaar te krijgen, voor al die mensen in Nederland die vandaag en morgen, nu en in de toekomst, zorg en ondersteuning nodig hebben. Zorg en ondersteuning die goed en liefdevol is, die beschikbaar is en die betaalbaar is en die zich aanpast aan jouw leven, in plaats van andersom. Laten we daar samen werk van gaan maken!

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Hermans. Dan ga ik nu naar mevrouw Ellemeent namens GroenLinks.

□

**Mevrouw Ellemeent (GroenLinks):**

Voorzitter, dank u wel. Ik geef het meteen toe: ik ben niet helemaal objectief maar ik durf toch wel te beweren dat dit van alle begrotingen die we hebben, misschien wel de meest interessante begroting is die wij bespreken. Ik zal heel kort toelichten waarom dat volgens mij zo is. Het raakt eigenlijk aan alle vraagstukken die ons en de mensen bezighouden. Mensen vinden hun gezondheid belangrijk, we hebben met kosten te maken die we ook moeten beheersen, we hebben met heel veel mensen te maken die in de zorg werken. Daarom vind ik het fantastisch dat ik hier mag staan. In de eerste plaats natuurlijk namens al die mensen die werken in de zorg. Ik wil graag beginnen bij de mensen. Ik bespeur al een trend bij deze begrotingsbehandeling, want er worden ook heel veel mensen naar voren gebracht. Ik ga graag verder in die trend.

Ik wil beginnen bij Anja. Anja is een van de vrouwen, zorgverleners die wij in de kintour met GroenLinks hebben gesproken. Zij is huishoudelijke hulp in Leerdam en zij vertelde dat haar werkgever de nieuwe aanbesteding niet had gewonnen. Zij mocht van de zorgaanbieder die de aanbesteding in haar plaats wel had binnengesleept in dienst komen. En dat is op zich goed nieuws, zou je zeggen, want dat is lang niet altijd het geval. Zij zou alleen hetzelfde werk blijven doen, maar dan zou haar inkomen er met een derde op achteruitgaan. Zij zou van €15 teruggaan naar iets meer dan een tientje per uur. Een tientje per uur. En toch heeft Anja het gedaan, want ze had geen keus.

Voorzitter. Zoals Anja zijn er heel veel mensen. Veelal vrouwen maar natuurlijk ook mannen die ternauwernood kunnen rondkomen van hun inkomen en die het dan nog met minder moeten doen vanwege die aanbestedingen.

Als we niet oppassen, dan creëren we een groep, een nieuwe groep werkenden in de zorg, namelijk de werkende armen, the working poor, in dit land. Dat mogen we niet laten gebeuren.

Ook dreigen we een tweede groep te creëren in de zorg, de werkende gestresten, noem ik ze maar even, want ook die verhalen kwamen langs de afgelopen maanden. Bijvoorbeeld van fysiotherapeuten die we spraken, zoals een fysiotherapeut uit Hoofddorp, die vertelde gek te worden van alle verschillende eisen die de zorgverzekeraars aan hem stelden. Met de verschillende verantwoordingsformulieren en de verschillende vergoedingen. En daar komt nog bovenop dat hij door de behandelindex wordt gedwongen om het aantal behandelingen voor zijn patiënten steeds verder terug te schroeven, ook al ziet hij dat de mensen die hij behandelt méér behandelingen nodig hebben. Maar die kan hij simpelweg niet geven.

Voorzitter, dit zijn slechts twee voorbeelden. Maar wat zij blootleggen is een hele zorgelijke trend. De mensen die werken in de zorg betalen letterlijk de prijs voor de concurrentie in de zorg, met aanbestedingen en verschillende contracteringen.

Laat ik glashelder zijn. Wat GroenLinks betreft is het onaanvaardbaar dat we de rekening voor het willen beheersen van de stijgende zorgkosten neerleggen bij de mensen die werken in de zorg. Daar hoort die rekening niet

te liggen. Maar het is ook de harde realiteit dat dat wel zo is.

Voorzitter, daar mogen deze bewindspersonen niet van weggijken. Ik verwacht van hen dat zij deze ongewenste uitkomst van ons zorgstelsel onder ogen zien en met oplossingen komen. De grote financiële besparing is niet te halen in de eerste lijn waar we deze voorbeelden heel vaak zien. De grote besparingen in de zorg zijn te halen bij de ziekenhuizen. Maar daar zien we dat de verzekeraars veel moeilijker kunnen ingrijpen. Dus zij gebruiken de ruimte die ze wel zien en ervaren in de eerste lijn om daar de schroeven verder aan te draaien en het leven van al deze belangrijke zorgverleners steeds moeilijker te maken.

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

Ik wil graag nog even terugkomen op het punt dat mevrouw Ellemeet net naar voren bracht over de fysiotherapeuten. Volgens mij heeft GroenLinks maar ook het CDA in eerdere debatten aangegeven dat wij voor een gelijk speelveld zijn, ook in onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Maar ik heb mevrouw Ellemeet niet horen zeggen wat ze daar voor oplossingen in gedachten heeft, dus dat zou ik graag van haar willen weten.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Een heel terechte vraag van mevrouw Van den Berg. We hebben natuurlijk gezien onder de huisartsen dat zij hebben nagedacht over hoe zij hun onderhandelingspositie kunnen versterken ten opzichte van de zorgverzekeraars en dat zij vaker collectief kunnen onderhandelen, samen het gesprek kunnen aangaan met zorgverzekeraars over hun contracten. Dat zien we nog niet gebeuren bij de fysiotherapeuten. We zien dat zij vaak in hun eentje of met een kleine praktijk moeten onderhandelen met zorgverzekeraars, en onderhandelen is eigenlijk een eufemisme voor "tekenen bij het kruisje". Dus die fysiotherapeuten voelen zich onder druk gezet. Wat mij betreft moeten we kijken welke mogelijkheden er zijn voor fysiotherapeuten om samen het gesprek aan te gaan over de contracten. Als die ruimte er is, dan moeten we ze die ruimte bieden. Als die ruimte er nog niet is, dan zullen we die moeten creëren.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, u wilt interrumpen, maar dit is uw vierde vraag. Dat zeg ik maar vast. De heer Slootweg zie ik een beetje boos kijken. Die moet ook nog. Mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik was gebleven bij mijn opmerking dat juist bij de ziekenhuizen besparingen te maken zijn, maar niet in de eerste lijn. Daar worden echter wel de besparingen gerealiseerd door de zorgverzekeraars, door te lage tarieven en door onaantrekkelijke contracten. En laten we eerlijk zijn, het idee van dit zorgstelsel was dat patiënten via hun poliskeuze dit ongewenste contracteergedrag zouden kunnen corrigeren. Maar we moeten toegeven dat dat niet gebeurt. Het gebeurt niet in de praktijk. Op die manier werkt het stelsel niet zoals we het voor ogen hadden.

Wat betreft de Wmo en de Jeugdwet moeten we vaststellen dat aanbestedingen niet bijdragen aan het verbeteren van

de zorg. Ik vraag deze bewindspersonen om de problemen op te lossen die nu op het bordje terechtkomen van de zorgverleners. Ik krijg ook graag een reactie op dit verzoek van de bewindspersonen. Natuurlijk wil mijn eigen fractie ook meewerken aan oplossingen. Daarom kom ik dit jaar nog met een initiatiefwet om de verplichte aanbestedingen in de Wmo en de Jeugdwet af te schaffen. Ook wil mijn fractie dat de Zorgautoriteit actiever en inhoudelijker toezicht houdt en ingrijpt bij de contractering en de inzet van de behandelindex bij de fysiotherapeuten. Daarnaast moet wat mijn fractie betreft het Zorginstituut goed controleren of er geen sprake is van uitholling van de kwaliteit van de fysiotherapie door de harde en strakke contractering.

Voorzitter. Dan een andere grote frustratie van veel zorgverleners: de gebrekkige ICT-verbindingen tussen veel instellingen, bijvoorbeeld tussen een huisartsenpraktijk en een ziekenhuis, of tussen het verpleeghuis en het ziekenhuis. De huidige ICT-systemen leiden tot heel veel onnodige administratie. Vaak moeten artsen en verpleegkundigen informatie opnieuw invoeren in het systeem omdat deze niet digitaal kon worden overgedragen, ondanks dat de patiënt dit wel graag wilde. Een groot deel van de administratieve lasten waar ook deze bewindspersonen vanaf willen, wordt daardoor veroorzaakt. Ik zie de bewindspersonen heel actief werken met schrapessies en ik denk dat wij schrapessies kunnen blijven organiseren tot wij een ons wegen, maar als wij de ICT-problemen niet aanpakken, dan zullen we de oorzaak van veel van die administratie ook niet aanpakken. Het wordt wat mijn fractie betreft dan ook de hoogste tijd dat VWS de regie pakt op het digitaal verbinden van de zorgelands die wij hebben gecreëerd. Vanzelfsprekend moet de patiënt en zijn of haar toestemming voor het delen van informatie vertrekpunt zijn van deze verbindingen. In de hoofdlijnenakkoorden die er zijn gesloten, wordt wel al aandacht besteed aan ICT, maar wordt er nog onvoldoende doorgepakt. Ook zie je dat er geen verbinding wordt gelegd tussen de akkoorden, dus tussen de huisartsen, de wijkverpleging en de ziekenhuizen. De voorwaarden voor digitale overdracht moeten gewoon op orde zijn. We moeten af van de overdracht per fax, post, cd-rom of zelfs soms WhatsApp. Wat GroenLinks betreft werkt het zorgveld onder regie van VWS toe naar het wettelijk verankeren van ICT-standaarden voor 2021. Ik hoor heel graag van de minister voor Medische Zorg of hij deze ambitie deelt.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg? Mag het?

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

Dank u wel, voorzitter. Het CDA heeft eerder in verschillende debatten het belang bepleit van goede ICT-verbindingen, eenduidige taal en dat computersystemen met elkaar kunnen spreken. Een paar maanden geleden heb ik samen met collega's Aukje de Vries en Pia Dijkstra daar nog een motie over ingediend. Enkele jaren geleden heeft GroenLinks nog de motie-Tan ondertekend. Mag ik concluderen dat daar definitief afscheid van is genomen door GroenLinks?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Waar wij geen definitief afscheid van hebben genomen en ook nooit zullen nemen, is het voorstellen van de privacy

van patiënten. De wens van de patiënt om informatie te delen, moet altijd het vertrekpunt zijn van het delen van die informatie. Het gaat GroenLinks erom dat het vervolgens wel mogelijk moet zijn. We zien nu dat die ICT-systemen niet op elkaar aansluiten en dat die digitale verbinding niet gemaakt kan worden. Dat is een voorwaarde en daar wil ik wat aan doen. Sterker nog, ik vraag de minister om daar het voortouw in te nemen en dat voor 2021 wettelijk veranderd te hebben.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Van den Berg.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**  
Ik krijg iedere keer toestemming, voorzitter. Dus we overleggen dat goed samen.

**De voorzitter:**  
Heel goed.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**  
De motie-Tan ging ook over het Landelijk Schakelpunt, waarvan het CDA al eerder heeft gezegd dat men zich gewoon verplicht moet aansluiten, en dat het niet zo kan zijn dat meewerken vrijwillig is. Maar dit betekent dus dat GroenLinks daarin mee wil gaan?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**  
Wij vinden het belangrijk dat informatie gedeeld kan worden. Daar heb je standaarden voor nodig. We moeten met elkaar afspraken maken, zodat systemen op elkaar aangesloten kunnen worden. We zien nu dat het feit dat die systemen niet op elkaar aangesloten zijn, voor de grote ICT-leveranciers een verdienmodel vormt. Iedere keer moet zo'n ICT-leverancier weer ingehuurd worden, tegen een hoog tarief, om systemen aan te passen. Wij vinden dat het voor ICT-leveranciers verplicht moet worden gesteld om die systemen op elkaar aan te laten sluiten, zodat de patiënt, als hij dat wil, via de zorgverleners de informatie kan delen tussen bijvoorbeeld de huisarts en het ziekenhuis.

**Voorzitter.** Als we het hebben over mens en zorg, dan gaat het om de zorgmedewerkers, maar natuurlijk ook om de patiënt. Een grote groep mensen die zorg nodig hebben, worstelen met hun zorgkosten. Het is belangrijk om precies te weten hoe groot deze groep is en hoe groot het probleem is. De laatste cijfers die we hebben over mensen die vanwege kosten van de zorg die zorg ook mijden, dateren alweer van een tijd terug. Tijdens een vorig debat vroeg ik de minister naar onderzoeken hierover. De minister verwees toen naar een lopend onderzoek, maar dit blijkt helemaal geen inzicht te geven in dit vraagstuk. Het onderzoek waar de minister naar verwees, gaat namelijk niet over het mijden van vervolgzorg, maar over het kennisniveau van verzekeren over het eigen risico.

Een goed debat over zorgmijding begint met de feiten. Anders blijft het bij ideeën en suggesties die we daarbij doen. Ik wil die feiten op tafel hebben. Ik vraag de minister dus nogmaals om een onafhankelijk onderzoek naar zorg mijden. Ik krijg daar heel graag een reactie op.

Wat we al wel weten is dat het verhogen van de btw op medicijnen en hulpmiddelen en op groente en fruit tot gezondheidsproblemen leidt. De btw-verhoging heeft een averechtse uitwerking en zal op de langere termijn een kostenstijging, ook in de zorg, tot gevolg hebben. Kunnen deze bewindspersonen mij uitleggen, zo vraag ik hen, hoe deze maatregel van btw-verhoging niet tot een ongewenst effect zou leiden? Heel graag een reactie daarop.

**Voorzitter.** We zouden er in de gezondheidszorg alles aan moeten doen om gezondheid en niet ziekte centraal te stellen. Een heel geslaagd voorbeeld van het centraal stellen van gezondheid is het leefstijlprogramma Keer Diabetes2 Om. Met dit leefstijlprogramma passen diabetespatiënten onder professionele leiding hun leefstijl aan. Hierdoor zijn zij in staat om hun medicatie te verminderen en in veel gevallen ook te stoppen.

Dit is een belangrijke doorbraak. Niet alleen vervult het aanpassen van de leefstijl een rol op het gebied van preventie, maar deze mensen met een chronische ziekte genezen daadwerkelijk.

**Voorzitter.** Omdat er op leefstijl geen patent is aan te vragen, is er geen investeringsprikkel vanuit de farmaceutische industrie om dit te ontwikkelen. Het is belangrijk dat de financiering van de vroege onderzoeksfases voor leefstijl-geneeskunde wel wordt opgepakt. Als de eerste positieve resultaten er zijn, zullen er partijen zijn die het vervolgonderzoek wél willen financieren.

Er zijn namelijk nog veel andere chronische ziekten waar dit ook interessant voor is. Denk bijvoorbeeld aan hart- en vaatziekten maar ook aan reuma of darmklachten, waarvoor de inzet van leefstijlgeneeskunde heel kansrijk is. Daarom pleit ik, samen met de ChristenUnie, voor de oprichting van een onderzoeksfonds dat bedoeld is voor de vroege onderzoeksfases van leefstijlprogramma's. Ook heeft GroenLinks samen met de ChristenUnie een amendement ingediend voor een onderzoeksbudget voor leefstijlgeneeskunde voor het komende jaar. Ik hoor heel graag van de minister of hij ook positief tegenover deze ontwikkelingen staat.

**Voorzitter.** Willen we patiënten echt het vertrekpunt maken van de zorg — en dat zeggen we heel vaak — dan moeten we wel af van de verkeerde prikkels die bijvoorbeeld zo veel mogelijk behandelingen belonen, in plaats van de goede behandeling bieden. Die goede behandeling kan soms ook minder behandelen zijn, maar we weten allemaal dat het nu aantrekkelijk is voor ziekenhuizen om zo veel mogelijk patiënten te behandelen. Dat is ook vaak nog de grondslag voor een contract: prijs maal volume. Vanuit de patiënt bezien is het echter in veel gevallen beter om niet naar het ziekenhuis te gaan, en dicht bij huis of zelfs in huis behandeld te worden. Collega Rutte had daar ook een aantal mooie voorbeelden van.

Dat zou uitgangspunt moeten zijn voor de medisch-specialistische zorg. Maar zolang medisch specialisten nog verdienen aan zo veel mogelijk behandelen, blijft het vechten tegen de bierkaai om niet die behandeling, maar het welzijn van de patiënt voorop te stellen. Daarom blijft GroenLinks pleiten voor: alle artsen in loondienst. Erkent de minister dat dit een voorwaarde is voor het vergroten van het

draagvlak om de zorg echt anders te organiseren, vaak buiten het ziekenhuis?

Voorzitter. Als het gaat om de ...

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Het gaat vandaag wel heel veel over geld bij GroenLinks. Er komt een heleboel economisme langs, maar zorg gaat deels ook over geld. Laten we daar eerlijk over zijn. Mevrouw Ellemeet zegt: in de medisch-specialistische zorg staan soms de prikkels verkeerd — ik herken dat ook wel — en dus moet iedereen in loondienst. Dat zou een oplossing kunnen zijn. Maar aan de andere kant houdt ze een heel pleidooi voor fysiotherapeuten. Erkent ze ook niet dat als we niks doen richting fysiotherapeuten, waar natuurlijk wel degelijk ook gekeken moet worden naar kwaliteit et cetera, er ook daar overproductie zou kunnen zijn? Fysiotherapeuten zijn vaak ook ondernemingen.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Een hele interessante vraag die blootlegt hoe de VVD nadenkt over hoe we de kosten moeten beheersen in de zorg. Die rekening, stelt meneer Rutte voor, moeten we neerleggen bij de zorgverleners, bij de fysiotherapeuten. Als we kijken naar de kosten, dan weten we dat de grote uitgaven juist liggen bij de ziekenhuizen en niet in de eerste lijn en niet bij de zorgverleners. Ik zou mij er verre van willen houden dat we de rekening van die kostenbeheersing neerleggen bij die zorgverleners. Sterker nog, we hebben die zorgverleners hartstikke hard nodig. We hebben al een tekort en we moeten zorgen dat het beroep, ook in de eerste lijn, ook van fysiotherapeuten, aantrekkelijk blijft in de toekomst, zodat we mensen de zorg kunnen bieden die ze nodig hebben. We moeten inderdaad kijken naar hoe we die kosten kunnen beheersen, maar dat heb ik net geprobeerd te betogen. Dan zullen we het moeten zoeken in de ziekenhuiszorg, waar tientallen miljarden naartoe gaan terwijl we weten dat dat niet altijd leidt tot zinnige zorg. Wat GroenLinks betreft moeten we kijken hoe we de ziekenhuiszorg anders kunnen organiseren. Dat kan leiden tot enorme kostenbesparingen. Tegelijkertijd zullen we er alles aan moeten doen om al die zorgverleners, die hard voor ons werken, voor al die mensen in het land hun werk te laten doen.

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Misschien ben ik niet duidelijk en ontstaan er allerhande misverstanden. Dat moet niet. Ik ben heel enthousiast over fysiotherapie en ik zie grote kansen voor het verschuiven van behandelingen uit de ziekenhuiszorg naar fysiotherapeuten. Dat gebeurt steeds vaker en dat is ook hartstikke goed. Waar ik op aansla, is dat gedaan wordt alsof ziekenhuiszorg geld kost — dat is ook zo — maar dat fysiotherapie gratis is. Bij ziekenhuizen moet iedereen in loondienst, maar fysiotherapieorganisaties zijn bedrijfjes. Dat zijn ondernemers. Waarom zou daar niet op de een of andere manier ook de kans aanwezig kunnen zijn — laat ik het heel voorzichtig zeggen — dat er overbehandeld wordt, als niet op de een of andere manier ook daar goed naar de kosten in verhouding tot de kwaliteit gekeken wordt?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Het uitgangspunt voor GroenLinks is dat alle mensen die werken in de zorg daar eerlijk voor beloond worden. We zien nu in de praktijk dat die eerlijke beloning er niet is op heel veel plekken in de eerste lijn. Dat geldt ook voor de fysiotherapeuten door de behandelindex die gebruikt wordt door de zorgverzekeraars om die tarieven naar beneden bij te stellen, om de kosten daarmee te beheersen. Het gevolg daarvan is dat fysiotherapeuten daaronder lijden en dat het vak steeds minder aantrekkelijk wordt. Natuurlijk moeten we kijken naar wat zinnige zorg is. Dat geldt voor de tweede lijn en voor de eerste lijn. Daar moeten we het gesprek over voeren. Maar het mag nooit zo zijn dat wij zorgverleners afknippen omdat we die kosten willen beheersen. Dat principe deugt niet. Dat wordt nu in de praktijk toegepast, zeker in de eerste lijn. Daar moeten we van af.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter, dank u wel. Ik wilde net beginnen met de ouderenzorg. In de ouderenzorg hebben we een harde knip gemaakt tussen de zorg voor de ouderen thuis aan de ene kant en de zorg voor ouderen in het verpleeghuis aan de andere kant. Die knip, zou je kunnen zeggen, hebben we in het systeem ingebracht terwijl die er natuurlijk niet zou moeten zijn in de zorg. Sterker nog, het zou heel wenselijk zijn als we de verpleeghuiszorg en de thuiszorg meer met elkaar verbinden. Er is nog zo veel winst te behalen bij het delen van kennis tussen de wijkverpleging en het verpleeghuis. Echte vernieuwing — daar hebben we het toch vaak over — zit wat mijn fractie betreft juist in die kruisbestuiving. Dat betekent dat we ook zouden moeten kijken naar de mogelijkheden om het innovatiebudget van het verpleeghuis zo in te zetten dat ook thuiswonende ouderen kunnen meeprofiteren van een goede inzet van dat budget, zodat we de kennis kunnen delen tussen de mensen die in een verpleeghuis werken en de mensen die bijvoorbeeld in de wijkverpleging werken, zodat we de overgang voor veel ouderen van thuis wonen naar wonen in een verpleeghuis soepeler kunnen maken en zodat de kwaliteit zal verbeteren, zowel voor de zorgverleners als voor de mensen om wie het gaat. Heel graag daar ook een reactie op van de minister.

Voorzitter. Dan nog een heel ander onderwerp: baas in eigen buik. Het lijkt een verworvenheid die niet meer ter discussie staat, maar ook zwaarbevochten rechten kunnen op losse schroeven komen te staan. In dat licht heeft mijn fractie zorgen over de keuzehulpverlening door antiabortusorganisaties. Siriz, een organisatie die verbonden is aan de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind, krijgt nu het overgrote deel van de subsidie om vrouwen van advies te voorzien. Nu mag een organisatie in dit land natuurlijk campagne voeren tegen abortus, maar niet als je gefinancierd wordt door de overheid. In het gezamenlijke jaarplan van Siriz en de VBOK staat geschreven dat beide organisaties actief willen bijdragen aan het terugdringen van het aantal abortussen. Ook staat in het jaarplan beschreven hoe de fondsenwerving, marketing en de communicatieafdelingen van Siriz en de VBOK zijn samen gevoegd en er een partnership wordt ontwikkeld met de

Schreeuw om Leven, de prolife-organisatie die de Mars voor het Leven organiseert.

Nu blijft de staatssecretaris stug achter Siriz staan. Hij zegt dat deze organisatie onafhankelijk genoeg is om keuzehulp te bieden. Ik begrijp niet hoe het kabinet kan volhouden dat een organisatie die haar medewerkers bewust selecteert op een proliferatie, gefinancierd en deels bestuurd wordt door de VBOK en medisch onjuiste informatie verspreidt, onafhankelijk genoeg is om subsidie te ontvangen. Op deze manier zet de overheid abortus indirect weg als een onwenselijke keuze. Dat is een waardeoordeel dat, wat GroenLinks betreft, bij de vrouw zelf moet liggen. De staatssecretaris onderstreept in zijn laatste brief dat keuzehulp onafhankelijk moet zijn. Ik wil de staatssecretaris vragen wat nu precies zijn definitie is van onafhankelijke keuzehulp. Past een organisatie die bestuurlijk en financieel afhankelijk is van een antiabortusorganisatie binnen deze definitie? Waarom zou u geen eisen willen stellen aan alle organisaties om de onafhankelijkheid te borgen?

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Een vraag aan mevrouw Ellemeet is waarom de GroenLinks-fractie een aantal jaren geleden nog steun gaf aan een amendement dat geld voor Siriz regelde, maar daarbij zei dat er dan wel ook geld naar Fiom moest gaan. Nu een paar jaar later zegt zij, een beetje geradicaliseerd, dat er helemaal geen ruimte moet zijn voor dit soort organisaties.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik baseer mij op feiten. Die feiten baren mij grote zorgen. Siriz deelt via de website bijvoorbeeld medisch onjuiste informatie met vrouwen. Vrouwen die zich soms in een kwetsbare positie bevinden en onafhankelijke hulp zoeken, kunnen op de website van Siriz lezen dat het aantal weken waarbinnen je een abortus mag ondergaan, beperkt is. Of ze lezen er dat je niet anoniem een abortus kan ondergaan. Dat is feitelijk onjuiste informatie. Deze informatie hebben wij nu als fractie. We weten ook dat vrouwen die hulp zoeken in chatgesprekken gestuurd worden richting het kiezen voor geen abortus. Deze informatie hebben wij nu en die baart mij grote zorgen. Sterker nog, die informatie is voor mij reden om te zeggen dat wij vanuit de overheid dit niet zouden moeten financieren.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Ik stel vast dat het Humanistisch Verbond een actie opzette: stop de subsidie voor Siriz. Daarna zijn er wat krantenartikelen en programma's verschenen. Siriz gaf aan zich daarin helemaal niet te herkennen: er is een grote mate van klanttevredenheid en als er foutjes in de website zitten, willen wij die herstellen. Maar daar is volgens Siriz geen sprake van. Als het idee is dat een organisatie met deze kleur er helemaal niet mag zijn, zeg dat dan gewoon, maar ga niet onder een vergrootglas proberen allerlei puntjes te zoeken om een goed functionerende organisatie in een kwaad daglicht te stellen. Vindt mevrouw Ellemeet dat een organisatie die het van belang vindt om én de zelfstandige keuze van vrouwen te beklemtonen én de waarde van het ongeboren leven naar voren te brengen, voor financiering in aanmerking komt: ja of nee?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik schrik er wel van dat de heer Van der Staaij het feit bagatelliseert dat er medisch, feitelijk, onjuiste informatie wordt verstrekt aan vrouwen via deze organisatie. Dat zijn feiten. Het maakt mij niet uit wie die feiten deelt, maar we hebben die zelf kunnen lezen op de website. Inmiddels zijn ze ervan afgehaald — dat geeft ook wel te denken — maar ze stonden er wel op. Het gaat mij erom dat deze feiten niet deugen en dat deze vrouwen in een kwetsbare positie recht hebben op onafhankelijke keuzehulp. Het mag nooit zo zijn dat je in chatgesprekken te horen krijgt dat de kans op onvruchtbaarheid is vergroot nadat je een abortus hebt ondergaan, of dat je informatie krijgt dat je psychische schade zou kunnen overhouden aan een abortus. Dit zijn gegevens die mij grote zorgen baren. Daarop baseer ik mij: feiten. Daaruit concludeer ik dat dit niet door de overheid gefinancierd zou kunnen worden.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Ik concludeer dat mevrouw Ellemeet klakkeloos achter een lastercampagne van een organisatie als het Humanistisch Verbond aan loopt. Het stelt mij teleur dat er niet meer bereidheid is om te kijken hoe een organisatie functioneert. Wij accepteren ook dat men probeert op een eerlijke manier vanuit een andere kleur dan bijvoorbeeld een Fiom heeft, keuzebegeleiding te geven. Dat is mijns inziens de kernvraag. Daar gaat mevrouw Ellemeet helaas aan voorbij.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik baseer mij op feiten die boven tafel zijn gekomen. Ik zou willen dat al die vrouwen die in deze positie zitten zich ook kunnen baseren op feiten en gesteund worden en geadviseerd worden vanuit feiten die gebaseerd zijn op de medische wetenschap. Daar gaat het om. Daar hebben al die vrouwen recht op. Ik maak mij daar grote zorgen om en ik vind dat we hier wat aan moeten doen.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Ik denk dat abortus voor vrouwen een ingrijpende gebeurtenis is. Mevrouw Ellemeet gaf aan dat het terugdringen van het aantal abortussen hun doel is. Juist omdat het een ingrijpende gebeurtenis is, denk ik dat daar niets mis mee is. Ook iemand als minister Schippers, de voorganger van de heren die hier in vak-K zitten, had als belangrijk doel om het aantal abortussen terug te dringen. Nu heeft mevrouw Ellemeet zorgen over de begeleiding door Siriz. Mijn vraag aan haar is: heeft zij hier weleens met Siriz over gesproken?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ja, dat heb ik. Ik heb de directeur van Siriz al een tijd geleden uitgenodigd. Ik heb dat gesprek gevoerd, natuurlijk. Ik vind het belangrijk om iedereen te spreken en om niet alleen over mensen te spreken. Ik vind het ook heel belangrijk dat we vrouwen de ruimte geven om hun eigen afweging te kunnen maken, en dat de wensen en de afwegingen van de vrouw centraal staan en niet een agenda van een organisatie die haaks staat op die onafhankelijke keuzeafweging, namelijk het terugdringen van het aantal abortussen. Ik heb er grote moeite mee dat medewerkers geselecteerd worden op een prolife-overtuiging. Ik heb daar grote moeite mee. Organisaties hebben altijd waarden, maar het mag niet zo zijn dat waarden haaks staan op het belangrijke principe

dat alle vrouwen in staat gesteld worden om hun eigen afweging te maken en daarbij goed en onafhankelijk geholpen worden.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Er wordt op dit moment gewerkt aan kwaliteitscriteria voor keuzehulpverlening voor vrouwen. Is mevrouw Ellemeet het met mij eens dat organisaties die voldoen aan alle kwaliteitscriteria, waar non-directieve informatie voor vrouwen dus ook een onderdeel van zal zijn, gewoon een plek mogen hebben in het brede palet van keuzehulp voor onbedoeld zwangere vrouwen?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat ben ik met mevrouw Dik eens. Ik vind het belangrijk dat we het kader vaststellen. Ik vind dat een verantwoordelijkheid voor de overheid. Ik vind niet dat we het aan organisaties die een eigen belang hebben, kunnen overlaten om die criteria te formuleren. Ik vind dat dat een taak is voor de overheid. Een heel belangrijk criterium is dat het niet zo mag zijn dat je missie haaks staat op het bieden van onafhankelijke keuzehulp, net zo min als ik het acceptabel vind dat een organisatie die die onafhankelijke keuzehulp zou bieden, gefinancierd en mee bestuurd wordt door een andere organisatie die openlijk een anti-abortuslobby voert. Die twee werelden zijn voor mij niet te verenigen. Dat zijn harde eisen die ik zal stellen aan een subsidiekader voor organisaties die graag onafhankelijke keuzehulp willen bieden.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Mijn laatste vraag. De heer Van der Staaij refereerde er ook al aan: een aantal jaren geleden hebben we samengewerkt met GroenLinks. Mevrouw Voortman heeft destijds een amendement ingediend over Fiom. De hulp voor Fiom is gedecentraliseerd naar de GGD's. Siriz is nog een landelijk werkende organisatie. Die twee bestaan naast elkaar. Ik herinner mij dat er voor de verkiezingen een plan is gepresenteerd door een breed palet aan organisaties — Fiom en Siriz waren daar onderdeel van, maar ook de GGD en Rutgers — om onbedoeld zwangere vrouwen beter te kunnen begeleiden en uiteindelijk het aantal onbedoelde zwangerschappen terug te dringen. Herinnert mevrouw Ellemeet zich die agenda? En zijn dat ook agenda's waarvan zij zegt: ja, ik vind dat met die breedte van de organisaties zo belangrijk dat dat een plek verdient om uitgevoerd te worden en vanuit de rijksoverheid gesteund moet worden.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik vind het belangrijk dat we met zo veel mogelijk organisaties inzetten op het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. Je wenst geen vrouw een ongewenste zwangerschap toe. Dat hebben we liever niet. Als het wel gebeurt, zullen we die vrouwen goed moeten helpen. Die missie deel ik dus zeker. Daarnaast vind ik dat we, als vrouwen ongewenst zwanger zijn, ook moeten kijken hoe we zo goed mogelijk kunnen helpen. Daar heb ik samen met mevrouw Ploumen een voorstel voor gedaan. Wat wij nu nog missen in Nederland is één plek waar vrouwen 's nachts of overdag, ook in het weekend, terecht kunnen met de eerste vragen die zij hebben over hun ongewenste zwangerschap. Die plek ontbreekt nog. Dat zou ik graag willen toevoegen aan

wat we al hebben, naast de harde criteria die we moeten stellen aan subsidies voor verschillende organisaties.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik steun GroenLinks wel in haar geuite zorgen. Ik heb natuurlijk ook De Groene Amsterdammer en de reactie van de staatssecretaris gelezen. Mijn hoop is erop gevestigd dat de Kamer die kwaliteitscriteria inderdaad vrij snel krijgt, voor 1 december, en dat we daar nog invloed op kunnen uitoefenen. Is GroenLinks het met mij eens dat het belangrijk is dat er in die kwaliteitscriteria heel helder geformuleerd staat dat de voorlichting neutraal moet zijn en dat vrouwen niet gestuurd mogen worden? Is GroenLinks net als D66 gerustgesteld als we dat pakket van deze staatssecretaris krijgen?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter. Ik zou nog net een stapje verder willen gaan. Ik gaf net aan in mijn betoog dat ik het een taak en een verantwoordelijkheid voor de overheid vind om dit kader vast te stellen. Je kan niet van organisaties, die hun eigen belang hebben, vragen om die criteria uit te werken. Als mevrouw Bergkamp het zo bedoelt, dan deel ik dat. Daarnaast vind ik het inderdaad van belang dat de informatie niet sturend is en dat er een onafhankelijke keuzehulp is. "Neutraal" is een moeilijk begrip, maar onafhankelijk moet het zeker zijn. Zoals ik net al zei, vind ik het ook belangrijk dat organisaties die deze keuzehulp bieden niet meegefinancierd worden door andere organisaties die openlijk anti-abortus zijn en daar ook voor lobbyen.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Ik denk dat het waar is dat die onafhankelijke voorlichting van belang is. Ik schrok ook van de berichtgeving in De Groene Amsterdammer. De waarde daarvan is dat in ieder geval zichtbaar is geworden dat die kwaliteitscriteria er nog niet zijn. Ik hoop dus ook dat we samen met een aantal partijen kunnen optrekken om ervoor te zorgen dat we die kwaliteitscriteria tijdig krijgen. Ik deel de opmerking van GroenLinks dat de verantwoordelijkheid hiervoor bij de overheid ligt. Als we het tijdig hebben, kunnen we als Kamer sturen op heldere, duidelijke criteria, zodat we dit soort discussies volgend jaar hopelijk niet meer hoeven te voeren.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Volgens mij zijn we het ermee eens dat de verantwoordelijkheid bij de overheid ligt en dat we heel scherpe criteria moeten benoemen, zodat we voorkomen dat er sturende informatie gegeven wordt. Daarnaast vind ik het belangrijk dat we kijken wat we nog missen in het aanbod. Mevrouw Ploumen en ik doen daarom een voorstel waarin staat wat er nu nog ontbreekt in Nederland, en wat je bijvoorbeeld wel in Duitsland hebt, namelijk één centraal informatiepunt waar je dag en nacht als vrouw terecht kan, waar je de informatie krijgt die je nodig hebt en waar je ook doorverwezen kan worden naar een organisatie die vrouwen intensiever kan begeleiden bij het maken van die afweging.

Voorzitter, ik zou bijna vergeten dat ik nog een laatste punt heb, twee zelfs. Ik had nog een vraag over de toegang tot anticonceptie en abortus voor ongedocumenteerde vrouwen. Er bestaat op dit moment geen enkele regeling voor

ongedocumenteerde vrouwen die de pil of een abortus niet kunnen bekostigen. Nu is juist deze groep kwetsbaar voor ongewenste zwangerschap. Is de minister het met GroenLinks eens dat deze situatie onwenselijk is? Is hij bereid om expliciet aandacht te besteden aan deze groep vrouwen in het programma Kansrijke Start?

Voorzitter, ten slotte. GroenLinks wil nog een andere zorgelijke ontwikkeling aan de kaak stellen, namelijk de dalende kennis over seksualiteit en voortplanting, en het niet afnemen van het aantal soa-infecties onder jongeren. Sterker nog, onder bepaalde doelgroepen neemt het aantal soa-infecties zelfs toe. Uit het rapport Seks onder je 25e blijkt ook dat het condoomgebruik onder jongeren bij latere en losse seksuele contacten afneemt, waardoor overdracht van soa's en hiv en onbedoelde zwangerschappen mogelijk zijn. Wat GroenLinks betreft ligt er een taak bij de overheid om jongeren bewust te maken van de risico's van niet veilig vrijen. Daarbij is het belangrijk om niet alleen maar over de risico's te communiceren. Dat gebeurt nu terecht wel als het gaat om sexting en misbruik, maar het is natuurlijk ook belangrijk dat jongeren leren over prettige en veilige seks met wederzijdse instemming, zodat het niet alleen maar heel erg zwaar wordt. Een aantal jaar geleden hadden we hier nog de positieve "vrij veilig"-campagne voor, maar nu verwijst de staatssecretaris enkel naar scholen en ouders om voorlichting te geven. GroenLinks wil dat we jongeren er weer aan gaan herinneren dat veilig vrijen belangrijk is en dat seks leuk moet en kan zijn. We vragen het kabinet om uit te zoeken hoe dit het beste vormgegeven kan worden. Wat kunnen we leren van de "vrij veilig"-campagne? Wat kan de rol zijn van social media? En is de staatssecretaris bereid om hiermee aan de slag te gaan? Graag een reactie.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.



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

Dank u wel, voorzitter. In de zorg draait alles om vertrouwen, vertrouwen dat mensen die door ziekte of ouderdom in een kwetsbare fase verkeren in goede handen zijn van toegewijde verpleegkundigen en artsen, die bij alles wat ze doen de zorg voor de patiënt vooropstellen. Juist de zorg voor elkaar is van belang, omdat die meer dan alleen functioneel is. De kern van goede zorg is geen product of handeling, maar juist een betekenisvolle relatie. De mens is een zorgend wezen. We leven van zorg voor anderen en van de zorg die anderen aan ons geven. Het CDA vindt dat er vanuit dat perspectief naar de zorg gekeken moet worden.

Voorzitter. Ik herhaal wat ik eerder heb benoemd. Het CDA vindt dat de zorg beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar moet zijn. Nederland staat internationaal hoog aangeschreven en ik ken vele persoonlijke verhalen van goede en mooie ervaringen met zorgende handen. Toch zijn er veel zorgen over de zorg, met name in de regio. Want voor de toekomst van ons land is niet alleen van belang óf er zorg is, maar ook waar die zorg is. Buiten de Randstad volgen de negatieve berichten elkaar steeds sneller op: een tekort

aan huisartsen in Leeuwarden, geen nacht- en weekenddiensten van apothekers in de Hoeksche Waard, een tekort aan mantelzorgers in de regio, en afdelingen van ziekenhuizen die worden gesloten in Drenthe. Het wordt tijd dat het kabinet duidelijk maakt hoe het de regionale zorg in de toekomst wil behouden. Hoe ziet de zorgkaart van Nederland er over twintig jaar uit?

De bereikbaarheid van regionale zorg is voor ons een groot zorgpunt, want of zorg dichtbij is, is zeer bepalend voor de leefbaarheid van een regio. Het CDA is daarom blij met de toezegging van de minister dat hij wettelijk wil vastleggen dat er een consultatie moet zijn met alle betrokkenen wanneer een wijziging wordt voorgesteld in de acute zorg. Vindt de minister ook niet dat in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen naast zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook patiëntvertegenwoordigers en regionale bestuurders moeten participeren? En hoe monitort de minister de opdrachten die aan het ROAZ worden gegeven? Het CDA maakt zich zorgen over de consequenties die de nieuwe kwaliteitskaders kunnen hebben voor de regionale zorg. Klopt het dat er bij de ontwikkelingen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen poortspecialisten worden gevraagd, waardoor regionale ziekenhuizen per direct op achterstand komen? En wie waakt er bij het opstellen van een dergelijk kader over het belang van de juiste zorg op de juiste plek? Graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Bij regio's moeten we ook denken aan de bijzondere gemeenten de BES-eilanden. Dank voor de brief van de staatssecretaris. Wij zien uit naar de volksgezondheidsnota die wordt opgesteld. Hoe staat het met het onderzoek van het RIVM om te komen tot een volwaardig aanbod van bevolkingsonderzoek naar borst-, baarmoederhals- en darmkanker, ook op de eilanden in het Caribisch gebied?

Voorzitter. Tot slot op het punt van bereikbaarheid. Het kan niet zo zijn dat de zorg in de Randstad beter is dan de zorg in de regio. Ook in de regio moet goede zorg geborgd zijn. Dat is van groot belang voor de leefbaarheid van de regio. Wil de minister per regio in kaart laten brengen waar er nu tekorten zijn?

Voorzitter. Dan kom ik bij beschikbaarheid.

**De voorzitter:**

Meneer Van Gerven, over het vorige punt?

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik wil even weten of mevrouw Van den Berg in haar betoog klaar is met haar verhaal over de leefbaarheid.

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

Ja.

**De heer Van Gerven (SP):**

Op dat aspect wil ik namelijk doorgaan. Mevrouw Van den Berg pleit ervoor dat er overleg is met regionale bestuurders en patiënten. Maar dan kom ik toch met een vraag. Stel dat er een uitkomst is die heel erg onbevredigend is. Laten we de kwestie nemen van het sluiten van de afdeling klinische verloskunde van het Bethesdaziekenhuis in Hoogeveen afgelopen maandag. Een compleet drama. Daarover is



overleg geweest, maar er wordt iets besloten wat eigenlijk niemand wil die daar woont, leeft en zorg nodig heeft. Luister maar eens naar de verloskundigen daar. Ik heb een voorstel — ik kom daar dadelijk mee — om de leefbaarheid te garanderen door een vijftienminutennorm in te voeren, waarbij het uitgangspunt is: er mag geen ziekenhuis of verloskundige afdeling dicht als dat tot gevolg heeft dat men niet binnen vijftien minuten een ziekenhuis kan bereiken. Wat vindt het CDA van dat voorstel, van dat idee?

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

We hebben op 13 juni ook met elkaar daarover gesproken. Wij zijn er zeker voor dat daar eerst naar wordt gekeken. We vonden het namelijk een van de grote gebreken van de discussie in Drenthe dat er eigenlijk al een besluit was genomen voordat met alle betrokkenen in de regio daarover was overlegd. Maar ik wil meneer Van Gerven ook meegeven: wij zeggen niet dat de wereld niet kan veranderen, maar een vijftienminutennorm lijkt ons in ieder geval niet haalbaar. We hebben nu met elkaar een norm van 45 minuten afgesproken. Dat is voor ons ook het uitgangspunt voor toekomstige discussies.

**De heer Van Gerven (SP):**

Hier kopen we natuurlijk niks voor, voor dit standpunt van het CDA. Hoezo kan die vijftienminutennorm niet? Natuurlijk kan dat! Dat is gewoon een politiek besluit, net zoals de 45 minuten die we nu hebben een politiek besluit is. Ik vraag het nogmaals. Als het het CDA menens is — ik ga daarvan uit — dat het de leefbaarheid in de regio's wil borgen en in stand wil houden, dan zul je toch als overheid moeten reguleren en optreden als dingen niet tot stand komen op een manier die wij met z'n allen wenselijk achten? Want iedereen vond het vreselijk: ...

**De voorzitter:**

Wat is de vraag?

**De heer Van Gerven (SP):**

... de zorgverzekeraars, ...

**De voorzitter:**

Meneer Van Gerven.

**De heer Van Gerven (SP):**

Voorzitter, ik maak bezwaar tegen uw handelen.

**De voorzitter:**

Nou, dan gaan we het daarover hebben, meneer Van Gerven. Een interruptie hoort echt kort te zijn. Ik ga daar heel erg streng op toezien, want iedereen begint allerlei manieren van elkaar over te nemen en tegelijkertijd wordt erover geklaagd dat het schema voortdurend verandert, wat vooral hiermee te maken heeft. Ik stel u dus voor om gewoon uw vraag te stellen en geen ellenlange inleidingen te houden, want daar hebt u ook de nodige tijd voor gereserveerd in uw eigen inbreng. Dit geldt niet alleen voor u, maar voor iedereen.

**De heer Van Gerven (SP):**

Voorzitter, ik wil opgemerkt hebben dat u het aantal interrupties fors heeft beperkt, waardoor het voeren van een fatsoenlijk, levendig debat ernstig beperkt wordt. We hebben het over de begroting van Volksgezondheid. Daarom neem ik ook de tijd om duidelijk te maken waar het hier om gaat. Daar hoort een fatsoenlijke inleiding bij. Ik had mij ...

**De voorzitter:**

Mag ik heel even? Ik wil het toch heel kort met u daarover hebben. Het gaat niet van uw spreektijd af. Ik ken u langer dan vandaag. U bent nooit tevreden over het aantal interrupties. Dat is iets wat ik in elk geval van u weet. Natuurlijk willen jullie alle ruimte. Die wil ik jullie ook geven. Dat is geen enkel probleem. Maar van die ruimte moet u echt gebruikmaken door korte vragen te stellen en niet een heel lang verhaal te houden. Ik blijf dus gewoon heel irritant doen. Het is heel vervelend.

**De heer Van Gerven (SP):**

Voorzitter, u meet met twee maten. Dat moet u niet doen. Echt, dat moet u niet doen.

**De voorzitter:**

Nu gaat u echt te ver.

**De heer Van Gerven (SP):**

Nee, ik ga niet te ver.

**De voorzitter:**

Ja, u gaat echt te ver.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik kan dat ook aantonen. U moet dat dus niet doen.

**De voorzitter:**

Weet u wat u gaat doen? Toon dat eerst maar aan en breng dat dan in het Presidium. Nu gaat u uw vraag stellen. En verwijt mij niet dat ik met twee maten meet, want dat is echt onzin.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik heb dat al gedaan en ik zal het u laten zien.

Om mijn vraag af te maken ...

**De voorzitter:**

Het spijt me: ik ga u onderbreken, want ik vind dit gewoon respectloos. Op deze manier wil ik niet aangesproken worden. Ik wil niet dat u mij op deze manier aanspreekt. Ik geef mevrouw Van den Berg het woord.

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

Dank u wel, voorzitter. Wij hebben in de discussie over de regionale ziekenhuizen gezegd: geef meer ruimte in hoe

zorg in de regio wordt ingericht. Een goed voorbeeld vind ik wat er uiteindelijk met het kwaliteitskader voor de intensive care is gebeurd. De intensivist in de regio mag nu ook ingezet worden op de acute as. Wij willen dus veel meer ruimte hebben voor hoe de zorg wordt ingericht, ook in samenwerking en met andere modellen. In Zeeuws-Vlaanderen heb ik daar ook een mooi voorbeeld van gezien. Men heeft de operaties geregeld met Gent, maar de uroloog uit Gent komt in Terneuzen naar het ziekenhuis toe voor de voorzorg en de nazorg. Als je op die manier zo veel mogelijk van de basiszorg bij de streekziekenhuizen legt, heeft een streekziekenhuis ook veel meer mogelijkheden om te blijven voortbestaan.

**De voorzitter:**  
Gaat u verder.

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

De beschikbaarheid van zorg staat onder druk. Het aantal medicijntekorten stijgt. Wachtlijden in de ggz worden maar niet opgelost. Er zijn steeds meer mensen met verward gedrag zonder adequate opvang. Ik krijg e-mails van radeloze familieleden die zich terecht zorgen maken over hun dierbaren omdat die geen goede geestelijke gezondheidszorg krijgen. De zelfmoordzaak bij GGZ Altrecht is daarvan een zeer triest voorbeeld. Wij zien hardnekkige problemen in de ggz, waardoor mensen onverantwoord lang moeten wachten op de behandeling die zij nodig hebben. Het CDA is van mening dat de staatssecretaris hierin echt meer regie moet nemen. Ook de ggz moet leren uitkomsten van behandelingen en gegevens te delen. Meten is weten en gissen is missen. Men houdt nu vaak de kaarten tegen de borst. Alleen door openheid kan een lerende cultuur ontstaan. En die is nodig om tot een betere zorg te komen. De patiënt en de cliënt zijn uiteindelijk de dupe van de patstelling die hier lijkt te ontstaan. Daarom heb ik de volgende vragen aan de staatssecretaris.

Hoe staat het met de uitvoering van onze motie over de regionale doorzettingsmacht om de wachtlijsten te kunnen oplossen? Wij horen nu dat er 8 tot 24 regionale taskforces opgericht worden. Dat is geen doorzettingsmacht creëren; wij zien dat als afschuiven. En we krijgen ook weer een nieuwe regio-indeling. Is de staatssecretaris bereid om toe te zeggen dat er uiterlijk medio 2020 uitkomstindicatoren voor de ggz zijn opgenomen in het kwaliteitsregister conform de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord, en dat deze ook wettelijk verplicht worden?

Hetzelfde zien we gebeuren met de aanpak van mensen met verward gedrag. Na meer dan twee jaar praten is de conclusie dat de regio aan zet is, terwijl één op de drie gemeenten de boel gewoon nog niet op orde heeft. Vervolgens wordt wel het afbouwen van bedden voortgezet, terwijl er nog geen zekerheid is dat de ambulante zorg op tijd op orde is. Dit is wachten op nog grotere problemen. Wanneer neemt de staatssecretaris hier nu echt de regie? Recentelijk heb ik aandacht gevraagd voor de veiligheid van medewerkers in de ggz. Heeft de staatssecretaris intussen gesproken met GGZ Nederland over een landelijke registratie van incidenten en gebruik van de isoleercel?

Ook in de medische zorg zien we dat beschikbaarheid van zorg niet altijd vanzelfsprekend is. Om met de medicijnen

te beginnen: soms moet je het geluk hebben om toevallig in het juiste ziekenhuis te liggen als je gebruik wilt maken van experimentele medicijnen, die voor soms uitbehandelde patiënten het laatste redmiddel kunnen zijn. Deze groep is gemakkelijk te vergroten door een matchingmodule te gebruiken, zodat er veel meer ziekenhuizen kunnen participeren. Is de minister bereid om met behulp van al bestaande oplossingen de beschikbaarheid van experimentele medicijnen in heel Nederland te vergroten?

Dan, voorzitter, nog een specifieke groep. Ik doel op het jarenlange tekort aan tandartsen. In mijn provincie, Zeeland, werken inmiddels noodgedwongen tandartsen uit Portugal, terwijl onze eigen opleiding voor mondzorg de meest overtekende numerusfixusopleiding van heel Nederland is geworden. Dat klopt simpelweg niet. Kan de minister voor de Voorjaarsnota laten onderzoeken wat de kosten zijn om de capaciteit bij de tandartsopleidingen uit te breiden?

Dan, voorzitter, de betaalbaarheid. Ook dat is een punt van zorg. Betaalbaarheid is van belang om de solidariteit tussen mensen te behouden. Ons inziens kan die betaalbaarheid beter en kan gelijktijdig de kwaliteit van de zorg nog beter. Het eerste wat daarvoor nodig is, is transparantie over prijs en kwaliteit, te beginnen met de ziektekostenpolis. Wij zijn blij met de nulmeting die de minister heeft laten doen als uitwerking van de CDA-motie. Hier zijn echter nog stappen te maken. Op het gebied van transparantie lijkt de praktijk wezenlijk af te wijken van het door de minister geschetste beeld. Websites van zorgverzekeraars geven wel duidelijk aan wat de opbouw van de kosten is, maar laten niet zien dat dezelfde verzekering ook goedkoper kan. Daarvoor moet men nog steeds naar een vergelijkingssite zoals Independer. Is de minister bereid om hierop strenger te laten handhaven, want wetten zonder werking zijn waardeloos?

De minister stelt een evaluatietijdpad voor waardoor het aannemelijk is dat pas in 2022 een wezenlijke verandering van de markt wordt bewerkstelligd. Kan de minister meer haast hiermee maken en de evaluatie vervroegen naar 2019? Zorgverzekeraars worden immers gevraagd om al in 2019 te beargumenteren waarom een collectiviteitskorting gerechtvaardigd is.

Voorzitter. Betaalbaarheid heeft ook te maken met een gelijk speelveld bij onderhandelingen, zoals voor fysiotherapeuten. Het blijkt dat er in beperkte mate wel degelijk samengewerkt kan worden door zorgaanbieders. Is de minister bereid om daarover breed te communiceren?

En dan ICT.

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, mevrouw Van den Berg, en voordat ik u het woord geef, mevrouw Ploumen, en voordat ik het ook met u aan de stok krijg, lees ik even artikel 57 van het Reglement van Orde voor. "Interrupties. De Voorzitter kan interrupties toelaten." Dit is echt een bevoegdheid van de Voorzitter. Waar is de heer Van Gerven? Daar komt hij. Ik doe het opnieuw. Artikel 57 van het Reglement van Orde: "De Voorzitter kan interrupties toelaten." Dit is echt een bevoegdheid van de Voorzitter. "Deze dienen te bestaan uit korte opmerkingen of vragen zonder inleiding."

Mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Voorzitter, dank u wel.

**De voorzitter:**  
Nee, meneer Van Gerven, mevrouw Ploumen heeft het woord.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Mevrouw Van den Berg en de PvdA-fractie gaan elkaar geloof ik vinden als het gaat over de te grote hoeveelheid polissen die niet van elkaar verschillen. Ik ben tegen kloonpolissen. Ik hou het heel kort. Mijn concrete vraag aan mevrouw Van den Berg is of zij dat ook is. Wil zij met mij samen de minister oproepen om die kloonpolissen te verbieden?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Ik geloof dat wij vorig jaar aangegeven hebben dat wij kloonpolissen in ieder geval niet transparant vinden voor de consumenten. Wij hebben toen ook aangegeven dat we de markt de kans willen geven om zelf tot inzicht te komen en daarin stappen te nemen. We zien dat wel het aantal variaties in polissen aan het afnemen is. Wat ook uit onze opmerking mag blijken, is dat wij vinden dat daar nog stappen in genomen kunnen worden.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Kan zo'n stap dan gewoonweg het verbieden van kloonpolissen zijn? Dan weet de markt waar die aan toe is. Maar nog veel belangrijker is dat al die burgers dan weten waar ze aan toe zijn. Het zou echt heel tof zijn als we dat samen zouden kunnen doen, zeg ik via u, voorzitter, tegen mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Vorig jaar heb ik aan de voorganger van mevrouw Ploumen uitgelegd dat wij in het regeerakkoord wel afspraken hebben gemaakt waaraan het CDA zich gecommitteerd voelt. Dat is de reden waarom wij vragen om de evaluatie te vervroegen. Ook moeten de afspraken die er nu al zijn, beter gehandhaafd worden.

**De voorzitter:**  
Gaat u verder, mevrouw Van den Berg.

De heer **Van Gerven** (SP):  
Voorzitter, ik heb een punt van orde.

**De voorzitter:**  
Nee, dat laat ik niet toe. Geen punt van orde! Ik geef het woord aan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Dan ga ik verder. Ik heb het net gehad over de fysiotherapeuten. Is de minister bereid om breder te communiceren over de mogelijkheden die er wel zijn?

ICT kan in relatie met e-health bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg. Echter, bij ICT met betrekking tot uitwisseling van informatie is dat tot nu toe wat anders. Deze is nu buitengewoon inefficiënt. Veel medewerkers raken zo gefrustreerd door de niet-werkende systemen en de grote hoeveelheid administratie dat ze de zorg verlaten, terwijl er juist extra mensen nodig zijn. De aanpak van ICT heeft dus een dubbel positief effect.

Ik heb ook nog een ander voorbeeld. Ziekenhuizen hebben nu apothekersassistenten in dienst om te checken welke medicijnen mensen gebruiken die binnen worden gebracht. Als daar adequate informatie over zou zijn, zou dat niet nodig zijn. Dan kunnen we die zorg ook aan de mensen besteden in plaats van aan de systemen. Eigenlijk is dat een vierde B: naast beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar de B van de basis moet op orde. Wij willen dat de vrijwilligheid om te participeren verdwijnt. Graag een reactie daarop van de minister.

Voorzitter. Het mag duidelijk zijn dat het CDA zich grote zorgen maakt om de toekomst van de regionale zorg. We kunnen niet langer achteroverleunen en met lede ogen aanzien hoe de zorg in grote delen van Nederland verschaalt. Wat het CDA betreft heeft iedereen in Nederland recht op goede zorg. We zullen ons daarvoor blijven hard maken en zullen daartoe binnenkort met een initiatiefnota komen.

Dank u wel.

De heer **Arno Rutte** (VVD):  
Ik herken de zorg van mevrouw Van den Berg als het gaat om de eventuele verschraling in regio's. Ik woon zelf in zo'n regio. Ik woon in Groningen; mevrouw Van den Berg woont in Zeeland. Maar nou was ik anderhalve week geleden in het allernieuwste ziekenhuis van Nederland. Dat staat in Scheemda. Het is een fusieproduct dat ontstaan is na het sluiten van de ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten. Het is het allernieuwste ziekenhuis van Nederland. Het kent geen personeelsgebrek en het werkt intensief samen met het UMCG in Groningen, waardoor hele goede hoogwaardige zorg in Noordoost-Groningen geborgd blijft. Hoe beoordeelt mevrouw Van den Berg zo'n ontwikkeling?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):  
Ik denk dat dit een heel mooi voorbeeld is. Wij zouden namelijk willen pleiten voor twee dingen. Het eerste is dat er veel meer in netwerken wordt samengewerkt. Samenwerken is gewoon de kern van oplossingen om goede zorg te kunnen houden. Het tweede is dat ook veel duidelijker wordt gekeken naar wat de complexe zorg is. Wij horen van verschillende brancheorganisaties dat 80% — sommigen zeggen zelfs 90% — van de acute zorg wel acuut is, maar niet complex. Die zou dus echt heel goed in een regionaal ziekenhuis verricht kunnen worden. Iedereen heeft er begrip voor dat iemand voor de complexe zorg verder weg moet. Het is alleen maar een hele mooie ontwikkeling als dat dan ook goed geconcentreerd wordt en als er ook een duidelijke

taakverdeling is tussen het topklinische ziekenhuis, zoals ik het noem, dat alleen de complexe zorg doet, en de streekziekenhuizen die de basiszorg kunnen verlenen.

**De heer Arno Rutte (VVD):**

Dat deel ik geheel met mevrouw Van den Berg. Dat is mooi. Maar ik vraag het hierom: er is iets aan voorafgegaan voordat dat ziekenhuis er was. Er was namelijk de situatie waarin er in Delfzijl een ziekenhuis was, waarvan mensen zeiden dat het open moest blijven, en er in Winschoten een ziekenhuis was waarvan ook mensen zeiden: hou dat open; dat is heel belangrijk voor de leefbaarheid et cetera. Maar zou mevrouw Van den Berg het in zo'n situatie kunnen steunen dat ervoor wordt gekozen om twee ziekenhuizen te sluiten en er centraal één neer te zetten, om op die manier de zorg te behouden? Of zegt zij: nee, dan toch liever de situatie zoals die was, die weliswaar heel kwetsbaar was, maar wellicht voor de leefbaarheid in de verschillende plaatsen heel erg goed? Met dat soort dilemma's hebben we wel te maken.

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

Er zullen altijd dilemma's zijn, laten we dat vooropstellen. Als CDA hebben we ook gezegd: het is niet zo dat de wereld niet kan veranderen. Wel vinden we dat er veel meer naar het volgende gekeken zou moeten worden op het moment dat een ziekenhuis wordt gesloten. Er wordt nu ook heel veel basiszorg in topklinische ziekenhuizen gedaan. Daarvan moet je je afvragen of het altijd nodig is. Als daar een herprioritering plaatsvindt, kan je ook veel makkelijker een regionaal ziekenhuis openhouden.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Slootweg namens het CDA.



**De heer Slootweg (CDA):**

Dank u wel, voorzitter. Om echt mens te zijn, is het belangrijk dat je iets kunt betekenen voor een ander. Dat bleek mij weer onlangs tijdens een bezoek aan Boogh, een centrum in De Bilt waar ze ondersteuning bieden aan mensen met niet aangeboren hersenletsel. Ik sprak met een cliënt die een heel aantal functies had verloren door een hersenvliesontsteking. Pas toen hij in een groep met lotgenoten een ander kon helpen, besefte hij weer zijn waarde. Hij voelde zich weer mens in plaats van patiënt. Vandaag zullen we het vooral hebben over de groep die zorg nodig heeft. Veel gaat goed in de zorg, maar een aantal zaken kunnen echt beter.

Voorzitter. Zorgen voor elkaar betekent: met elkaar willen samenleven. Het CDA wil jongeren actief betrekken bij de samenleving. We zijn dan ook blij met de voorstellen voor een maatschappelijke diensttijd. Is er hierbij ook de mogelijkheid om een maatschappelijke diensttijd te voldoen bij Defensie, en ook in het onderwijs, waar men ervaring heeft met de maatschappelijke stage? Zo niet, kan de staatssecretaris hiervoor dan zorg dragen? Frankrijk kent al een soort maatschappelijke diensttijd met als doel bruggen te slaan tussen jongeren met verschillende sociale achtergronden. Wordt dit ook gerealiseerd tijdens de Nederlandse maat-

schappelijke diensttijd? Kan de staatssecretaris aangeven hoe het staat met de uitwerking dat jongeren die kiezen voor maatschappelijke diensttijd een plus krijgen wanneer ze solliciteren bij de overheid?

Voorzitter. Mensen die zich inzetten voor de ander moeten niet gaan afhaken, maar soms zakt je de moed wel in de schoenen, bijvoorbeeld een zorgcoöperatie die in de problemen komt doordat men niet meer met een pannetje soep de straat over mag voor een van de leden. Of wanneer men een filmavond wil organiseren voor eenzame ouderen en blijkt dat dit wordt gedwarsboomd vanwege Buma/Stemra-rechten. Kan de minister niet met gemeenten en bijvoorbeeld Nederland Zorgt Voor Elkaar, de koepel van lokale bewonersinitiatieven, bespreken hoe regels vóór mensen werken in plaats van tegen mensen?

Voorzitter. Sommige subsidieregelingen van het Rijk zijn overgedragen aan de lokale overheid. Ik ontvang echter signalen dat de zorginfrastructuurregeling, een regeling die technische voorzieningen biedt waardoor mensen met een beperking langer veilig thuis kunnen wonen, door veel gemeenten is geschrapt. Slechts 20% van de gemeenten heeft een dergelijke regeling. Gevolg: meer meldingen bij de politie en een beroep op huisartsen. Kan de minister ervoor zorgen dat deze regeling weer door gemeenten wordt uitgevoerd?

Voorzitter. Een prachtig initiatief uit de samenleving is De Boeg in Groesbeek. In dit logeerhuis verblijven kinderen samen met hun ouders na een opname in het ziekenhuis. Een schakel tussen ziekenhuis en thuis, waar ouders leren hoe ze zelf hun kind thuis goed kunnen verzorgen. Echter, zorgverzekeraars, gemeenten en ziekenhuizen voelen geen prikkel om te investeren in dit soort logeerhuizen. Daarmee blijft de financiering afhankelijk van giften. Wat kan de minister betekenen om dit initiatief een structurele financiële basis te geven?

Voorzitter. Een groep die al leeft vanuit het principe van de eigen regie is die van de bewoners van de Fokuswoningen. Dit zijn mensen die 24 uur per dag afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Zij lijken tussen alle wetten in te vallen en leven nu in onzekerheid omdat de subsidieregeling voor deze groep afloopt. De minister zou voor oktober een brief sturen waarin hij een toekomstschets zou geven van wat hij wil doen met de regeling. De huidige regeling is dichtgeschroeid, maar is dit wenselijk? Hierdoor kunnen grote verschillen ontstaan in de mogelijkheid van ondersteuning. Sommigen krijgen dit vanuit de Wlz, andere bewoners weer vanuit de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Kan de minister deze bewoners zekerheid bieden?

Voorzitter. Soms gaat het thuis niet meer. Zo kreeg ik begin deze maand een brief van een wanhopige moeder uit Zuid-Limburg. Haar zoon, een jongen met meervoudige beperkingen, kon niet worden opgevangen in een instelling, ondanks een indicatie die hij had. Thuis kreeg ze ondersteuning, maar ze was overbelast. De zorg die ze kregen, was te weinig. Uit mijn contact met het zorgkantoor bleek dat er enkele tientallen van dit soort jongeren in Nederland zijn. Er is geen plek in de huidige instellingen voor deze groep. Er zijn twee problemen: een gebrek aan locaties die deze groep met veel begeleiding willen opnemen en een gebrek aan deskundig personeel dat deze groep kan begeleiden. Geld is op zich niet het probleem, begreep ik van het zorg-

kantoor. Wat gaat de minister doen om de opvang voor meervoudig beperkten uit te breiden, zodat zij niet langer dan noodzakelijk thuis hoeven te worden opgevangen?

Voorzitter. Actieve regie is vereist in het dossier van doelgroepenvervoer. Tijdens een werkbezoek aan een instelling met mensen met een beperking zag ik in een halfuurtje vier verschillende busjes en taxi's mensen halen en brengen. De een moest naar school, bij de ander kwam een hulpbehoevende ouder op bezoek en een derde ging naar zijn dagbesteding. Vervoer op basis van Wmo, Wet langdurige zorg, Valys- en leerlingenregelingen, alle met verschillende geldstromen en regels. De minister had voor de zomer een brief beloofd waarin gekeken werd naar meer integratie in deze vervoersvormen. Ondanks het mooie weer nu is de zomer toch echt voorbij. Wanneer kunnen wij een brief verwachten?

Voorzitter. De situatie van overbelaste mantelzorgers is geen nieuw fenomeen. De minister heeft er plannen voor ontwikkeld. Helaas hebben nog te weinig gemeenten een plek ingeruimd voor respijtzorg of logeerhuizen. Kan de minister per regio in kaart brengen hoeveel respijthuizen er zijn voor ouderen en ook voor kinderen met beperkingen, zodat mantelzorgers het volhouden? Aanvullend daarop wil het CDA graag voor de begrotingsbehandeling van 2020 een plan om de vraag te laten aansluiten bij het aanbod. Het CDA begrijpt dat niet in elke gemeente een respijthuis kan of hoeft te staan, maar hoe gaat de minister de samenwerking tussen de gemeenten bevorderen?

Voorzitter. Vorig jaar spraken wij over een dubbele zorgval: minder zorg maar wel hogere eigen betalingen wanneer je van de Wmo naar de Wlz gaat. De minister heeft dit voortvarend opgepakt. Echter, er blijven merkwaardige situaties bestaan. Ik geef een voorbeeld. De moeder van een briefschrijver krijgt in november een positieve indicatie voor het verpleeghuis. In het verpleeghuis is pas plek in februari. De verhoging van de eigen bijdrage Wet langdurige zorg gaat echter al in per november, terwijl de moeder van de briefschrijver nog drie maanden thuiszorg ontvangt. Ik ga toch ook niet nu mijn boodschappen betalen die ik pas vanaf februari ga ontvangen? Waarom verhogen we, waarom innen we de eigen bijdrage niet pas op het moment dat de zorg daadwerkelijk verleend wordt?

Voorzitter. Het CDA vindt dat we de zorg het best lokaal en dichtbij moeten organiseren. Soms zijn er instellingen die zo groot zijn geworden en die zich met zo veel zorgvormen bezighouden, dat de menselijke maat uit het oog raakt. In Utrecht besluit Careyn om mensen van 100 jaar gedwongen te verhuizen naar een kleinere woonruimte in verband met afspraken met de projectontwikkelaar. Ik kan me goed voorstellen dat de familie van bewoners denkt: hadden wij het hier maar voor het zeggen. Kan er niet net als in de Wmo binnen de Wet langdurige zorg een mogelijkheid ontstaan voor een right to challenge bij dit soort instellingen?

Voorzitter. Voor de verpleeghuiszorg is een bedrag van 2,1 miljard beschikbaar gekomen. In het programma Thuis in het Verpleeghuis geeft het ministerie van VWS aan dat met ingang van de zorginkoop 2019 op landelijk niveau 85% van deze extra middelen gaat naar extra personeel. Kan de minister aangeven wanneer de bewoners van verpleeghuizen hiervan iets gaan merken? 15% van het extra geld kunnen zorgorganisaties inzetten voor andere investeringen,

bijvoorbeeld voor innovaties, maar wat is een innovatie? Veel zorginstellingen zijn bezig met domotica en robotica, maar hebben geen idee dat een huis op twee kilometer afstand bezig is met hetzelfde probleem, maar net met een ander product of systeem. Het CDA vindt het van belang dat huizen hun informatie en resultaten gaan delen. Kan de minister stimuleren dat verpleeghuizen hun kennis gaan delen?

In het kort nog een aantal onderwerpen. Dank voor de brief over geestelijke verzorging, maar klopt het dat er 10 miljoen voor 2018 niet wordt uitgegeven en zelfs uit het budget verdwijnt?

Forensisch-medische expertise is belangrijk om te kunnen onderscheiden of iemand een ongeluk heeft gehad of dat er sprake is van mishandeling. De GGD in Amsterdam heeft deze expertise. Wil de minister bevorderen dat deze kennis niet alleen in de hoofdstad beschikbaar is, maar ook in de rest van het land?

De betaalbaarheid van goede zorg is niet alleen een vraag voor vandaag, maar ook voor morgen en overmorgen. Vorig jaar hebben wij het verzoek gedaan om de langetermijntaalbaarheid te onderzoeken. Hoe staat het hiermee? Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen heeft mijn fractievoorzitter ook de demografische ontwikkeling ingebracht. Kan dit worden meegenomen?

Voorzitter. Zorgen voor is ook herdenken. In 2019 is het 75 jaar geleden dat delen van ons land bevrijd zijn van de Duitse overheersing. Het CDA ziet graag een extra impuls, zodat herdenkingsmonumenten op orde kunnen worden gebracht en ook scholen hier aandacht aan kunnen besteden. Is er bereidheid om te kijken of hier extra middelen voor beschikbaar kunnen komen?

Voorzitter, ik rond af. We leven in een prachtig land. De tomeloze inzet van veel mensen in de zorg, die zich met hart en ziel elke dag inspannen, kan niet voldoende benadrukt worden. Om de basis op orde te krijgen verwachten wij dat de bewindslieden actief de regie gaan pakken. Dat gaat vaak niet om meer geld, maar wel om het benutten van de kracht die aanwezig is in de samenleving.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dat was héél kort over de 10 miljoen voor de geestelijke zorg. Wat vindt de CDA-fractie er zelf van? Ik ben verder heel benieuwd naar de visie van het CDA op hoe we uiteindelijk de geestelijke zorg goed kunnen implementeren in ons zorgstelsel, zodat iedereen daar een beroep op kan doen.

De heer **Slootweg** (CDA):

Ik denk dat wij ergens nog een keer bijvoorbeeld een debat echt over die brief moeten doen. Ik was zelf wat verbaasd dat die 10 miljoen niet meer beschikbaar was en ik wil eigenlijk graag het antwoord van de minister horen. Heb ik nou iets gemist? Dat ten eerste. Ten tweede de vraag: wat is eigenlijk uw weging, uw beoordeling van die brief? Ik denk dat het een heel sterk punt is dat er heel goed wordt ingezet op de laatste levensfase en palliatieve netwerken. Ik vind dat een sterk punt in de brief, maar ik heb zelf ook het idee dat mensen ook op andere momenten in hun leven behoefte kunnen hebben aan die geestelijke verzorging.

Volgens mij stond er afgelopen vrijdag of in het weekend een column in de Volkskrant met een huisarts uit Leiden. Hij gaf daarin aan: wij merken als artsen dat wij bij burn-outklachten medisch niet zo heel veel kunnen en dat het ook niet helpt om iemand psychische hulp te geven, maar dat bijvoorbeeld zingeving daarin wel een rol kan spelen. Ik zou het mooi vinden als dat ook binnen dat plan kan worden opgepakt.

**De heer Hijink (SP):**

Ik heb nog een vraag over de Wmo. We krijgen straks een lagere eigen bijdrage in de Wmo. Nu krijgen wij van heel veel bestuurders, waaronder ook heel veel CDA-bestuurders, te horen dat ze het eigenlijk niet zo zien zitten, omdat zij straks lagere inkomsten hebben en zij onvoldoende worden gecompenseerd door de regering. Nu vraag ik mij af of u die signalen van uw collega's van het CDA ook krijgt en, zo ja, wat u dan tegen hen zegt.

**De heer Slootweg (CDA):**

Een hele terechte vraag. Ik ben bang dat ik nog eerder dan de heer Hijink deze berichten en signalen van onze bezorgde wethouders heb gekregen. Ik begrijp die zorgen ook best wel, maar ik ben zelf op zich ontzettend blij dat er iets gedaan wordt aan die stapeling van eigen bijdragen. En dat is voor mij wel even het kernbegin.

Het tweede punt is dat er zeker compensatie wordt geboden en dat er handelingsperspectief voor gemeenten wordt geboden. Ik wil eerst zien hoe dat handelingsperspectief benut wordt en of die angst die er is bij gemeenten en bestuurders, wel terecht is. Men is heel erg bang dat er veel meer mensen een beroep op gaan doen. Ik krijg voorname-lijk signalen binnen als: iemand heeft al een ondersteuning en die gaat dan in het vervolg gefinancierd worden door de Wmo. Ik ben daar zelf niet zo bang voor. Op het moment dat je gehecht bent aan en een goede relatie hebt met je huishoudelijke hulp en er ook echt mogelijkheden zijn als dat nodig is, ben ik minder bang voor die aanzuigende werking. Het derde punt is dat we het ook nog echt gaan evalueren, want dat staat er ook in.

**De voorzitter:**

Tot slot de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

De echte kwestie is wat principiëler. De vraag is of je als regering hier kunt bepalen dat er voor alle gemeenten een lagere eigen bijdrage moet gaan gelden. Kun je dat bepalen zonder daar de noodzakelijke compensatie bij te leveren? Kun je dus wel zeggen: u gaat het nu op deze manier doen en als u daardoor heel veel extra geld moet betalen, dan lost u dat maar op door elders binnen de thuiszorg te gaan bezuinigen. Want dat is natuurlijk het risico dat we hierdoor lopen en ook uw bestuurders zijn heel erg bang dat dat gaat gebeuren. Het is dus de principiële vraag: kun je het hier besluiten, zonder die compensatie te leveren?

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik wil toch wel even aangeven dat u er meteen van uitgaat dat er onvoldoende compensatie is. Ik wil echt eerst zien

dat die compensatie er niet is. Er is compensatie voor en ik denk dat het heel erg mee kan vallen, gezien het perspectief dat deze zorg dichterbij georganiseerd kan worden. Het is ook niet zo dat er geen gemeenten zijn die al eerder hebben gewerkt met een dergelijk systeem. De gemeenten die dat al wel hebben gedaan, hebben aangegeven dat zij geen grote aanzuigende werking hebben gezien. Ik ben verder eigenlijk wel blij dat er meer mensen een beroep op gaan doen, want daarvoor is het ook bedoeld. U gaat net als een heel aantal van die wethouders nu al uit van overshooting en daar ben ik zelf niet zo bezorgd over.

**De heer Kerstens (PvdA):**

Ik had een vraag over de personeelstekorten waar de heer Slootweg op het eind even aan refereert. Als we niet uitkijken, komen we straks 125.000 mensen tekort in de zorg. De heer Slootweg vroeg namens het CDA of de minister daar meer regie in kan nemen. We hebben vorige week een debat daarover gehad en de minister legt heel veel weg bij sociale partners, bij de werkgevers in de regio.

**De voorzitter:**

En de vraag is?

**De heer Kerstens (PvdA):**

Mijn vraag is: wat zou volgens het CDA die regie moeten voorstellen? Wat moet die behelzen, waar heeft u het dan over?

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik denk in allereerste instantie dat wij weer een beeld moeten gaan scheppen, met name bij jongeren, dat het ontzettend leuk is om in de zorg te gaan werken, dat je daar veel voldoening van kan krijgen. De laatste jaren zijn er heel veel verhalen over wat er allemaal misgaat, en ik kan me dan ook goed voorstellen dat jongeren die best wel zouden willen kiezen voor de zorg denken: pfff, wat krijg ik allemaal over me heen? Het eerste punt dat ik echt heel belangrijk vind, is of we dat perspectief van werken in de zorg voor de mensen kunnen verbeteren. Daarom vind ik de plannen die gepresenteerd zijn, en waarbij mijn collega Joba van den Berg de nodige kanttekeningen heeft geplaatst, veelbelovend en ik wil ze wel alle kansen geven.

**De heer Kerstens (PvdA):**

Toch nog even doorvragen over wat die regie dan precies behelst. Het gaat erom een perspectief te geven aan mensen in de sector, mensen die er al werken en van wie we niet willen dat zij opstappen, of aan jonge mensen die nadenken over waar zij hun carrière willen gaan hebben. Dan hoor je vaak dat het salaris te laag is en de werkdruk te hoog. Vindt het CDA nu ook dat de minister op zulke heel belangrijke punten meer regie zou moeten pakken dan tot nu toe?

**De heer Slootweg (CDA):**

Ik denk dat je dat gesprek zou moeten hebben met sociale partners over hoe je dat kan doen. We zien ook nog dat bijvoorbeeld het ziekteverzuim heel hoog is, wat ook nog veel oplevert. Ik geloof dat de basis voor die regie eigenlijk

al is neergezet. Ik hoop dat daarin wordt doorgepak en dat het niet wat obsoleete gesprekken blijken te zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel mijnheer Slootweg. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink namens de SP.



**De heer Hijink (SP):**  
Voorzitter.

**De voorzitter:**

Mag ik weten wat u van plan bent met dat doek? Een demonstratie?

**De heer Hijink (SP):**

Ik ga geen actie voeren.

**De voorzitter:**

Dat wilde ik even weten. Dat doen we buiten dit huis.

**De heer Hijink (SP):**

Zeker, voorzitter. Er is altijd genoeg reden om acties te voeren, zeker tegen sommige van de maatregelen die dit kabinet neemt, maar dat ben ik vooralsnog niet van plan.

Voorzitter. Als wij ons afvragen hoe rechtvaardig de zorg in ons land is georganiseerd, dan kun je dat aan een aantal zaken afmeten. Een van die dingen is bijvoorbeeld: worden de kosten van de zorg eerlijk verdeeld? Een andere vraag is: wie heeft nu eigenlijk de macht in het huidige stelsel en hoe gaan wij om met de meest kwetsbare mensen in onze samenleving?

Ik wil graag bij die eerste vraag beginnen, de vraag of de kosten van de zorg eigenlijk wel eerlijk worden verdeeld. Het snelle antwoord daarop — we hebben die discussie net ook met de heer Rutte gehad — is: nee, dat is natuurlijk niet zo. Hoe komt dat? Dat komt omdat de zorgpremie op dit moment onvoldoende inkomensafhankelijk is. Daar komt bovenop dat wij nog steeds een eigen risico van €385 hebben, een eigen risico dat wat de SP betreft een ongewenste financiële drempel is, een drempel die wij niet willen. De inhoud van de portemonnee mag namelijk nooit bepalend zijn voor de vraag of je wel of niet de zorg krijgt die je nodig hebt.

Er zijn gelukkig veel manieren om de zorg in ons land een stuk eerlijker en rechtvaardiger te maken. Zo betaalt iemand die een miljoen verdient nu net zoveel zorgpremie als iemand die €54.000 verdient. De vraag is natuurlijk: waarom is dat op dit moment zo geregeld? Waarom moeten wij allemaal bijdragen aan de kosten van de zorg, maar geldt dat procentueel veel minder voor de hoogste inkomensgroepen? We hebben de getallen net uitgewisseld. Iemand met een modaal inkomen is 25%, een kwart van het inkomen kwijt aan zorgkosten. Iemand die een ton verdient, is maar 14% van het inkomen kwijt aan zorgkosten. Mijn vraag aan de regering is: wat is daar precies rechtvaardig aan?

De SP wil wat aan die onrechtvaardigheid doen. Als we de rekening van de zorg eerlijker verdelen door over het hele inkomen een inkomensafhankelijke bijdrage via de werkgever te vragen, dan kunnen we daarmee 2,5 miljard euro ophalen. Dat geld kunnen we heel goed gebruiken om het eigen risico waar alle Nederlanders last van hebben flink te verlagen. Natuurlijk — iedereen weet waar de SP staat — wij willen uiteindelijk helemaal van dat eigen risico af. Het zou toch heel goed zijn als we op deze manier een eerste stap kunnen zetten. Ik vraag de regering of ze dat met de SP eens is en of ze dat voorstel zo snel mogelijk wil gaan uitvoeren.

**De heer Raemakers (D66):**

Daar heb ik wel een vraag over. Ik heb hier geen amendement over gezien. Ik heb wel een tegenbegroting gezien, van PvdA, GroenLinks en SP. Daarin wordt voorgesteld om het eigen risico niet af te schaffen, maar om het te halveren. Zou de heer Hijink kunnen aangeven waarom hij geen tegenbegroting heeft ingediend waarin het eigen risico helemaal wordt afgeschaft? En hoe wil hij dat halveren precies gaan betalen?

**De heer Hijink (SP):**

Het punt is dat we voor nu hebben gezegd dat we het gaan halveren. U weet allemaal waar wij staan: wij willen dat hele eigen risico niet. Alleen zeggen we voor nu: laten we beginnen met een eerste stap, namelijk halveren, dus €195 eraf. Hoe financieren we dat? Precies op de manier die ik zojuist zei. Bij de hoge inkomens — het gaat gelden vanaf €54.000 — zit nu een top op het percentage aan premie dat je betaalt via je werkgever voor de Zorgverzekeringswet. Dat percentage laten wij over het hele inkomen doorlopen. Dat levert zelfs meer geld op dan het halveren van het eigen risico kost.

**De heer Raemakers (D66):**

Dan heb ik nog een vraag. Ik heb goed geluisterd naar het betoog van de heer Hijink. Hij betoogt dat de hogere inkomens op dit moment veel minder betalen aan zorgkosten. Hij heeft het dan over de premie. Dit gaat ook over de premie. Maar we hebben natuurlijk ook de belastingopbrengsten. En die worden met deze begroting ook deels gebruikt om zorgkosten te betalen. De zorgkosten zijn per inwoner gemiddeld €5.000. Dat moet allemaal worden opgebracht. Dus in hoeverre neemt de heer Hijink in dit verhaal ook het feit mee dat hogere inkomens ook meer belasting betalen?

**De heer Hijink (SP):**

Zeker, we hadden een progressief stelsel. Het wordt allemaal een beetje minder progressief onder deze regering. En zeker, als het aan mij ligt, zouden wij een veel groter deel van de zorgkosten eerlijker via de belastingen betalen. Dat lijkt mij een heel goed voorstel. Maar om te beginnen zou dit een hele mooie eerste stap zijn. Want ik kan niemand uitleggen dat mensen die een miljoen verdienen vanaf €54.000 al geen 6,9% betalen via de werkgever voor de Zorgverzekeringswet. Ik kan aan niemand uitleggen waarom dat opeens afgetopt wordt voor de mensen die juist het meeste geld hebben.

**De voorzitter:**

Gaat u verder, meneer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Voorzitter. Deze regering wil helemaal niks veranderen aan het zorgstelsel. We weten wat de heer Bruins altijd zegt: wij gaan in deze kabinetsperiode niet tornen aan het zorgstelsel. Het klinkt heel zelfverzekerd. Hij verdedigt de marktwerking en de concurrentie met een bijna religieuze zelfverzekerdheid. Hij gaat naar de kerk, zegt hij nu, maar daar leer je dit soort dingen niet, denk ik.

Het probleem is dat zorgverleners met hele grote problemen te maken hebben, juist omdat we marktwerking en concurrentie hebben. Het is daarstraks al genoemd: fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, wijkverpleegkundigen, iedereen heeft te maken met de enorme druk, die kolossale druk die de zorgverzekeraar op het stelsel legt. En wat zegt deze minister dan? "Als je last hebt van de macht van de verzekeraar, tja, dan moet je maar beter onderhandelen. Het is toch een markt? Ga dan onderhandelen met de zorgverzekeraar." Maar dat kan dus helemaal niet, want voor heel veel zorgverleners geldt dat ze helemaal geen individuele positie hebben om op te boksen tegen de macht van de verzekeraar.

De fysiotherapeuten hebben het geprobeerd. Zij hebben gezegd: oké, als wij niet collectief mogen onderhandelen, zoeken we een-op-een het contact met de verzekeraar; dan gaan we een-op-een kijken of we kunnen praten over tarieven, prijzen en voorwaarden. En weet u wat zij terugkregen? Precies dit. Kijk, zo.

De heer Hijink rolt een rol bedrukte stof uit over de vloer van de plenaire zaal

**De heer Hijink (SP):**

Weet u wat dit zijn, voorzitter?

**De voorzitter:**

Nu moet u echt stoppen. Ik schors even de vergadering en vraag de bodes dit soort dingen ... Het is gewoon ...

**De heer Hijink (SP):**

Nee, maar voorzitter, dit is een alternatief voor papier.

**De voorzitter:**

Nee, nee. Nee, dit is gewoon een andere manier van actievoeren en dat hoort niet in deze zaal. Gaat u verder met uw betoog.

**De heer Hijink (SP):**

Dit is geen actievoeren. Even een puntje van orde, voorzitter. Ik had dit natuurlijk op papier kunnen doen. Maar het stond al op een doek. Het is geen actie, het stond al op papier ...

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw betoog.

**De heer Hijink (SP):**

Het stond al op papier. Het stond op dit doek. Ik heb het niet op papier willen doen, anders had ik 228 A4'tjes moeten printen. U weet wat dat doet met het leefklimaat van orang-oetans en zo; dat is heel slecht voor de oerwouden. Ik heb er daarom voor gekozen om het op deze manier te doen.

Maar goed, wat staat er op deze rol? Het zijn 228 afwijzingen. 228 afwijzingen van fysiotherapeuten die besloten om een-op-een met de zorgverzekeraar te onderhandelen. En weet u wat deze fysiotherapeuten te horen kregen? Het is jammer dat ik het nu niet meer kan uitrollen, dan had u het zelf kunnen lezen, maar op dat doek staat dus: "Wij onderhandelen niet met individuele zorgaanbieders over ons contractaanbod." "Wij onderhandelen niet met individuele zorgaanbieders over het contractaanbod." En daarmee is de discussie klaar.

Ik had hier 30 meter "nee" willen uitrollen: 30 meter lang afwijzingen, 30 meter marktwerking die faalt, die mislukt. De zorgverzekeraars hebben ze in de tang. Deze fysiotherapeuten en heel veel andere beroepsgroepen in de zorg hebben helemaal geen poot om op te staan. En volgens mij was het prima om dat eens te laten zien, voorzitter.

Ik heb de afgelopen tijd veel met logopedisten gesproken, die al vele jaren geen tariefverhoging hebben gehad. Zij krijgen op dit moment €30 voor een consult van een halfuur. €30 voor een halfuur, en daar moet dus nog van alles van af: de kosten voor de huisvesting, computers, personeelskosten, verzekeringen en pensioen. Alles. Iedereen snapt natuurlijk dat dat onhaalbaar is.

Datzelfde geldt trouwens voor de jeugdzorg, waar de tarieven ook enorm onder druk staan omdat gemeenten, ondanks dat er wel berekeningen zijn gemaakt van wat een reëel tarief is, deze gewoon weigeren te betalen. Ik hoop toch dat de regering het met mij eens is dat zorgverleners fatsoenlijk betaald moeten worden voor de werkzaamheden die zij verrichten.

Geef hen reële tarieven, als het even kan binnen een nationaal zorgfonds, zodat de toegang en de kwaliteit van de zorg gewaarborgd wordt. Ik vraag de regering of ze dat met de SP eens is en of deze regering ook bereid is om voor alle zorgverleners in dit land reële tarieven af te dwingen, zodat we de uitbuiting die we bijvoorbeeld nu bij de logopedisten zien, niet meer gaan meemaken.

Voorzitter. Het kabinet wil dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar in veel gemeenten zien we dat de ondersteuning stukje bij beetje wordt teruggeschroefd. Wat vindt de minister er eigenlijk van dat ouderen naar de rechter moeten om hun zorg af te dwingen? Hoe gaat hij voorkomen dat dat in de toekomst nog veel meer gaat gebeuren, op het moment dat gemeenten onvoldoende gecompenseerd worden door beleid dat hier wordt gemaakt? Ik had het daar net al over met meneer Slootweg.

Veel ouderen willen langer thuis wonen, maar dat geldt niet voor iedereen. Kortgeleden hebben wij gedebatteerd over de Zorgbuurthuizen. Wij zijn heel blij dat de regering het initiatief van de SP voor de bouw van Zorgbuurthuizen ondersteunt. De minister maakt het onderdeel van zijn plannen en wij zijn ook heel benieuwd welke stappen er inmiddels zijn gezet. Wij willen gewoon weten wanneer de



eerste schop de grond in gaat. Eén ding is zeker: de vraag naar kleinschalige Zorgbuurthuizen is heel erg groot. Zo bezocht ik vorige week het zojuist al genoemde zorgcentrum Tuindorp Oost in Utrecht, een locatie van Careyn die de afgelopen jaren veelvuldig in het nieuws is geweest.

Het is zeker geen kleinschalige locatie te noemen, maar er is daar de afgelopen jaren wel iets heel bijzonders gebeurd. Met het sluiten van het verzorgingshuis zijn tientallen jongeren komen te wonen in de leegstaande woningen. Dit uit nood geboren project is uiteindelijk voor jong en oud een hele mooie oplossing geweest. Zij gingen er samen op uit, zochten elkaar op en raakten aan elkaar gehecht.

Maar helaas, inmiddels is dit allemaal voorbij. De locatie is verkocht aan een projectontwikkelaar en met grote spoed worden jong en oud gewoon de woningen uitgeveegd. Ouderen, soms zelfs 100-jarigen, zoals mevrouw Piël die ik daar sprak, moeten tegen eerdere afspraken in de komende tijd twee keer verhuizen. Dan heb je het dus over mensen van 100-plus. Hoogbejaarde dames moeten binnen tien dagen reageren of ze naar een verpleeghuis willen, en anders zegt Careyn de zorg gewoon op. Ik hoor graag van de minister of hij dit een manier vindt om met deze 100-plussers om te gaan. Het is wat mij betreft bij de beesten af. Ik vind dit echt niet kunnen en ik hoop dat de minister dat met mij eens is.

Voorzitter. Op deze manier hoef je ook niet met oudere mensen om te gaan, want gelukkig zien wij ook de andere kant. Verpleeghuizen in de buurt, met de menselijke maat. Ik noem dat altijd de gehaktballennorm. Waarom de gehaktballennorm? Omdat zes gehaktballen nog in een normale pan passen. Als je een normale pan hebt, past het nog in een normale vaatwasser. Het is dus heel logisch: als je het behapbaar houdt, met kleine groepen, heb je al die dure extra machines en de balie bij de ingang allemaal niet nodig. De menselijke maat, de kleine schaal: dat is voor iedereen veel beter.

Het probleem is dat heel veel mensen de toegang tot zo'n mooi Zorgbuurthuis op dit moment nog niet krijgen. We hebben het debat daarover gevoerd en iedereen ziet het probleem, maar er is helaas in deze Kamer weinig bereidheid om dat probleem ook op te lossen. Ouderen krijgen nu namelijk de keuze niet. Ze hebben geen keuze bij de vraag: ga ik naar een Zorgbuurthuis of een andere kleinschalige instelling, of blijf ik thuis wonen? Ze moeten noodgedwongen zo lang mogelijk thuis blijven.

De minister heeft mij vorige maand laten weten dat hij heel enthousiast is over het voorstel, maar ik wil gewoon van hem weten hoe we ervoor gaan zorgen dat de groep mensen groeit die toegang krijgt tot dit soort kleinschalige zorginitiatieven. Ik vind het niet goed uit te leggen dat wij het hier allemaal aanmoedigen en dat iedereen ziet dat er een groot gat is — mevrouw Agema heeft dat ook gezegd — tussen verpleeghuiszorg en het langer thuisblijven. Daar moet iets tussen komen. We weten allemaal dat daar hele goede ideeën over zijn. We moeten ze nu gewoon gaan uitvoeren. Ik wil dat de minister een helder tijdspad geeft voor hoe hij dat gaat doen.

Voorzitter, dan nog een laatste punt. Ik zou tot slot graag nog even stil willen staan bij de groep die helaas nog heel vaak vergeten wordt. We hebben er wel al eerder over

gesproken, maar we hebben nog heel weinig vooruitgang geboekt. Ik doel hiermee op de groep mensen met ernstige meervoudige beperkingen. Dan moet je echt denken aan de meest zware verstandelijk en lichamelijk beperkte mensen. Zorgverleners geven aan dat deze groep op dit moment alleen de meest basale zorg krijgt. Denk aan eten, drinken, slapen en wassen. Voor veel meer is er op dit moment gewoon geen tijd, omdat het tarief het niet toelaat. Onderzoekers hebben aangetoond dat met een beetje extra inzet, iets meer uren zorg, iets meer uren begeleiding, deze groep tot veel meer gebracht zou kunnen worden en dat hun kwaliteit van leven echt heel veel beter zou kunnen worden. Wij vinden, zeker gezien de structurele onderbesteding op de begroting van VWS, dat ook deze groep nu aan bod zou moeten komen voor meer zorg en meer uren begeleiding. Daarom vragen wij aan de regering om voor volgend jaar alvast 100 miljoen euro in te zetten om deze groep mensen met een ernstige meervoudige beperking tegemoet te komen. Het geld is er. Laten we het dan ook inzetten voor die mensen die dat het hardst nodig hebben. Ik hoor heel graag van de minister of hij daartoe bereid is.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Hijink. Dan geef ik nu het woord aan de heer Van Gerven, ook namens de SP.



**De heer Van Gerven (SP):**

Voorzitter. In 2006 werd ik gekozen in de Tweede Kamer en werd ik als oud-huisarts woordvoerder gezondheidszorg. De ontwikkeling en het behoud van de kleinere regionale ziekenhuizen had en heeft mijn warme belangstelling. Ik bezocht vele ziekenhuizen, zoals het mooie Hofpoort in Woerden, de Sionsberg in Dokkum, het Ruwaard van Putten in Spijkenisse, het Refaja in Stadskanaal, het Bethesda in Hoogeveen en het ziekenhuis Walcheren in Vlissingen. Wat is er gebeurd in deze twaalf jaar met deze ziekenhuizen?

Sinds 2006 hebben we de Zorgverzekeringswet met het concurrentiestelsel. Minister Hoogervorst van de VVD voerde het in. Alle ministers daarna liepen weg met het stelsel. Minister Klink van het CDA, minister Schippers van de VVD en minister Bruins, ook VVD; zij waren marktdepten gebleken. Het zou beter en goedkoper worden en meer keuzevrijheid bieden voor de patiënt. Maar wat gebeurde er werkelijk? Het werd niet goedkoper. Zo stegen de kosten van de ziekenhuiszorg fors. Gaven we in 2005 16,7 miljard uit, in 2016 was dat 27,1 miljard; een groei met 60%, 10 miljard euro extra. Een stijging, ook veel meer dan de zogenaamd onbetaalbaar wordende ouderenzorg. De ouderenzorg kende ook een groei, met 4,7 miljard tot 17,2 miljard; een groei met 38%.

Dit stelsel wakkerde de fusies en schaalvergroting aan, waardoor de keuzevrijheid afneemt. Sinds 2004 kreeg de Autoriteit Consument en Markt 34 fusieaanvragen binnen en werd er maar één afgekeurd. En wat zijn de gevolgen van die fusiegolven? Het patroon is dat het kleinere ziekenhuis wordt leeggetrokken ten gunste van het grotere ziekenhuis. Ziekenhuizen komen zo onder druk te staan, afdelingen worden gesloten en in het ergste geval houden we een polikliniek over waar om vijf uur het licht uitgaat. Zo legden

het Hofpoortziekenhuis, de Sionsberg en het ziekenhuis Walcheren het loodje. Het Refaja en het Bethesda staan onder grote druk nu de klinische verloskunde en kinderge-neeskunde daar zijn weggehaald door het falende bestuur van Treant en zorgverzekeraars die niets ondernemen. De bevolking is in rep en roer, de leefbaarheid staat op de tocht. Met het sluiten van de klinische verloskunde in het Bethesda in Hoogeveen is regelrecht de volksgezondheid in het geding. Vele zwangeren kunnen in spoedsituaties het zie-kenhuis immers niet meer in twintig minuten bereiken, met toenemende risico's op morbiditeit en mortaliteit bij moeder en kind. Het roer moet om. Dat vind ik niet alleen; de samenleving is er klaar mee. Omdat de markt faalt, is krachtig overheidsoptreden geboden om aan de trend van schaalvergroting in de ziekenhuiszorg een einde te maken. Daarom moet er per direct een fusiestop komen op zieken-huizen. Ook moeten we direct stoppen met het sluiten van spoedeisende eerstehulpafdelingen en klinische verlos-kunde.

In ons rapport Het ziekenhuis dichtbij, dat ik dadelijk aan de minister zal geven, doen wij een aantal voorstellen om te corrigeren wat de afgelopen jaren fout is gegaan. Wij stellen onder andere voor om een leefbaarheidsnorm van vijftien minuten in te voeren. Dat betekent dat iedereen met eigen vervoer binnen vijftien minuten een ziekenhuis moet kunnen bereiken. Als een ziekenhuis dichtgaat en dat leidt tot het overschrijden van die vijftien minuten, dan mag het ziekenhuis niet dicht, mag het niet fuseren en mogen er geen spoedeisende afdelingen en dergelijke gesloten wor- den. Dat geldt eens te meer voor verloskundige zorg. Ten tweede stellen wij voor om een toeslag in te voeren voor regionale ziekenhuizen voor kritiek zieke patiënten. Ten derde: ga over tot een verplichting tot samenwerking tussen ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen, de topklinische ziekenhuizen, moeten gaan samenwerken met de regionale ziekenhuizen, omdat concurrentie de zaak kapotmaakt en samenwerking nodig is. De hele sector is gebaat bij een stevig netwerk van grote en kleinere ziekenhuizen die goed samenwerken. Een vierde belangrijk punt: de aansturing van het ziekenhuis moet worden gedemocratiseerd. Bij belangrijke beslissingen omtrent fusies en sluiting van afdelingen moeten mensen uit de omgeving via de gemeente instemmingsrecht krijgen. En in de raad van toezicht moet een vertegenwoordiger komen namens de gemeente van het adherentiegebied. Het personeel, zowel artsen als verpleegkundigen en patiëntenraden, moet instemmingsrecht krijgen bij fusies, verbouwingen en ver- huizingen. Via de voorzitter wil ik het rapport aanbieden aan de bewindspersonen.

#### De voorzitter:

Ik neem aan dat er geen bezwaar tegen bestaat dat dit stuk ter inzage wordt gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Kamer.

(Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.)

#### De heer Van Gerven (SP):

Ik wacht met belangstelling de reactie van de ministers en eventueel de staatssecretaris op deze voorstellen af.

Een tweede belangrijk punt dat ik wil bespreken ...

#### Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik ben het eens met de heer Van Gerven dat die fusies tot ongewenste situaties hebben geleid, tot grote molochs van ziekenhuizen, terwijl de waarde van kleine ziekenhuizen juist enorm groot is. Maar ik hoor de heer Van Gerven alleen maar spreken over meer samenwerking tussen die zieken- huizen. Is de heer Van Gerven het niet met mij eens dat het juist van belang is dat ook die kleinere en algemene zieken- huizen intensiever samenwerken met zorg in de wijk? En dat het juist gaat om de verbinding tussen het ziekenhuis en bijvoorbeeld de wijkverpleging en de huisartsen?

#### De heer Van Gerven (SP):

Wat u opbrengt, mevrouw Ellemeet, is ook waar. Dat is juist en dat is prima. Er moet heel goed samengewerkt worden met de huisarts, met de eerste lijn. Zeker. Maar wat ik heb aangestipt in mijn betoog en het rapport, is het feit dat zie-kenhuizen nu gesloten worden of fuseren. Dat heeft alles te maken met het concurrentiestelsel en de marktwerking die de schaalvergroting opstuwten, omdat dat een manier is om het hoofd boven water te houden, terwijl de samen-leving juist die kleinere ziekenhuizen dichtbij wenst en broodnodig heeft.

Voorzitter. Een tweede belangrijk punt is het recht op zorg in het basispakket. Ik ga uit van de stelling dat alle zorg die werkzaam is, waarvan het nut bewezen is, in het basispakket thuisheert. Onderschrijft de minister deze stelling? Hiervoor heb ik meerdere redenen. Allereerst een morele. Iedereen heeft recht op goede zorg. Een volledig basispakket zonder eigen risico is de beste garantie dat dit ook tot stand komt. Nu is het zo dat de mensen met ziekten en beperkingen op extra kosten worden gejaagd, terwijl ze geen keuze hebben. Ze hebben de zorg immers nodig. Toch zien grote groepen mensen af van zorg om financiële redenen. Dan kan en mag niet.

Ten tweede, als de zorg goed is en goed toegankelijk wordt de samenleving daar beter van. Meer welzijn en gezondheid leiden tot een gezondere en gelukkigere samenleving, en het is ook nog eens goed voor de arbeidsproductiviteit. Daarom pleit de SP er wederom voor om het onzalige plan om vitamines, mineralen en zware paracetamol uit het pakket te halen, niet door te laten gaan. ReumaNederland, die 2 miljoen mensen met reumatische klachten vertegen- woordigt, roept de VVD, het CDA, D66 en de ChristenUnie op om deze middelen in het pakket te houden. Juist deze groep betaalt de rekening van deze bezuiniging op het pakket. Om dezelfde reden pleiten wij er ook voor om fysi- otherapie weer op te nemen in het basispakket. Miljoenen mensen met beperkingen zullen u dankbaar zijn, zeg ik richting de minister. Zij hebben het nodig.

En wat vindt de minister van de volgende hartenkreet van een medisch specialist? "Gisteren polikliniek. Verschillende mensen gezien na operaties voor botbreuken. Drie van de vier kunnen eigenlijk de noodzakelijke fysiotherapie niet betalen. Zegt de dochter tegen haar moeder: 'Kom op, ma. Geeft niks. Dan betaal ik het toch gewoon?' Moeder heeft een AOW en een klein pensioentje. De verlegenheid en zelfs de schaamte bij moeder zijn mensonterend. En het gaat zo maar door." Aldus deze specialist.

Hetzelfde geldt voor mondzorg. Het programma Radar liet zien dat veel kankerpatiënten die door behandeling met

chemo gebitsproblemen hebben, de mondzorg niet vergoed krijgen. De column van huisarts Joost Zaat "Solidaire mondzorg is een basisrecht" gaat over patiënt Robbie, die helaas niet in de Miljoenennota voorkomt. Robbie is een lichamelijke pechvogel die van alles mankeert en in de uitkering zit. Maar hij blijft een verstokte optimist en participeert volop, zoals de Miljoenennota wil.

"Robbie moest het ruimen van zijn tandenruïne zelf betalen, maar zijn klappertje — het kunstgebit — kreeg hij wel vergoed. Illustratiever voor de verzekeringschaos kun je het nauwelijks krijgen. Blijkt het woord 'mondzorg' in de hele begroting nu alleen bij de paragraaf over fraudebestrijding te staan. Een gezond gebit en kunnen eten lijken me een basisvoorwaarde voor een beetje participeren. Kan die mondzorg niet weer gewoon in het basispakket, of gaat VWS ervan uit dat alle tandartsen frauderen en dat we voor tanden niet solidair hoeven te zijn? Gratis ideeetje: al het geld voor e-health naar mondzorg." Aldus huisarts Zaat. Graag een reactie van de minister daarop.

Nu verzekeren heel veel mensen zich via de aanvullende verzekering bij voor mondzorg en fysiotherapie. Dat brengt mij bij een derde reden om een volwaardig basispakket samen te stellen, namelijk de enorme beperking van de administratieve lasten die we daarmee kunnen bereiken. In de aanvullende verzekering, waarin dus bijna iedereen zich heeft bijverzekerd voor fysiotherapie en mondzorg, zijn de administratieve lasten drie tot vier keer zo hoog. Het voorstel om het weer in het basispakket onder te brengen zou honderden miljoenen aan administratieve lasten en bureaucratie besparen. Geld voor zorg moet niet naar bureaucratie. Geld moet niet naar bureaucratie maar moet naar zorg. Als we alle noodzakelijke zorg in het aanvullend pakket, zoals mondzorg en fysiotherapie, weer in het basispakket stoppen, dan zou dat toch rechtvaardig zijn, vraag ik de minister. Een goede basisverzekering voor iedereen is een diepgekoesterde wens die breed leeft in de samenleving. Laten we dit mogelijk maken, juist in een tijd waarin het economisch voor de wind gaat.

Dan een laatste, klein punt. Dat betreft een vraag aan minister Bruins. Hij gaat over het Lareb. Wij hebben in de begroting kunnen zien dat het Lareb evenveel geld krijgt en dat het meerjarig doorloopt. Nu hebben we echter een brief ontvangen van het Lareb waarin staat dat zij toch in de orde van 10% gekort worden, een paar ton. Ik zou graag een reactie van de minister daarop willen omdat ik aanneem dat dat niet de bedoeling is.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Mevrouw Hermans heeft nog een vraag voor u.

**Mevrouw Hermans (VVD):**

Ik heb het verhaal even op mij laten inwerken. Laat ik beginnen te zeggen dat ook voor de VVD geldt dat we zien dat er dingen zijn die niet goed gaan of niet goed genoeg gaan, of misschien anders uitpakken dan we ooit bedacht hadden. Dus waar we problemen zien moeten we ze oplossen en aanpakken. Maar zoals ik het verhaal van de heer Van Gerven begrijp, sorteert hij eigenlijk voor op een heel nieuw stelsel. Dat gaat er dus toe leiden dat wij hier

weer jarenlang ingewikkelde stelseldiscussies gaan voeren, dat we hier alleen met onszelf bezig zijn in plaats van met elke dag de zorg een beetje beter maken. Heb ik dat verhaal zo goed geïnterpreteerd?

**De heer Van Gerven (SP):**

Mevrouw Hermans zal er ongetwijfeld van op de hoogte zijn dat wij als SP voorstander zijn van de invoering van een nationaal zorgfonds. Dat betekent een compleet nieuw stelsel. Net zo goed als dat we destijds een Zorgverzekeringswet hebben ingevoerd — niet wij maar uw VVD, gesteund door anderen — zou je er ook voor kunnen kiezen om een ander meer solidair en eerlijker stelsel te kiezen. Het Centraal Planbureau heeft bovendien laten zien dat dat heel goed kan. Als je wilt kun je het stelsel wijzigen. De huidige voorstellen die we doen, kunnen ook uitstekend binnen het huidige stelsel. Ik heb bijvoorbeeld voorgesteld om het pakket uit te breiden. Want nu betalen we het in de aanvullende verzekering, en als we het basispakket uitbreiden en weer volwaardig maken, zou dat ook binnen het raamwerk van dit stelsel kunnen. Gelet op het idee dat ik vaak van de VVD hoor, namelijk dat we af moeten van de bureaucratie en van administratieve lasten, zeg ik tegen mevrouw Hermans: als we het collectief maken, kunnen we 300 miljoen besparen en krijgen de mensen meer zorg voor hetzelfde geld.

**Mevrouw Hermans (VVD):**

Duidelijk. Van een nieuw stelsel is de VVD op geen enkele manier voorstander, omdat dat ertoe leidt dat we hier ongeveer tien jaar eindeloos met onszelf bezig gaan zijn. Daar helpen we de zorg geen stap verder mee. Collega Arno Rutte en ik hebben in ons verhaal aangegeven dat mogelijkheden voor betere zorg — nogmaals, er kunnen dingen beter — voor het oprapen liggen. Daar moeten we dan wel samen de schouders onder zetten. Ik hoop op uw steun.

**De voorzitter:**

Dat was geen vraag, maar u mag erop reageren.

**De heer Van Gerven (SP):**

Even nog kort. De reden waarom wij als SP een ander stelsel willen, is omdat het huidige stelsel faalt. Ik heb ook aangegeven dat het niet goedkoper is geworden en dat de keuzevrijheid beperkt is. De zorg is niet meer van de mensen maar van de zorgverzekeraars, van anderen. De zeggenschap moet terug naar de mensen en de zorg moet voor iedereen bereikbaar en betaalbaar zijn.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Bergkamp namens D66.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Voorzitter, dank u wel. Van systemen naar mensen: dat was de agenda van de vorige bewindspersonen. Vorig jaar deed ik ook een oproep aan de nieuwe bewindspersonen. De systemen zijn er nu, maar nu de stap nog naar de mensen. Wij zitten er op dit moment dan ook niet op te wachten om weer een heel nieuw systeem op poten te zetten. Maar het

is belangrijk, want zoals de minister bij zijn aantreden over het verminderen van de eindeloze hoeveelheid formuleren zei: niet alleen oma moet het merken, maar ook de wijkverpleegkundige, de ouders van het gehandicapte kind, die elke keer weer de handicap moeten verantwoorden, of de vrouw met een levensbrede beperking, die niet in één zorgwet te vangen is.

De manier waarop deze bewindspersonen dat proberen te realiseren, is door programma's, veranderagenda's en pacten. De grootste uitdaging is dat de acties ook gevoeld en ervaren worden door mensen. Dat is de belangrijkste uitdaging. De kloof moet gedicht worden, van actieprogramma naar mensen.

Deze kloof werd ook goed zichtbaar in het recent verschenen rapport van de Nationale ombudsman: Zorgen voor burgers. De Ombudsman constateert dat er van de verwachting dat er vraaggericht, efficiënter en meer integraal naar de hervormingen zou moeten worden gekeken, nog niet veel terecht is gekomen. De mensen met een hulpvraag zouden daarvan de dupe zijn.

Gezondheid, voorzitter!

**De voorzitter:**  
Dank u wel.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

De Ombudsman benoemt ook een vijftal knelpunten. In zijn reactie op het rapport van de Ombudsman schrijft de minister dat hij de signalen herkent en ook verbeteringen ziet. Ik zag wel wat brieven daarover, maar laten we het er even op houden dat daar best wel wat van herkend werd. Mijn vraag aan de minister is dan ook of hij aan het Sociaal en Cultureel Planbureau kan vragen om in samenspraak met de Nationale ombudsman voor de begroting van 2020 te onderzoeken of deze knelpunten ook echt zijn aangepakt en of er ook echt verbeteringen zichtbaar zijn. Want deze knelpunten die de Nationale ombudsman signaleert zijn volgens mij knelpunten die voor heel veel mensen herkenbaar zijn en door heel veel mensen herkend worden.

Voorzitter. Recent bracht ik met collega Slootweg een mooi werkbezoek aan kindergasthuis De Boeg in Arnhem. Dat is een heel mooi initiatief waarbij ouders met hun kinderen die ziek zijn kunnen verblijven in een huiselijke omgeving vlakbij een ziekenhuis. Dat is natuurlijk een heel mooi initiatief. En je ziet meer van dit soort initiatieven ontstaan. Ze zijn een soort schakel tussen het ziekenhuis en thuis. Een ander mooi voorbeeld is de Transitional Care Unit van het AMC in Amsterdam. Beide dreigen er nu een beetje de dupe van te worden dat er geen structurele subsidie of financiering voor is. Er is wel veel cofinanciering, maar ze vallen eigenlijk tussen wal en schip. Mijn vraag aan de bewindspersonen is of ze bereid zijn om met een plan te komen om te kijken hoe we nu kunnen komen tot structurele financiering van dit soort mooie initiatieven, want volgens mij passen ze helemaal binnen de visie van het kabinet. Het zou zonde zijn als we de kansen en de ontwikkelingen die er nu zijn niet kunnen doorpakken, want het betekent ook dat kinderen bijvoorbeeld minder lang in het ziekenhuis hoeven te verblijven.

Voorzitter. Een ander mooi recent werkbezoek dat ik bracht, was dat aan het zogeheten Letselspreekuur Plus van de GGD Amsterdam. Daar worden kinderen, gehandicapten en ouderen onafhankelijk onderzocht op verdacht letsel. Het gaat daarbij echt over kwetsbare mensen die zelf niet kenbaar kunnen maken wat hun is overkomen. Dat vraagt dus echt om een specialist die daarnaar kijkt. Ik was daar erg van onder de indruk. Ik ben blij dat in het regeerakkoord ook geld is vrijgemaakt voor de versterking van de forensisch-medische expertise. Maar ik zou heel graag willen dat dat Letselspreekuur Plus, dat nu in Amsterdam is, volgend jaar gefinancierd wordt en dat we ook op zoek gaan naar een andere locatie, zodat niet alleen kinderen in Amsterdam hiervan gebruik kunnen maken, maar we de goede ervaringen benutten en dat gaan uitbouwen met elkaar. Graag een reactie van de minister hierop.

Voorzitter. Mijn collega van de VVD kwam ook al met het onderwerp van de licht verstandelijke beperkten of lvb. Dat is een groep die groeit, die een groter beroep doet op de zorg en ondersteuning, en die vaak ook terecht komt in de ggz, de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg. Maar als ik kijk naar alle programma's die er zijn, dan vind ik eigenlijk dat ze te weinig expliciete aandacht krijgen. Ik vraag dan ook aan de bewindspersonen, met name aan de staatssecretaris: hoe kunnen we er nou voor zorgen dat deze groep echt de aandacht krijgt die daar thuishoort? Dit is een groep waarvan allerlei instanties ook vandaag weer zeiden: we maken ons zorgen dat ze tussen wal en schip vallen. Bij de Ombudsman, de Algemene Rekenkamer en het Sociaal en Cultureel Planbureau was sprake van onrust en angst daarover. Zij vroegen: hebben we het wel goed georganiseerd voor deze groepen?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Ik deel de zorg van mevrouw Bergkamp als het om deze groep gaat. Ze zijn nu inderdaad wat onderbelicht gebleven. Het gevaar bestaat dat we, als we nu aan de staatssecretaris vragen om daar weer apart aandacht aan te besteden of een plan voor te maken, weer een apart plannetje hebben. Is mevrouw Bergkamp het met mij eens dat het juist wenselijk zou zijn om te kijken hoe er in alle plannen die we al hebben ook aandacht kan komen voor deze groep, in plaats van dat we weer een apart plan gaan optuigen?

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Bij deze interruptie moet ik even denken aan het afscheid van onze ex-fractievoorzitter van gisteren. Hij zei in zo'n interruptie: dan slaan we een nietje door al die rapporten. Ik ben het daarmee eens. Ik denk dat het heel goed is om te zien wat we nu allemaal hebben. Er zijn ontzettend veel programma's. Mijn zorg is dat deze groep in al die rapporten en veranderprogramma's nergens expliciete aandacht krijgt. Maar ik deel de mening dat we moeten oppassen dat we niet weer bureaucratieën met elkaar organiseren. Het gaat mij om de specifieke aandacht voor deze groepen.

**De voorzitter:**

Gaat u verder. O, mevrouw Ellemeet heeft eerst een vraag. Prima.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Als het goed is, is dit de vijfde.

**De voorzitter:**  
Ja, hoor. Heel goed.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Ja, je moet het goed bijhouden.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
O, jammer, ik dacht zes.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):  
Dan vraag ik mevrouw Bergkamp of zij het met mij eens is dat we aan de bewindspersonen zouden moeten vragen om juist ook te kijken hoe de aandacht voor deze kwetsbare groep mogelijk geëxpliciteerd kan worden in alle plannen die we al hebben, zodat ze ook meegenomen worden in al die plannen die er al zijn.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Volgens mij zei ik daar ja op. Ik ben dus heel erg blij. Via mij nogmaals de vraag: hoe gaan we dit goed organiseren? Dus ja, ik ben het helemaal eens met mevrouw Ellemeet.

Voorzitter. Dan ga ik over naar een ander onderwerp, gehandicapten en innovatie. We hebben daar samen met de VVD een voorstel over ingediend. Er gebeuren heel veel mooie dingen als het gaat om innovatie in de gehandicaptenzorg, maar het komt niet samen; het landt nergens. Dat is gewoon zonde, want ook in de gehandicaptensector kunnen we heel veel mooie dingen met elkaar organiseren waar cliënten profijt van hebben en ook mensen die werken in de zorg. Daarom heb ik samen met de VVD een amendement ingediend om ervoor te zorgen dat we echt een impuls geven aan de innovatie in de gehandicaptensector via een innovatiefonds.

Voorzitter. Een ander belangrijk onderwerp betreft de woonzorginitiatieven. Ik vind dat we op het gebied van de ouderenzorg heel veel doen, maar voor de gehandicaptensector vind ik dat weer tegenvallen. Mijn vraag aan de minister is dan ook of hij wil kijken hoe de gehandicaptenzorg financieel ondersteund zou kunnen worden bij het opzetten van de nieuwe woon-zorgcombinaties. Er is ook een innovatieregeling voor het programma Langer Thuis. Ik zou het heel mooi vinden als de minister erop terugkomt hoe we dat kunnen financieren.

Voorzitter. Ik kom op een ander onderwerp. Dat gaat over de ergotherapeut. Ouderen houden graag zelf regie over hun leven en blijven dus het liefst lang thuiswonen. Een persoon die daarin een grote rol kan spelen, is de ergotherapeut. De behandeling is gericht op het weer kunnen uitvoeren van activiteiten waarin de cliënt zich beperkt voelt, en op het leren omgaan met de beperking bij de uitvoering. Dat is eigenlijk: helpen om jezelf te helpen. Sinds 2005 zit ergotherapie met tien behandelingen per jaar in het basispakket. Maar we weten dat sinds 2005 de wereld veranderd is: mensen blijven langer thuis en de zorgvraag is veranderd. Mijn vraag aan beide ministers, de minister van het

basispakket en de minister van Langer Thuis, is of ze bereid zijn om te kijken hoe we daar beter mee om kunnen gaan, want dat helpt mensen om langer thuis te kunnen blijven.

Voorzitter. Ik kom op mijn laatste onderwerp. Er is discussie over de subsidie voor Siriz. We hadden daar al een interruptiedebatje over. Ik deel de zorgen. De keuze voor abortus is aan de vrouw en keuzehulp moet dan ook neutraal, onafhankelijk en niet sturend zijn. Daarom wil mijn fractie van de staatssecretaris horen wat er nou eigenlijk is gebeurd. Waar is die ruis ontstaan? Ik vind het ook belangrijk, zoals ik net ook heb aangegeven, dat de kwaliteitseisen voor 1 december van dit jaar naar de Kamer worden gestuurd, zodat we daar als Kamer ook wat van kunnen vinden. Het moet daarbij echt heel helder zijn dat sturen op vrouwen in zo'n situatie niet kan en niet mag, in ieder geval niet als je subsidie van de overheid krijgt.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):  
Dat ben ik natuurlijk zeer eens met mevrouw Bergkamp. Ik zou haar willen vragen of zij het denkbaar acht dat een organisatie waarvan de waarden haaks staan op het wettelijke kader in Nederland, überhaupt in aanmerking komt voor overheidssubsidie.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):  
Ik vind het heel belangrijk om te kijken wat er nou is gebeurd met Siriz. Ik snap helemaal waar de vraag vandaan komt. Ik merk dat er heel veel ruis op de lijn zit. Ik hoor hier een aantal verhalen. Ik wil heel graag van de staatssecretaris weten hoe dat komt, wat er aan de hand is. Ik ben het eens met de PvdA: als er een instelling is die stuurt op vrouwen en geen onafhankelijke voorlichting geeft aan vrouwen die vragen hebben over abortus, dan mag die wat D66 betreft geen subsidie krijgen van de overheid.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**  
Dank u wel. Voordat ik de heer Raemakers het woord geef, schors ik even voor vijf minuten. Vindt u dat goed? Dan doen we dat.

De vergadering wordt van 18.12 uur tot 18.17 uur geschorst.

**De voorzitter:**  
Ik geef de heer Raemakers namens D66 het woord.

□

**De heer Raemakers** (D66):  
Voorzitter, dank u wel. Vereerd ben ik dat ik vanaf dit politieke seizoen ook het woord mag voeren over de curatieve zorg, de cure. En hoe kun je een nieuwe portefeuille beter beginnen dan met de begrotingsbehandeling? Snel van start dus.

Ik wil het vandaag namens D66 hebben over vier onderwerpen: transparantie, digitalisering, de juiste zorg op de juiste plaats en psychosociale zorg na kanker. Maar voordat ik daarmee begin het volgende. De Nederlandse zorg behoort tot de beste in Europa en misschien wel van de wereld. We

kunnen steeds meer mensen genezen en mensen leven mede daardoor steeds langer. Dat is natuurlijk geweldig, maar we lopen ook tegen grenzen aan. De kosten van de zorg nemen rap toe. Ook deze kabinetperiode stijgen de kosten met maar liefst 16,7 miljard euro. Het is onze gezamenlijke opdracht om die kosten te beheersen. Daarbij vindt mijn fractie het belangrijk dat het stelsel solidair en sociaal blijft. Zo kiezen we ervoor om het eigen risico nu niet te verhogen, en voor mensen met een laag inkomen stijgt de zorgtoeslag mee met de premie.

Voorzitter, ik begin met mijn eerste thema, transparantie. Voor een patiënt moet duidelijk zijn welke zorg vergoed wordt, in welk ziekenhuis en hoeveel een behandeling dan kost. Ook bij geneesmiddelen willen we die transparantie. Ziekenhuizen onderhandelen zelf over de prijs, maar hoeveel korting zij daarbij bedingen, blijft onduidelijk. Daarom heb ik de volgende vraag. Kan de minister inzicht geven in hoeveel de ziekenhuizen nu hebben bespaard op de geneesmiddelen sinds de overheveling naar het ziekenhuisbudget?

Transparantie is belangrijk bij de kosten, maar ook als het gaat om kwaliteit. De laagste prijs is niet altijd het beste. Als een behandeling meer kost maar ook een betere uitkomst oplevert, kan dat de hogere prijs best waard zijn. De doelstelling om te komen tot 50% uitkomstindicatoren in 2022 juicht D66 dan ook van harte toe. De patiënt, jong of oud, chronisch ziek of voor het eerst ziek, moet daardoor in staat gesteld worden om een betere beslissing te nemen en ook de alternatieven te kunnen wegen. Graag hoor ik of die vragenlijsten ook direct gebruikt kunnen worden voor een individuele patiënt, zodat dit ook echt het samen beslissen kan bevorderen. En hoe gaan we dan om met die grote verschillen tussen verschillende soorten patiënten als het gaat over uitkomsten van zorg? Denk bijvoorbeeld ook aan de grote verschillen tussen man en vrouw. Ook de lange termijn is daarbij van belang. De Federatie Medisch Specialisten gaf als voorbeeld dat bij een heupoperatie de uitkomst voor de patiënt goed is als hij kort daarna weer soepel loopt. Dat is de korte termijn. Maar een niet goed geplaatste heupprothese kan in de toekomst wel weer voor problemen zorgen. Dus hoe gaan we daarmee om? Hoe gaan we ook op de lange termijn goede en slechte resultaten monitoren en meten?

Voorzitter, digitalisering. Voor het registreren van kwaliteit is goede ICT nodig, ook omdat de administratieve lasten niet verder mogen toenemen. Maar die basis is nog onvoldoende op orde. We horen het heel vaak: patiënten die in het ziekenhuis komen en voor de zoveelste keer hun verhaal moeten vertellen, of artsen die een patiënt met spoed binnenkrijgen maar niet zelf bij de achtergrondinformatie kunnen. En soms levert het gebrek aan goede ICT dubbel werk op. Er zijn ziekenhuizen die nog steeds de fax gebruiken om medische informatie te versturen. De fax? Die hoort toch in het museum thuis? De omslag gaat ons niet snel genoeg. Is de minister het met D66 eens dat de ICT nog steeds hopeloos achterloopt?

Maar wat is dan de oplossing? Een integrale aanpak ontbreekt. Rollen zijn nog onvoldoende duidelijk. We kennen uiteraard het Informatieberaad, maar de minister heeft inmiddels ook toegezegd om zelf meer regie te nemen. Het hóé blijft echter onduidelijk. Is de minister daarom bereid om ook de regie te nemen bij het opstellen van een integra-

ler plan van aanpak, bijvoorbeeld een masterplan zoals geadviseerd door KPMG?

Ik kom bij de juiste zorg op de juiste plek. Om de kosten in de zorg te beperken zijn door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en specialisten hoofdlijnenakkoorden gesloten voor de periode 2019-2022. Deze moeten ervoor zorgen dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd. Maar het overdragen van een patiënt kan natuurlijk ook ten koste gaan van de eigen portemonnee. Dat geldt ook voor niet-behandelen, terwijl dat soms misschien beter is, ook beter voor de kwaliteit van leven. Uit onderzoek van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties blijkt dat zorgverleners moeite houden met de optie van niet-behandelen. Ook blijkt dat het aanbieden van zorg in een ander ziekenhuis — dat zou dan eigenlijk beter zijn voor de patiënt — nog onvoldoende gebeurt. Ik vraag de minister dan ook hoe we ervoor zorgen dat er geen verkeerde prikkels in het systeem blijven die de zorg op de juiste plek belemmeren. Ook ben ik benieuwd wat de voortgang is van het zogenaamde kijk- en luistergeld. Hoe vaak wordt dit gebruikt?

Voorzitter. De hoofdlijnenakkoorden worden breed gedeeld. Dat moet ook zo blijven. Mij bereiken echter signalen dat er momenteel heel veel tegelijk moet gebeuren. Wanneer er door het Zorginstituut programma's worden opgezet die natuurlijk volgen uit die hoofdlijnenakkoorden, lijkt het me van belang dat die eerst op de werkvloer worden afgestemd, zodat ze ook realistisch uitgevoerd kunnen worden. Kan de minister aangeven hoe die samenwerking nu verloopt? Kan de minister ook een uitgewerkt tijdplan geven waarin nog concreter staat welke elementen uit de hoofdlijnenakkoorden wanneer worden uitgevoerd?

Ik sluit af met een voor D66 voornaam punt: de psychosociale zorg na kanker. Veel patiënten die kanker hebben gehad, blijven met psychische klachten rondlopen. Zo kan er sprake zijn van angst, onzekerheid, slecht slapen, vermoeidheid en verminderde concentratie. Je ziet het niet altijd aan de buitenkant, maar het is er wel. Vanaf maart dit jaar wordt psychosociale zorg na kanker in de vorm van een pilot vergoed. De huisarts kan bij het vermoeden van een aanpassingsstoornis, zoals we dat noemen, de patiënt doorverwijzen naar specialistische hulp. Graag hoor ik van de minister hoeveel mensen er op dit moment aan die pilot deelnemen. Daar ben ik heel benieuwd naar. Ik wil ook weten of die regeling voldoende bekend is bij huisartsen. En kunnen bedrijfsartsen bijvoorbeeld ook een patiënt doorverwijzen? Gebeurt dat ook? De belangrijkste vraag is wat we straks als politiek kunnen doen met de resultaten van de pilot.

De zorg in Nederland is van hoog niveau, maar kan nog steeds transparanter, moderner en beter. Daar wil ik de komende tijd in deze Kamer werk van maken.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Raemakers. Mevrouw Dik-Faber had een vraag.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Terecht vraagt D66 aandacht voor psychosociale zorg na kanker. Dat vindt mijn fractie ook een heel belangrijk punt. Nu weet ik dat in het land op een aantal plekken inloophui-

zen zijn gerealiseerd voor mensen die kanker hebben en voor hun naasten en ook voor mensen die kanker gehad hebben. Hoe beoordeelt D66 de situatie dat dit eigenlijk gewoon niet past in onze zorgstructuren en dat de financiering gewoon niet deugdelijk geregeld is? Zouden we niet eens samen moeten bekijken of dit soort initiatieven beter te implementeren is in onze zorg- en welzijnsstructuren?

De heer **Raemakers** (D66):

Dank voor deze heel mooie vraag. Ik denk dat het inderdaad heel belangrijk is om te zien dat het zorglandschap verandert en dat er op allerlei manieren zorg geleverd wordt. Ik vind dit een heel belangrijk thema. Als het bijvoorbeeld kanker betreft, denk ik dat het niet alleen gaat om de behandeling zelf. Het gaat ook niet alleen maar over de psychosociale zorg, maar ook over een stukje verblijf en over andere elementen. Ik vind het heel belangrijk dat we daar integraal naar kijken. Als we daar in de toekomst op zouden kunnen samenwerken, dan heel graag!

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ploumen namens de PvdA.



Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter. Afgelopen zaterdag was ik te gast bij het Festival van de Opstand, een festival waar werd gevierd dat mensen overal ter wereld in opstand zijn gekomen: tegen politieke leiders die vrijheden willen inperken, tegen systemen die alleen maar in de weg zitten en tegen knellende conventies waar mensen zich uit willen bevrijden.

Voorzitter. Er was ook terechte waardering voor de Dolle Mina's, voor de strijd om baas in eigen buik te zijn, voor het recht van iedere vrouw om zelf keuzes te maken over lichaam en leven. We hebben veel te danken aan de vrouwen die toen in opstand kwamen. Maar ik maak me ernstig zorgen, want onze verworvenheden staan onder druk. Ik zie dat vrouwen die de moeilijke beslissing hebben genomen om naar de abortuskliniek te gaan, voor de deur worden lastiggevallen door mensen die hun keuze niet respecteren. Ik zie dat vrouwen die hun zwangerschap hebben afgebroken, het moeilijk vinden om zich daarover uit te spreken, omdat ze veroordeeld worden en omdat hun motieven in twijfel worden getrokken. Ik zie een staatssecretaris die niet ondubbelzinnig afstand neemt van een instantie die met overheids subsidie medisch nepnieuws verspreidt en die lijkt te verdedigen dat een organisatie die niet-neutrale keuzehulp aan zwangere vrouwen geeft, gewoon gesubsidieerd mag worden.

Dit laat één ding zien: we kunnen onze verworvenheden nooit als vanzelfsprekend beschouwen. We moeten ze blijven bevechten, een hernieuwde opstand om onze rechten zeker te stellen. Daarom de volgende vragen aan het kabinet. Staan deze bewindspersonen pal voor het recht van vrouwen om hun eigen keuzes te maken bij een ongeplande of ongewenste zwangerschap en, zo ja, kan dit kabinet dan garanderen dat er geen cent subsidie gaat naar organisaties die sturende, niet-neutrale en medisch onjuiste informatie geven? Kan de minister laten zien hoe de subsidieverdeling voor 2019 er exact uitziet als het gaat om informatievoorzie-

ning en keuzehulp bij ongewenste zwangerschap? Voor welke organisatie is eigenlijk welk bedrag voorzien?

Voorzitter. Als een vrouw ongewenst zwanger is, moet ze weten waar ze terecht kan; mevrouw Ellemeet sprak daar ook al over. Ze moet kunnen doorverwezen worden naar de voor haar passende hulp. Met mevrouw Ellemeet van GroenLinks heb ik een amendement ingediend dat regelt dat dat in Nederland voortaan zo kan gaan, met één telefoonnummer en één campagne om daar bekendheid aan te geven. In Duitsland doen ze dat al jaren zo. Ik hoor graag de reactie van het kabinet.

Voorzitter, een ander punt. Waarom is eigenlijk nog steeds niet geregeld dat voor vrouwen die slachtoffer zijn geworden van genitale verminking, hersteloperaties worden vergoed? Daarmee kunnen zij immers ook weer een beetje baas over eigen lichaam worden. Vier jaar geleden is dat toegezegd door toenmalig minister Schippers, maar het is nog steeds niet geregeld. Kan de minister toezeggen dat dat voor volgend jaar alsnog gebeurt, desnoods nog niet via het pakket maar via, tijdelijk, een ander potje? Kan hij een inschatting geven van de financiële middelen die volgens hem hiervoor gereserveerd moeten worden?

Voorzitter, dat brengt mij op mijn volgende punt, de betaalbaarheid van de zorg. Voorzien is dat ook volgend jaar de zorgpremie weer gaat stijgen; begrijpelijk, want we profiteren met elkaar van almaar beter wordende zorg, van mooie innovaties, van nieuwe geneesmiddelen. Voor mijn fractie blijft echter het eigen risico een punt van zorg; collega Hijink sprak daar ook over. We zien dat het eigen risico een drempel vormt om zorg te vragen, en daar wil de PvdA vanaf. Mijn fractie heeft in de gezamenlijke tegenbegroting met GroenLinks en de SP het voorstel gedaan om het eigen risico voor volgend jaar te halveren als opmaat naar volledige afschaffing in 2020. Wat ik mij nu afvraag is dit: waarom kiest het kabinet daar eigenlijk niet ook voor? Zien zij niet dat voor veel mensen de zorg simpelweg te duur wordt door dat eigen risico?

Voorzitter, dan over de zorgpolissen. Ik sprak daarover met mevrouw Van den Berg. Het einde van het jaar nadert weer, en dat betekent dat we straks weer kunnen gaan kiezen welke verzekering we willen afsluiten. Overstappen kan meer dan €100 per jaar schelen, een enorm bedrag. Maar door de polisjungle die is ontstaan, slaat de stress voor veel mensen toe en beginnen ze niet eens aan dat keuzeprocess. Daarom drie vragen aan het kabinet. Weet het kabinet of er nu inderdaad veel minder polissen worden aangeboden dan de 60.000 — u hoort het goed — van vorig jaar? Zo niet, hoe gaat de minister er dit jaar voor zorgen dat vergelijkbaar en kiezen eenvoudiger wordt? Vraag twee: waarom kiest de minister er niet voor om per verzekeraar één basispolis te laten aanbieden? En drie: kan het kabinet garanderen dat alle zorgverzekeraars tijdig de zorg hebben ingekocht? Welke maatregelen overweegt het kabinet als dat ook dit jaar weer niet op orde blijkt te zijn?

Voorzitter. Dag in, dag uit steken heel veel mensen hun handen uit de mouwen in de zorg: verpleegkundigen, kraamverzorgers, mantelzorgers en nog heel veel meer mensen. Onze spreektijd hier is gewoon te kort om aan al die mensen goed recht te doen. Vandaag wil ik van al die stille krachten er één groep uitlichten en dat zijn de doktersassistenten. De doktersassistenten zijn onmisbaar. Ze beoordelen aan de telefoon of mensen langs moeten komen

bij de arts of dat ze gewoon even kunnen uitzielen. Ze verichten steeds meer zelfstandige handelingen en dat doen ze onder moeilijke omstandigheden. Zo lazen we vanochtend nog dat zeker 80% van de doktersassistenten te maken heeft met agressie. Ik vind het daarom onbegrijpelijk dat een verzoek van de doktersassistenten zelf om een erkende beroepsgroep te worden is afgewezen. Voor de doktersassistenten betekent dit een belangrijke blijk van waardering voor hun werk. Ik meen ook begrepen te hebben dat ze in dat hele hoofdlijnenakkoord waar het kabinet zo trots op is niet eens voorkomen.

Ik vraag het kabinet daarom om de titel doktersassistente op te nemen in artikel 34 van de Wet BIG, net zoals bijvoorbeeld apothekersassistente en verzorgende. Ik vraag het kabinet om daarmee de inschrijving in het Kwaliteitsregister te verplichten en ik vraag het kabinet om het recht op nascholing van doktersassistenten te garanderen zodat ze goed geëquipeerd zijn om de uitbreiding van hun takenpakket te kunnen vervullen. Graag een reactie van het kabinet.

Voorzitter. Mijn fractie vindt dat mensen zeker moeten kunnen zijn van goede en betaalbare zorg en van het recht om zelf te kunnen beslissen over hun lichaam, over hun leven. Het kabinet heeft op beide punten een grote opgave, maar laat het jammer genoeg tot nu toe lelijk afweten. Ik zie daarom uit naar een positieve beantwoording op mijn vragen.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ploumen. O, mevrouw Bergkamp heeft nog een vraag.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Voorzitter, dank u wel. Ik zeg maar even heel eerlijk: ik had er geen tijd voor en ik weet dat het een onderwerp is dat voor de PvdA ook van belang is. Vandaar dat ik het belangrijke moment noem van het legaliseren van de wiet in Canada. Ik hoop dat de PvdA ook benieuwd is om van de minister voor Medische Zorg te horen hoe het ermee staat. Hoe staat het met de wet? Wat zijn de ervaringen tot nu toe? Loopt het een beetje? Is de PvdA het met D66 eens dat het goed is om tijdens deze begrotingsbehandeling een soort update te krijgen van deze minister?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik steun dat verzoek van mevrouw Bergkamp zeer en ik zeg haar ook graag toe dat ik het een heel goed idee vind om te kijken of we naar aanleiding van de beantwoording van de minister ook een werkbezoek kunnen arrangeren om wellicht onbeantwoorde vragen die we nog mogen hebben op te lossen. Ik weet dat mevrouw Bergkamp daar het voortouw in wil nemen. Ik zie met haar uit naar de beantwoording door het kabinet.

**De voorzitter:**

Dank u wel.

Dan geef ik nu het woord aan de heer Kerstens namens de PvdA.



**De heer Kerstens (PvdA):**

Voorzitter. Zeker zijn van goede en betaalbare zorg dichtbij als je gezondheid je in de steek laat. In een tijd dat de economie beter draait dan ooit tevoren is het eigenlijk krankzinnig dat dat principe onder druk lijkt te staan, maar dat is wel wat er aan de hand is.

Vanochtend luidde de Nationale ombudsman, de directeur van het Sociaal Planbureau en die van de Algemene Rekenkamer gezamenlijk de noodklok. Dat zijn niet de minsten. Het is een unicum dat deze keurige mensen de media opzoeken op de dag dat wij hier de begroting bespreken, en dat doen ze niet voor niks. Ze wijzen erop dat de minister te weinig oog heeft voor kwetsbare mensen die niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Bijvoorbeeld psychiatrische patiënten, demente ouderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking zien door de bomen het bos niet meer, worden van het kastje naar de muur en met een kluitje in het riet gestuurd. Ze belanden in een doolhof. Zeker zijn van goede en betaalbare zorg dichtbij begint met weten waar je moet zijn als er wat is en, als dat nodig is, daarbij de weg gewezen worden.

Nou komt dit niet te negeren signaal van vanochtend niet uit de lucht vallen. De Nationale ombudsman wees er in een stevig rapport al veel eerder op en de PvdA drong er al eerder op aan mensen te helpen de juiste weg te vinden, bijvoorbeeld door het inrichten van één loket per gemeente. De minister voelde daar toen niet zo veel voor, maar met alternatieven kwam en komt hij niet. Daardoor gaat het probleem niet weg en zijn mensen niet geholpen, en dat moet wel. Wat mij betreft maakt elke gemeente zelf uit hoe, met wie en waar ze hun inwoners op weg helpen; maar dat het moet en snel ook staat voor de PvdA als een paal boven water.

Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de minister om te zorgen dat dat gaat gebeuren, maar het heeft bijna een halfjaar geduurd voordat de minister met een reactie kwam op het rapport van de Nationale ombudsman, een rapport met schrijnende verhalen van mensen die tussen wal en schip zijn gevallen. In die reactie lezen we dat de minister het komende halfjaar gesprekken gaat voeren om vervolgens in de lente van volgend jaar de Kamer eens te informeren over de uitkomsten van die gesprekken. Dan zitten we dus bijna een jaar — een jaar — na die eerste noodkreet van de Ombudsman en is er nog niks gebeurd, behalve dan wat gesprekjes links en rechts en een verslagje. En dat terwijl in dat jaar alleen maar meer kwetsbare mensen tussen wal en schip zijn gevallen. Dat is van de gekke natuurlijk. Aan de lopende band de blits maken met allerlei plannen en dan dit op zijn beloop laten! De meest kwetsbare mensen worden aan hun lot overgelaten. Ik wil dat de minister direct werk maakt van een en ander en dit probleem echt als de sodemieter gaat aanpakken. Ik zal in tweede termijn een motie indienen om de minister tot spoed en tot actie te manen.

Voorzitter. Dat te weinig oog hebben voor de meest kwetsbare mensen lijkt een kwaaltje waar deze minister wel vaker aan lijdt. Zo vindt hij het blijkbaar prima dat mensen met de laagste inkomens de dupe worden van een plannetje waar hij wel vaart mee wil maken: de invoering van het zogenaamde abonnementstarief in de Wet maatschappelijke ondersteuning. Vriend en vijand wijzen erop dat dit tot een



groter beroep van mensen met een iets dikkere portemonnee op die Wmo gaat leiden. Die zijn namelijk goedkoper uit. Maar de minister blijft doof voor de waarschuwing dat gemeentes daardoor elders in het sociaal domein zullen moeten gaan bezuinigen. De mensen die dat het slechtst kunnen lijden, die het het meest nodig hebben, de mensen met de laagste inkomens, zijn zoals dat heet de sjaak. Zij zijn de dupe.

Hetzelfde doet zich voor nu de minister weigert iets te doen aan de grote tekorten van gemeentes in verband met het toenemende beroep op jeugdhulp. Die gemeentes moeten hun eigen problemen maar oplossen. Dat ze dat gaan doen door elders in het sociaal domein te gaan bezuinigen, waardoor opnieuw vooral mensen met een laag inkomen zullen worden getroffen, weet de minister. En ook dat vindt hij blijikbaar prima.

Rondom de jeugdhulp dreigt overigens een drama: gemeentes die met torenhoge tekorten kampen en organisaties die met wurgcontracten en te lage tarieven worden afgescheept. De minister noemt dat laatste onderdeel van onderhandelingspulletjes. Dat is onzin, ook al omdat gewoon vaststaat dat er te weinig wordt betaald. Bovendien lijkt de minister even te vergeten dat tussen die onderhandelende partijen kwetsbare jongeren staan die gewoon hulp nodig hebben. De minister moet wat doen, hij moet zijn verantwoordelijkheid nemen, bijvoorbeeld voor het betalen van fatsoenlijke tarieven waarvoor goede zorg kan worden geleverd. Hij moet met een oplossing komen voor gemeentes die nu in de problemen zitten. In het vorige debat heb ik een motie daarover ingediend.

Het principe van goede, betaalbare zorg dichtbij staat nog om een andere reden onder druk. Als we niet uitkijken, dreigt er een gigantisch tekort van maar liefst 125.000 mensen in de zorg. 125.000! Je kunt je voorstellen wat dat voor gevolgen heeft voor cliënten, voor patiënten, voor zorgmedewerkers en eigenlijk voor ons allemaal. Dat is nu al zo. Operatiekamers worden gesloten, artsen moeten kiezen wie ze wel en wie ze niet kunnen opereren, wachttijden worden steeds langer, de werkdruk loopt steeds maar op, steeds meer zorgmedewerkers vallen uit met een burn-out, en medewerkers worden bij andere instellingen weggelokt en weggekocht.

Als je jongeren vraagt waarom ze niet voor de zorg kiezen of zorgmedewerkers waarom ze de zorg verlaten, dan krijg je steeds dezelfde antwoorden: te laag salaris, te hoge werkdruk. En laten dat nou net de twee dingen zijn waar de minister in zijn actieprogramma Werken in de Zorg geen aandacht aan besteedt. Dat is een zaak van sociale partners, zegt hij. Dat moet men maar in de regio oplossen.

Voorzitter. Dat is te gemakkelijk. De minister is verantwoordelijk. Sterker nog, veel partijen in de Kamer, zo bleek vorige week, vinden het aanpakken van die personeelstekorten in de zorg zijn grootste opgave. En de minister spreekt dat niet tegen. De Partij van de Arbeid vindt dan ook dat de minister meer verantwoordelijkheid moet nemen, niet alleen door met meer geld over de brug te komen — dat geld is er, maar wordt alleen, zo zagen we gisteren, aan het bedrijfsleven gegeven — maar ook door goed werkgeverschap te stimuleren of door ervoor te zorgen dat gemeentes fatsoenlijke tarieven betalen aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de thuiszorg of de jeugdhulp.

Voorzitter. Ik rond af. Geen wonder dat mensen het gevoel hebben dat die betaalbare en goede zorg dichtbij als je hem nodig hebt onder druk komt te staan. Ik snap dat wel. Er zijn te weinig medewerkers om de zorg die nodig is te verlenen. Mensen met een minimuminkomen worden de dupe van nieuwe plannetjes. Kwetsbare mensen zien door de bomen het bos niet meer en vallen tussen wal en schip. En dan ook nog horen dat er misschien wel opnieuw op de zorg bezuinigd gaat worden, terwijl de bomen tot in de hemel groeien. Dat is wat we bij de Algemene Financiële Beschouwingen vanuit de coalitie hoorden. De minister kan daar iets aan doen, die moet daar iets aan doen. Om te beginnen wat mij betreft door hier klip-en-klaar te zeggen dat mensen niet bang hoeven te zijn voor nieuwe bezuinigingen op de zorg, maar ook door zijn verantwoordelijkheid te nemen voor de zaken die ik noemde. Dat is zijn werk namelijk.

**De voorzitter:**

Dank u wel mijnheer Kerstens. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.



**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Dank u wel, voorzitter. Het eerste jaar van dit kabinet zit er bijna op. In het afgelopen jaar hebben de drie bewindslieden op VWS zeker niet stilgezeten. Ze hebben vele actieplannen naar de Kamer gestuurd die de komende jaren hun vruchten zullen afwerpen. Er zijn verder via verschillende hoofdlijnenakkoorden concrete afspraken gemaakt over het beteugelen van de zorgkosten, en de staatssecretaris van VWS werkt keihard aan een breed gedragen nationaal preventieakkoord. Ik kijk met spanning uit naar het resultaat daarvan.

Voorzitter. Het eerste onderwerp dat ik wil benoemen zijn de donorkinderen. Donorkinderen die zijn geboren voor 2004 weten vaak niet wie hun biologische vader is, omdat tot 2004 het anoniem doneren was toegestaan. Bovendien zijn er bij de invoering van een nieuwe Donorwet in 2004 fouten gemaakt in het register van donorvaders. Soms staan vaders als anoniem te boek, terwijl ze hiervoor destijds niet expliciet gekozen hebben. Voor donorkinderen is een DNA-onderzoek de enige mogelijkheid om er toch achter te komen wie hun biologische vader is. Voor donoren wordt deze inschrijving van €250 wel vergoed, maar donorkinderen die part nog deel hebben aan hun situatie en die willen weten wie hun biologische vader is, moeten dit bedrag zelf betalen.

Voorzitter. Ieder kind heeft er recht op om te weten van wie hij of zij afstamt. Dat is belangrijk voor je eigen identiteit, maar ook voor je medisch dossier. Daar mag geen prijskaartje aanhangen. Ik heb daarom een amendement ingediend om de inschrijving in de Fiom DNA-databank ook voor kinderen te vergoeden.

**Mevrouw Bergkamp (D66):**

Een sympathiek amendement. Ik wil alleen vragen aan mevrouw Dik-Faber om de tekst wat aan te passen. Mevrouw Dik-Faber heeft het over donorkinderen en we hebben het soms ook over ivf-kinderen. Wat onze partij betreft geldt "kinderen zijn kinderen", hoe ze ook verwekt zijn. Ik wil aan mevrouw Dik-Faber vragen of ze kan praten over kinderen die verwekt zijn door een donor in plaats van

donorkinderen. Ik ben gewoon heel erg bang voor stigmatisering van deze kinderen.

**Mevrouw Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik begrijp de vraag van mevrouw Bergkamp. Ik wil haar er graag op wijzen dat de stichting Donorkind door de donorkinderen in het leven geroepen is. Ze noemen zichzelf zo. Maar goed, als dit kan helpen, dan ben ik graag bereid om de tekst aan te passen. Ik zal er zeker nog even naar kijken.

**Mevrouw Ellemeet** (GroenLinks):

Ook namens GroenLinks mijn complimenten voor dit initiatief, heel goed. Mevrouw Dik-Faber zegt het ook heel duidelijk: ieder kind heeft recht om te weten van wie hij of zij afstamt. Dat geldt natuurlijk ook voor adoptiekinderen, en ik vroeg mij af of mevrouw Dik-Faber deze groep ook mee zou willen nemen. Zou deze groep ook dat recht moeten hebben op deze informatie zonder ervoor te betalen?

**Mevrouw Dik-Faber** (ChristenUnie):

Die vraag heb ik mijzelf ook gesteld, alleen denk ik dat hier de situatie wel iets anders is. Voor ouders die destijds hun kind hebben afgestaan en anoniem wensten te blijven zijn veel goede regelingen getroffen, zodat de kinderen bij binnenlandse adoptie kunnen achterhalen wie hun biologische ouders zijn. Bij buitenlandse adoptie wordt gebruik gemaakt van internationale DNA-databanken. Ik heb begrepen dat daarvan de effectiviteit en ook de privacy niet goed geborgd zijn. Dat vind ik best een punt. Daarbij speelt ook nog dat ik de verantwoordelijkheid van deze overheid richting kinderen voor binnenlandse adoptie en donorkinderen toch anders beoordeel dan wanneer er sprake is van interlandelijke adoptie. Mijn excuses mevrouw Bergkamp, ik noem het woord toch nog even.

**Voorzitter.** In Nederland is anoniem doneren sinds 2004 verboden, maar in Spanje is de anonieme eiceldonatie wel toegestaan. Er is zelfs een Spaanse commerciële kliniek die in Nederland reclame maakt voor deze vorm van ivf-behandeling. Onder meer de Stichting Donorkind en Fiom hebben al aangegeven dat deze praktijk zeer onwenselijk is. Ik snap de kinderwens van wensouders héél erg goed, maar er is ook het belang van het kind dat geborgd moet worden. Daarom vraag ik de minister welke mogelijkheden hij ziet om op te treden tegen de werving in Nederland door de Spaanse kliniek.

**Voorzitter.** Iets heel anders. Volgend jaar wordt de gecombineerde leefstijlinterventie, de GLI, vergoed vanuit de basisverzekering. Het is een goede stap dat preventie eindelijk zo'n duidelijke plek krijgt in het verzekerde pakket. Tegelijkertijd is er in de curatieve zorg nog veel winst te behalen met verschillende vormen van leefstijlgeneeskunde. Mijn collega Ellemeet noemde al diabetes type 2. Door goede leefstijladviezen kunnen mensen de insulinespuit aan de kant leggen. De ChristenUnie wil dat er meer wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan naar leefstijlinterventies in de curatieve zorg en dat zorgverleners de ruimte krijgen om hierin stappen te zetten. Alleen dan gaan we van ziekenzorg naar gezondheidszorg. Dat is niet alleen welzijns- en gezondheidswinst, want het kan inderdaad ook een forse kostenbesparing opleveren. Samen met collega

Ellemeet van GroenLinks heb ik daarom een amendement ingediend.

**Voorzitter.** Helaas moeten we vaststellen dat de zorg in Nederland voor mensen met een langdurige bewustzijnsstoornis onvoldoende is. Afgelopen jaren heb ik daarover veel contact gehad met familieleden en zorgprofessionals en in 2016 mocht ik aanwezig zijn bij de oprichting van het expertisenetwerk EENnacom. Dat vroege intensieve neurorevalidatie niet toegankelijk is voor mensen van 25 jaar en ouder is eigenlijk onverteerbaar. Gelukkig komt er nu beweging in. Onlangs heeft de NZa laten weten dat vroege intensieve neurorevalidatie medisch-specialistische zorg is die vanaf 2019 ook geleverd mag worden aan volwassenen. Dat is natuurlijk geweldig nieuws. Toch is hiermee niet alles geregeld. Er is een diagnostisch centrum nodig en een mobiel team om mensen te bezoeken. En er moet onderzoek worden gedaan, bij voorkeur gekoppeld aan de behandeling. En na behandeling in de acute fase volgt een periode van twee of drie jaar in een verpleeghuis. Dat is nu onderbelicht in de gesprekken die lopen. Mijn vragen. Wat kan de minister hierin betekenen? Gaat hij knellende structuren in de zorg wegnemen? Gaat hij onderzoek naar behandeling van comapatiënten aanjagen? En wat zijn zijn plannen om de zorg voor mensen in coma te verbeteren? Ik heb voor de minister voor Medische Zorg een boek meegenomen dat ik graag via de voorzitter aan hem wil overhandigen. Het is een boek met ervaringsverhalen van naasten van comapatiënten.

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

Ik wil graag nog even terugkomen op wat mevrouw Dik-Faber zei over leefstijlinterventies. Ten eerste wil ik opmerken dat er redelijk veel kaf onder het koren kan zijn en dat daarom de accreditatie heel belangrijk is. Maar vindt mevrouw Dik-Faber ook niet dat we nog veel eerder moeten kijken naar onderzoeken voor screening van ziektegerelateerde ondervoeding. Voordat je aan leefstijlinterventies begint, is er nog een hele grote categorie die nu dus blijft liggen. Dat is ondervoeding die eigenlijk ziekte creëert.

**Mevrouw Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik moet even nadenken over deze vraag, voorzitter! Volgens mij heb ik de afgelopen jaren juist het thema "ondervoeding" op de agenda willen zetten. Ik heb een rondetafel georganiseerd en zorgprofessionals uitgenodigd om daar te komen spreken over het belang van goede voeding en dan met name voor ouderen. Ouderen eten namelijk kwantitatief wel goed, maar kwalitatief niet. Ze krijgen onvoldoende eiwitten binnen. Het is ontzettend van belang dat we mensen daarin goed begeleiden. Neem bijvoorbeeld Ziekenhuis Gelderse Vallei dat daarin koploper is geweest. Door goede voeding vooraf gingen mensen daar sterker het ziekenhuis in en kwamen ze sterker de operatie uit. Daardoor genezen ze ook nog eens sneller. Als mevrouw Van den Berg vraagt of we daar oog voor moeten hebben, zeg ik dus: jazer. Dat vind ik ook, maar voor de leefstijlgeneeskunde uit ons amendement is ook een eigen plaats. Het gaat over mensen die ziek zijn en die met goede voeding en bewegen kunnen genezen. Nu geven we pillen en dat is eigenlijk symptoombestrijding, want we willen dat mensen kunnen genezen. En dat kan ook!

**De voorzitter:**

U vervolgt uw betoog.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Weer een geliefd onderwerp van mij: borstvoeding. De goedkoopste en meest effectieve vorm van preventie, zeg ik tegen de staatssecretaris. Dat dit geen onderdeel is van het programma Kansrijke Start is echt een gemiste kans. Is de staatssecretaris van VWS bereid om borstvoeding en lactatiekundige zorg wel een plek te geven in zijn preventieakkoord?

Voorzitter. Moeders krijgen na het vertrek van de kraamzorg bezoek van een jeugdverpleegkundige, die bespreekt welke vragen er nog zijn omtrent de zorg voor het kind. Als er problemen met borstvoeding zijn, kan de moeder terecht bij deze verpleegkundige, mits geschoold volgens de richtlijn of de verpleegkundige kan verwijzen naar een lactatiedeskundige. Hier zit het knelpunt. Op papier is lactatiekundige zorg beschikbaar, maar in de praktijk komt dit niet aan de orde in dat gesprek met de jeugdverpleegkundige. Als problemen met borstvoeding zich voordoen na dit gesprek, dus als de jeugdverpleegkundige al vertrokken is, weten ouders de weg naar het consultatiebureau niet te vinden. Daarom mijn vraag aan de minister om lactatiekundige zorg beter in te bedden in het systeem van de jeugdgezondheidszorg.

Voorzitter. Eindelijk was daar de langverwachte brief van de minister over geestelijke zorg. De ChristenUnie is blij dat dit onderwerp nu wordt uitgewerkt. Het is een uitvloeisel van Waardig ouder worden, en daarom is het ook logisch dat de focus op ouderen ligt. Tegelijkertijd kunnen levensvragen zich ook op andere momenten in het leven voordoen en is het goed om daar ook oog voor te hebben. Van de oorspronkelijke 35 miljoen is nog maar 25 miljoen over, omdat 2018 een verloren jaar is. Ik baal daarvan. Er is nu nog maar twee jaar tijd voor het opbouwen van een infrastructuur, scholing, onderzoek en praktijk. Wat gaat de minister doen met de 10 miljoen die niet besteed kan worden? Blijft dit geld beschikbaar voor geestelijke zorg, vraag ik hem. Heeft de minister hierbij ook oog voor kleine groepen, zoals de joodse gemeenschap? Zij passen minder goed in de structuur die de minister voorstelt, terwijl ook hier geestelijke zorg van belang is.

Voorzitter. Uiteindelijk moet geestelijke zorg goed geborgd worden. Dat kan eigenlijk alleen als het verzekerde zorg is in de Zorgverzekeringswet en de Wlz. Ik refereerde al aan moties die deze Kamer heeft aangenomen, moties van CDA en ChristenUnie, maar ook moties van D66 en ChristenUnie. Is de minister bereid om deze route mee te nemen in het onderzoek naar een mogelijk financieringsmodel voor de toekomst?

Voorzitter. In het regeerakkoord is structureel 2 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de ondersteuning van landelijk werkende vrijwilligersorganisaties. In de begroting staan voor 2019 echter geen middelen hiervoor gereserveerd. Kan de minister aangeven op welke wijze deze middelen worden ingezet om landelijke vrijwilligersorganisaties zoals Present en Humanitas te ondersteunen?

Via vrijwilligersorganisaties kom ik vanzelf bij de maatschappelijkediensttijd. We zien dat de staatssecretaris hier

voortvarend en met jongeren vorm aan geeft. We zijn benieuwd naar de uitkomsten van de 41 gestarte proeftuinen. Kan de staatssecretaris al iets melden over de aanmeldingen voor de tweede call voor 2019? Ook is mijn fractie benieuwd naar de uitvoering van de motie-Segers die vraagt bekende ambassadeurs in te zetten voor de maatschappelijkediensttijd.

Weer een heel ander onderwerp, maar ook al eerder aan bod gekomen, zijn de nieuwe woonvormen. Vorig jaar is er met brede steun een motie van mij aangenomen die opriep om nieuwe woonvormen voor ouderen een plek te geven in de Woonagenda. Mensen willen zelfstandig wonen, maar wel samen zorgen. Intussen is de vraag naar deze woonvorm nog altijd vele malen groter dan het aanbod. Dat geldt zeker voor ouderen met een laag inkomen. Wat kan de minister van VWS vanuit zijn verantwoordelijkheid doen om in deze woonbehoefte te voorzien?

Voorzitter. Deze week was in het nieuws dat het aantal mensen dat euthanasie aanvraagt, tegen de verwachte trend in daalt. Er wordt gespeculeerd over de oorzaken van deze daling. Wellicht heeft het te maken met de opmars van palliatieve zorg; we weten het niet. Is de minister bereid om deze daling mee te nemen in het onderzoek dat hij start naar aanleiding van de derde evaluatie van de Euthanasiewet?

Voorzitter. Ik kom te spreken over het onderwerp psychiatrie. Deskundigen wijzen op een witte vlek in de psychiatrie, namelijk wat te doen als mensen uitbehandeld zijn. Deze deskundigen pleiten voor een palliatieve benadering voor mensen met onbehandelbare psychiatrische aandoeningen. Eigenlijk staat dit nog in de kinderschoenen. Daarom mijn vraag of de minister bereid is een onderzoek te starten naar de mogelijkheden van een palliatieve benadering in de psychiatrie. Kan dit een plek krijgen in het vervolg van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, waarover vorig jaar een motie van ChristenUnie en SGP is aangenomen?

Voorzitter. Dan kom ik bij het onderwerp verspilling in de zorg. Helaas komt het woord "verspilling" nergens terug in de begroting, terwijl hier toch nog veel besparing te realiseren is. Uit gesprekken met verpleegkundigen is mij duidelijk geworden dat de leverancier van medicijnen, verbandmiddelen en cetera vaak veel te veel aflevert. Er wordt gewerkt met grootverpakkingen, maar er worden ook fouten gemaakt. Mensen hebben bijvoorbeeld drie infuuspleisters nodig, maar krijgen drie dozen à 100 stuks en de fabrikant neemt het niet terug. De rekening gaat naar de patiënt en de zorgverzekeraar heeft hier geen zicht op.

Er was enkele jaren geleden een programma Aanpak verspilling in de zorg, maar deze pilotprojecten hebben geen vervolg gekregen. Ik denk dat hier veel winst te behalen is. Daarom wil ik de minister vragen om dit probleem te bespreken met producenten, zorginstellingen en zorgverzekeraars, en een actieplan tegen verspilling in de zorg te maken en de resultaten ook te implementeren. Wie weet past dit heel goed bij de green deal die hij afgelopen week heeft afgesloten.

Dan het punt van ondervoeding bij ouderen, dat ik al even kort noemde. Vorig jaar is bij de begrotingsbehandeling een amendement aangenomen van ChristenUnie en VVD over het tegengaan van ondervoeding bij ouderen. Via het

amendement zijn extra middelen beschikbaar gesteld aan de stuurgroep. Ik vind het belangrijk dat kennis en expertise van de stuurgroep structureel geborgd worden, hetzij via het preventieakkoord, hetzij op een andere wijze. Ik hoor graag hoe de bewindspersonen hiervoor gaan zorgen.

Ik heb ook een vraag over het VN-Gehandicaptenverdrag, dat ook spreekt over het tegengaan van vooroordelen en stigmatisering. In het programma Onbeperkt meedoen zijn daarvoor echter geen middelen gereserveerd. Wat gaat de minister doen om stigmatisering van mensen met een handicap of chronische ziekte tegen te gaan?

Mijn laatste punt. Onlangs was ik op bezoek bij Land van Taal in de Culturele Hoofdstad Leeuwarden, om daar de WereldDovenDag te vieren. Ik heb daar met de doven-gemeenschap gesproken over het initiatiefwetsvoorstel van Partij van de Arbeid en ChristenUnie voor erkenning van de Nederlandse gebarentaal. Ik hoop dat 2019 ook het jaar wordt waarin we hierin samen een grote stap kunnen zetten.

Dank u wel.

**De voorzitter:**  
Dank u wel.

Mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**  
Voorzitter, bij het laatste sluit ik mij natuurlijk van harte aan, en ik heb een heel eenvoudige vraag aan mevrouw Dik-Faber. Ik hoop dat de goede samenwerking die we hebben met de ChristenUnie op dat onderwerp, ook mogelijk is als het gaat over de positie van de doktersassistenten. Ik sprak daar net over. Zou zij samen met mij de oproep aan het kabinet willen doen om hun beroep officieel te laten registreren, met alles wat daarbij hoort?

**De voorzitter:**  
Een vraag via mevrouw Dik-Faber aan het kabinet.

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**  
Ja, voorzitter. Ik vind het heel erg sympathiek, maar ik kan het gewoon niet helemaal overzien. Ik wil het gewoon nog even verder doordenken. Ik ben ook heel benieuwd wat de reactie van het kabinet is. Maar het was een sympathiek pleidooi van mevrouw Ploumen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**  
Voorzitter, ik dank mevrouw Dik-Faber alvast hiervoor. Dit is toch de eerste stap die altijd gezet moet worden.

Dank u wel.

**De voorzitter:**  
Dank u wel, mevrouw Ploumen en mevrouw Dik-Faber.

Dan geef ik het woord aan mevrouw Akerboom van de Partij voor de Dieren voor haar maidenspeech. Net geïnstalleerd en meteen voor ... Nee, ik ga niks zeggen. Iets met

leeuwen, dacht ik, maar bij de Partij voor de Dieren moet ik niets over dieren zeggen.

Gaat uw gang.



**Mevrouw Akerboom (PvdD):**  
Dank u wel, voorzitter.

Voorzitter. Vorige week was de uitspraak in de klimaatzaak tegen de Staat, die in ook in hoger beroep ongelijk kreeg van de rechter. Als jongste lid van dit huis wil ik mijn maidenspeech gebruiken om de Staat tot extra actie op te roepen. In het belang van mijn generatie en volgende generaties: maak de uitvoering van het vonnis prioriteit!

Maar vandaag spreken we in een ander verband van de bescherming van de burgers door de overheid.

Voorzitter. Ik begin met de Q-koorts. De overheid is nalatig geweest door burgers geen adequate bescherming te bieden tegen Q-koorts. Sterker nog: Q-koortspatiënten worden nog steeds niet serieus genomen. De Q-koortsepidemie kostte 74 mensen het leven en maakte duizenden mensen chronisch ziek en arbeidsongeschikt. Hun leven is verwoest. De maximale vergoeding van €15.000 per slachtoffer die door de minister beschikbaar is gesteld, is een klap in het gezicht van die slachtoffers. Zeker in verhouding tot de zeker 60 miljoen die de geitensector al heeft ontvangen. Kan de minister uitleggen hoe hij hiertoe gekomen is, en mogen de slachtoffers meer verwachten? Graag een reactie.

Voorzitter. Veel gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen als mensen erin slagen hun leefstijl aan te passen, zo staat in de begroting. Maar we leven in een abnormale voedselomgeving. Producten zijn te zoet, te zout of te vet.

Daar ligt wat de Partij voor de Dieren betreft een taak voor de overheid: geen zelfregulering, maar maatregelen! Geen woorden, maar daden. Onderzoek toont aan dat overheidsmaatregelen werken. Al voor de Britse suikertaks werd ingevoerd, haalden de fabrikanten veel suiker uit hun frisdranken. En wat doet Nederland na het zien van dat succes? De staatssecretaris gaat aan tafel met de levensmiddelenindustrie voor een preventieakkoord en gelooft de beloften van de sector, wanneer die beweert om zonder regelgeving in zijn eigen vlees te gaan snijden. Kan de staatssecretaris uitleggen waarom de sector zo veel invloed heeft? En waarom komt hij niet met afrekenbare doelstellingen in plaats van deze vrijblijvende inspanningsafspraken?

Een ander voorbeeld. We eten al jarenlang veel meer vlees dan goed voor ons is. Steeds meer onderzoeken laten zien dat een dieet met weinig tot geen dierlijke producten veel gezondheidswinst oplevert. Volgens onderzoek van Harvard kunnen we een derde van te vroege sterfgevallen voorkomen met een plantaardig dieet. Met een slachttaks die vroeg in de keten geheven wordt, ontstaat er een interessante prikkel voor producenten om vleesgebruik terug te dringen, maar het kabinet weigert nog steeds om met prijsprikkels de vleesconsumptie te verlagen. Een gezondere bevolking, lagere ziektekosten, een schoner milieu en een stabielere klimaat. Wie of wat houdt het kabinet tegen om hier werk van te maken? Waarom wordt de echte prijs van vlees niet

in rekening gebracht, maar subsidieert de overheid de vee-industrie door de negatieve effecten ervan uit publieke middelen te financieren? Graag een reactie.

Voorzitter. De Partij voor de Dieren hield vorig jaar een motie over kindermarketing aan, toen de staatssecretaris vroeg om te wachten op het preventieakkoord, waar onze fractie heel blij van zou worden. In 2016 zijn afspraken gemaakt met de branche om kindermarketing te stoppen, maar uit de Radaruitzending van afgelopen maandag bleek dat fabrikanten zich daar niets van aantrekken en via onlinetkanalen volop adverteren voor kinderen. We kunnen anno 2018 concluderen dat deze afspraken nog altijd niet na worden gekomen. Waarom beschermt de staatssecretaris kinderen niet tegen deze manipulatieve marketingtechnieken?

Voorzitter. Ik maak een stap naar de senioren, die ook onze aandacht hebben. Vorig jaar werd onze motie over het meenemen van huisdieren naar verzorgingsinstellingen Kamerbreed gesteund. Wij zijn blij dat de minister met de branche gesproken heeft over de mogelijkheden. Cliënten, vrijwilligers en medewerkers zijn enthousiast over de komst van dieren, maar door sommige instellingen worden er nog steeds drempels opgeworpen. Waar de regeling is versoepeld, zijn de ouderen zichtbaar minder eenzaam. Daarom vragen wij de minister om een faciliterende rol te pakken en de sector aan te moedigen om dat ook te doen door actief voorlichting te geven en het meebrengen van een huisdier mogelijk te maken.

Voorzitter, tot slot. De jeugd van tegenwoordig laat zich niet meer wegzetten door fossiele opvattingen over zelfregulering en het sponsoren van fout gedrag van de vee-industrie, een sector die zijn laatste stuiprekkings beleeft. De toekomst is plantaardig en diervriendelijk. Ik wil de staatssecretaris vragen daar een actieve bijdrage aan te leveren in het belang van dieren, natuur, milieu, klimaat en niet in de laatste plaats mensen.

Dank u wel.

(Geroffel op de bankjes)

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Akerboom, en dank voor uw mooie speech. Ik wil eigenlijk na de laatste spreker — dat is de heer Kuzu; we hebben nog drie sprekers — schorsen voor felicitaties. Vindt u dat goed? U deed het heel goed. Het leek alsof u hier al jaren meeloopt. Goed gedaan, dank u wel. U krijgt toch bloemen van mevrouw Ouwehand. Dat is heel lief.

Dan ga ik nu naar mevrouw Sazias namens 50PLUS.

□

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Voorzitter, dank u wel. Bij de begrotingsbehandeling voor 50PLUS wil ik vooral ingaan op het ontstane gat tussen zelfstandig thuis wonen en het verpleeghuis, het geld dat weglekt uit de zorg en een aantal specifieke maatregelen die nodig zijn voor ouderen.

50PLUS is blij met het extra geld en de aandacht die naar de verpleeghuizen gaan. Dat was nodig, maar we realiseren

ons ook en vooral dat 90% van de ouderen zelfstandig thuis woont en dat er door de sluiting van de verzorgingshuizen een enorm gat is ontstaan tussen goed en veilig zelfstandig wonen en datzelfde verpleeghuis. De gevolgen van dat gat tekenen zich steeds meer af. Eenzaamheid en ondervoeding zijn een paar voorbeelden. Daar kom ik straks nog op terug, maar er zijn er meer: de extra druk op de ziekenhuiszorg, die ook veel duurder is en de spoedeisende hulpen. Daarbij komt een kwart van de gemeenten niet uit met het geld voor de jeugdzorg en de Wmo. Dus er is echt iets wat niet goed gaat. Is de minister het met ons eens dat dat gat te groot is en dat we daar iets aan moeten doen?

Vorige week stond de minister stralend op de foto met de nieuwe Raad van Ouderen. Maar gaat hij nu ook echt luisteren naar Gonny de Vries uit die raad, die zegt dat ouderen wel goed worden verzorgd, maar de dag niet doorkomen?

Als we de zorg betaalbaar willen houden, dan moeten we zorgen voor nieuwe vormen van geclusterd wonen, waarbij ouderen bij elkaar kunnen wonen en voorzieningen kunnen delen. Dat moet niet voorbehouden zijn aan mensen met een goed gevulde beurs, maar vooral voor iedereen toegankelijk zijn. Een aantal mensen hebben het daar al over gehad in hun bijdrage. Er bestaan ook al mooie initiatieven, maar die zijn nog niet toegankelijk voor mensen met weinig geld.

Natuurlijk wil ook 50PLUS dat de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft voor iedereen. Daarom zijn we ook blij dat er een maximum wordt gesteld aan de eigen bijdrage in de Wmo. Toch zijn de zorgkosten voor veel mensen nog steeds te hoog. 50PLUS heeft in de tegenbegroting opgenomen dat het eigen risico verder omlaag moet. We laten zien dat dat ook kan, om te beginnen met €100. Verschillende organisaties, zoals de Consumentenbond en de ANBO, bieden collectieve zorgverzekeringen aan en laten zien dat er een aanzienlijke korting op de premie gegeven kan worden. Dat is dus mogelijk, maar als je geen geld hebt om lid te worden, dan val je buiten de boot. Waarom kan zo'n korting nou niet voor iedereen? Graag een reactie hierop van de minister.

De marktwerking in de basiszorgverzekering heeft ons niet veel goeds gebracht. Geld dat nu naar reclame gaat, dat mensen moet verleiden om over te stappen, overhead en mooie kantoren zijn medeoorzaak van de hoge zorgkosten, terwijl de mensen die het moeten doen, worden afgeknepen. Wat vindt de minister van de actie van de fysiotherapeuten, de logopedisten en de diëtisten die klagen over wurgcontracten waardoor ze hun werk niet kunnen doen?

Wij willen sowieso graag weten hoeveel geld er nu eigenlijk weglekt uit de zorg. Enerzijds door winsten die gemaakt worden door obscure bedrijfsconstructies en de inhuur van dure interim-managers, anderzijds door het hele aanbestedingscircus. We willen een overzicht hebben van de winsten die gemaakt worden in de zorg. In een vorig debat, over de financiën in het sociaal domein, heeft de minister toegegeven dat we ons rot zouden schrikken als we de kosten van de aanbestedingen in de zorg onder ogen zouden krijgen. Toen gaf de minister aan dat hij niet van zins was om de aanbestedingskosten van de gemeenten te inventariseren, want dat zou te moeilijk zijn. Wij denken dat die inventarisatie door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten helemaal niet moeilijk te maken is, maar dat de uitkomsten en de mogelijke vervolgstappen daarop te moeilijk worden gevonden. Ik stel hier dus nogmaals de vraag of de minister

de VNG kan verzoeken om de kosten voor aanbestedingen in de zorg van de gemeenten te inventariseren. Mensen hebben het recht om te weten waar hun zorggeld naartoe gaat.

50PLUS wil een diepgaand onderzoek naar de weglekkende kosten in zorgland. De geldstromen in het sociaal domein zijn op dit moment totaal niet overzichtelijk. En wat doet dit kabinet? Dat gaat de gelden voor het sociaal domein naar de gemeenten gewoon in de algemene uitkering stoppen. Daardoor wordt het nog onoverzichtelijker en nodig je gemeenten nog meer uit om te bezuinigen op de zorg, zodat er geld overblijft voor andere plannetjes. Zolang de decentralisatie nog niet op rolletjes loopt, zolang er nog grote problemen zijn bij de jeugdzorg, bij de ouderen en bij de ggz, vinden wij dit in elk geval een heel slecht plan. De vraag die hieruit voortkomt aan de minister is: hoe krijgen en houden we zicht op de geldstromen binnen het sociaal domein?

Natuurlijk is ook 50PLUS zich ervan bewust dat de zorgkosten blijven stijgen en dat, als het eigen risico naar beneden moet, het geld ergens anders vandaan moet komen. Dan komt preventie om de hoek kijken. Op dat gebied valt er nog veel te winnen. 50PLUS is nog steeds van mening dat ondervoeding een zodanig groot probleem is dat dit in het preventieakkoord had moeten staan. Eén op de drie ouderen die thuishulp krijgen, is ondervoed met de nare en kostbare gevolgen van dien. En dan weten we nog niks van de ouderen die geen thuiszorg hebben. Door het opknippen van de zorg is het af en toe onmogelijk om de juiste zorg bij elkaar te krijgen.

Door de sluiting van de buurthuizen en de buurtcentra de afgelopen jaren is er een tekort aan ontmoetingscentra in de wijken. "We gaan niet meer investeren in stenen maar in activiteiten" is een dom motto. Je hebt namelijk gewoon onderdak nodig, een fysieke plek in de wijk waar je elkaar kunt ontmoeten. Als je elkaar niet kent, dan zorg je ook niet voor elkaar. Op zo'n fysieke ontmoetingsplek kun je je sociale netwerk op peil houden, daar kun je misschien de wijkverpleegkundige vinden en daar kun je dagbesteding organiseren, bijvoorbeeld samen eten. Want samen eten helpt tegen twee dingen: tegen ondervoeding én tegen eenzaamheid.

In het programma één tegen eenzaamheid wordt er aandacht gevraagd voor de inrichting van de fysieke infrastructuur. Dat is veel meer dan een bankje in de straat. Is de minister het met ons eens dat de sluiting van de buurtcentra geen goed idee was? In datzelfde programma één tegen eenzaamheid wordt gezegd dat we voor de bestrijding van eenzaamheid goed opgeleide professionals nodig hebben. Dat strookt wat 50PLUS betreft niet met de tendens om de overgebleven buurtcentra over te dragen aan vrijwilligers. De lokale bezuinigingen van de afgelopen jaren zijn ten koste gegaan van duizenden arbeidsplaatsen, onder meer van buurtregisseurs, opbouwwerkers en buurtbeheerders. Dat zijn gewoon banen, die heel goed opgevuld zouden kunnen worden, bijvoorbeeld door oudere werklozen. Maar we hebben het systeem veel te ingewikkeld gemaakt met al die schotten. Daarbij sluiten de verschillende wetten slecht op elkaar aan, met heel veel bureaucratie tot gevolg. Zorgverleners zijn nu 35% tot zelfs 50% van hun tijd kwijt aan administratieve verplichtingen. Volgens deskundigen wijst dat op een hoge ondoelmatigheid van het stelsel. Kan de minister daarop reageren?

Dan heb ik nu, voorzitter, nog een paar concrete punten. Concreet wil 50PLUS een vaccinatieprogramma voor ouderen, onder andere tegen gordelroos en pneumokokken. Elk jaar komen er tussen de 3.000 en 6.000 ouderen in het ziekenhuis terecht met een pneumokokkeninfectie. De Gezondheidsraad heeft afgelopen februari al het advies gegeven dat ouderen tussen 60 en 75 jaar een vaccinatie tegen pneumokokken zouden moeten krijgen, maar daar is geen geld voor begroot. Met een pneumokokkenvaccinatie bij ouderen kan ernstige ziektelast worden voorkomen. De minister deelt het oordeel van de Gezondheidsraad dat deze vaccinatie voor alle ouderen die daar gebruik van willen maken, in gelijke mate beschikbaar dient te zijn, "mits dit uitvoerbaar en betaalbaar is". Wanneer weten we dat? Kan de minister nu een toezegging geven dat in elk geval de pneumokokkenvaccinatie voor ouderen in het vaccinatieprogramma wordt opgenomen?

Een aantal partijen heeft het hier ook gehad over de mondzorg. Ook een slechte gebitshygiëne heeft veel gevolgen en wordt in verband gebracht met andere ernstige ziektes, zoals hart- en vaatziekten en diabetes. Maar de basismondzorg wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat de basisverzekering voor de mondzorg niet wordt vergoed, maar wel de specialistische zorg bij escalatie die daaruit voorkomt. Dat kunnen hele lelijke dingen zijn. Een infectie uit de mond kan bijvoorbeeld op de hartkleppen slaan. Ik hoef u niet te zeggen hoeveel malen duurder een operatie aan het hart is. Naar schatting is de mondgezondheid bij 300.000 ouderen matig tot slecht. Een van de belangrijkste redenen dat ouderen niet naar de tandarts gaan, is een financiële. Ouderen moeten meer gestimuleerd worden om naar de tandarts te gaan en bewust worden van het risico als ze niet gaan. 50PLUS vindt dat basismondzorg gewoon in het basispakket zou moeten zitten. Ik weet: die mondzorg in het basispakket kost 1,2 miljard per jaar, maar daarin is dus niet berekend al die specialistische zorg die niet nodig is doordat de gebitshygiëne goed op peil is. Dat moeten we dan ook eerst zeker weten.

Iedere vijf minuten komt er een 65-plusser bij de spoedeisende hulp terecht door een val. Een van de beste middelen om een val te voorkomen is ervoor zorgen dat ouderen blijven bewegen. Er zijn cursussen waarin ouderen leren hoe ze moeten vallen, maar daar moet veel meer op worden ingezet. En dat zou nou ook heel goed georganiseerd kunnen worden, bijvoorbeeld in dat buurtcentrum. Een andere oorzaak van vallen is medicatiegebruik. Veel ouderen gebruiken chronisch meerdere medicijnen tegelijk, die tegen elkaar in kunnen werken. Dit veroorzaakt duizeligheid, vallen en ziekenhuisopname. Ook een jaarlijkse medicatiebeoordeling zou onder preventie moeten vallen. Huisartsen, apothekers en ouderen zouden zich daar meer bewust van moeten zijn.

Voorzitter, ik ga afsluiten. Dan heb ik nog wat minuten over. Ik vind het jammer dat mevrouw Agema er niet is, want ik wil graag aandacht vragen voor bacteriofagen. Ik weet dat de minister zich sterk inzet voor het steeds groter wordende probleem van de antibioticaresistentie. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie maakt zich hier grote zorgen over. Het Erasmusziekenhuis is nu bezig om een expertisecentrum op te zetten op het gebied van bacteriofagen, en vraagt hiervoor de steun van de Kamer maar ook van de regering. 50PLUS is blij met dit initiatief en vraagt de minister dan ook of zij op uw steun kunnen rekenen.

Dank u wel, voorzitter. Tot zover.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Sazias. Volgens mij is mevrouw Agema er nog, want ik zie haar spullen liggen. Zij komt dus zo terug.

De heer Van der Staaij namens de SGP.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Mevrouw de voorzitter. Als je in de zorg werkt en nog puf hebt om het een en ander van dit debat te volgen, dan zou je kunnen denken: waarom hoor ik zo weinig over dat enorme personeelstekort dat op ons afkomt in de zorg? Waarom hoor ik zo weinig over de werkdruk die zo ontzettend groot is? Zo gaat dat soms. Het antwoord is betrekkelijk eenvoudig, maar je moet het wel even weten: omdat er vorige week een heel groot debat juist over dit hele belangrijke onderwerp is geweest. Daarin is door vrijwel alle partijen gezegd: het is wel een ongelooflijk grote prioriteit. Dat wil ik toch ook vandaag nog even genoemd hebben.

**De voorzitter:**

Tot 1.30 uur 's nachts.

**De heer Van der Staaij (SGP):**

Tot 1.30 uur 's nachts, jazeker. In dat verband wil ik op een punt terugkomen om het te onderstrepen. In dat debat had ik het over de herregistratie van verpleegkundigen, verzorgenden et cetera, wat soms ook een drempel voor herintreders is. Daarop vroeg de minister om een voorbeeld als ik dat zou tegenkomen. Vandaag kreeg ik een mail waarin iemand schrijft: opnieuw gaan studeren op oudere leeftijd, examens afleggen, een theoretisch examen afleggen terwijl het een praktisch vak betreft, de kosten van de examens; dit werkt allemaal niet mee om mij weer terug in de gezondheidszorg te krijgen; is er geen andere mogelijkheid, via een inwerktraject via de nieuwe werkgever? Ik wil die vraag nogmaals terugleggen bij het kabinet.

Voorzitter. Vandaag is ook gezegd: laten we alsjeblieft niet allerlei systeemdialoog voeren, maar gewoon praktische knelpunten oplossen. Dat spreekt ons als SGP aan, maar dat moeten die knelpunten wel echt binnen het systeem opgelost kunnen worden. Wij beginnen wel een beetje moedeloos te worden op bepaalde punten die zo hardnekkig terugkomen. Dat zit nog weleens vast op de rol van de zorgverzekeraars. De Kamer vroeg vorig jaar bij motie geen budgetplafonds meer te hanteren bij zorginkoop voor palliatief terminale zorg, zodat mensen altijd kunnen overlijden op de plaats waar zij dat wensen. Daarover bestond grote eensgezindheid tussen de regering en de Kamer. Maar toch horen we steeds weer dat er bedden leegstaan, maar niet gevuld kunnen worden omdat een verzekeraar niet te bewegen is budget beschikbaar te stellen. Ook in de wijkverpleging, in de ggz en bij ziekenhuizen zorgen rigide budgetplafonds soms voor situaties waarin de keuzevrijheid van de burger in de knel komt. Welke effectieve maatregelen willen de bewindslieden nemen om ervoor te zorgen dat ook die zorgverzekeraars zich wel richten naar die politieke keuzes, die hier soms heel duidelijk eensgezind en conse-

quent gemaakt worden? Of anders moet dat systeem misschien toch maar een klein beetje aangepast worden, als het allemaal niet helpt.

Voorzitter. De afgelopen maanden hebben we als fractie contact gehad met diverse wanhopige ouders van jongeren met autisme die zeer intensieve begeleiding nodig hebben, maar daarvoor in geen enkele "normale" zorginstelling terecht kunnen. Een van die jongens zit nu zelfs al bijna een jaar in een gesloten jeugdzorginstelling, omdat ook de laatste zorgaanbieder waar de jongen heel, heel misschien terecht zou kunnen hem uiteindelijk toch niet zag zitten. Van instellingen hoor ik dat de vergoeding niet toereikend is, dat de gevraagde expertise niet beschikbaar is en dat de wettelijke kaders soms in de weg staan. Dat zijn problemen in de gehandicaptenzorg en de ggz, maar ook in de jeugdzorg. Mijn vraag aan de bewindslieden is daarom of ze willen onderzoeken hoe de zorg voor deze kinderen, die in geen enkel hokje lijken te passen, nu het beste georganiseerd en bekostigd kan worden, hoe ervoor gezorgd kan worden dat zorgaanbieders deze jongeren een kans gaan bieden. Daarop graag een concrete reactie.

Voorzitter. Vorige week verscheen een indringend opinieartikel van Berna van Baarsen, jarenlang lid van een toetsingscommissie in het kader van euthanasie, waarin ze scherp de vinger legt bij de toetsingspraktijk van euthanasie. Ik citeer: "Juridische argumenten zijn steeds zwaarder gaan wegen, terwijl de morele vraag of goed is gedaan door dood te maken steeds meer ondergesneeuwd raakt. Dat is des te zorgwekkender omdat discussies en besluitvorming onvoldoende transparant zijn, waardoor verschuivingen in de oordeelsvorming en interpretaties van de wet onherleikbaar zijn." Kortom, dit was ook weer een noodkreet van iemand die tien jaar lang als ethicus in een toetsingscommissie heeft gezeten en weet waar ze over spreekt. Zij zegt uit eigen ervaring: het is echt ondoorzichtig en ongrijpbaar. Vindt de minister dit met de SGP een zorgelijke situatie? En is hij bereid om ook maatregelen te nemen om de toetsingspraktijk inzichtelijker te maken, bijvoorbeeld door bij commissievergaderingen te laten notuleren, externe controle op oordelen mogelijk te maken en alle oordelen van de regionale toetsingscommissie euthanasie te laten publiceren? Dat waren in ieder geval concrete suggesties die deze ethicus deed.

Voorzitter. In het kader van de wat meer ethisch getinte onderwerpen wil ik het ook hebben over het onderwerp Siriz, waar in interruptiedebatjes ook al het een en ander over naar voren gekomen is. Ik heb al aangegeven dat wij het echt beschouwen als een hetze die aan de gang is tegen Siriz, een organisatie die zich met hart en ziel inzet om ongewenst zwangere vrouwen in nood te helpen. Uit onderzoek blijkt ook dat de tevredenheid van de vrouwen die hulp hebben gekregen hoog is, maar dat abortusactivisten, soms vermomd in doktersjas, Siriz op alle mogelijke manieren in een kwaad daglicht proberen te stellen. Ik roep de staatssecretaris dan ook op om zijn rug recht te houden. Ik heb twee concrete vragen. Garandeert hij dat het verplicht informeren over alternatieven voor abortus, zoals vastgelegd is in artikel 5 van de Wet afbreking zwangerschap, onderdeel gaat uitmaken van de kwaliteitseisen die hij gaat opstellen voor keuzegesprekken, en dat alleen organisaties die zich daaraan houden in aanmerking komen voor financiering? Want het verrast ons dat dat ondanks het duidelijke wettelijke kader in de praktijk lang niet altijd gebeurt. En gaat hij ervoor zorgen dat de inspectie op deze wettelijke

eis toezicht gaat houden bij iedere organisatie die keuzegeprekken voert, zowel bij abortusklinieken als bij gespecialiseerde keuzehulpverleners?

Voorzitter. Het zal je maar gebeuren. Iemand kijkt in de kinderwagen en vraagt geschrokken aan de vader of moeder: zo'n kind, dat hoef je toch niet meer geboren te laten worden? Dat is helaas geen fictief voorbeeld, want dergelijke negatieve beeldvorming over mensen met een beperking komt vaak voor. Internetfora staan er vol mee. Opiniesmakers in de krant nemen geen blad voor de mond. Wij horen regelmatig van ouders van kinderen met een beperking dat ze hier regelmatig mee geconfronteerd worden. Ik heb ook steeds gemerkt dat daar in de discussies in de Kamer, ook door bewindslieden van welke kleur dan ook, altijd afstand van wordt genomen. Men zegt: nee, dat willen we niet; dat is ook absoluut niet de bedoeling van prenatale screening en dergelijke. Ondertussen is dit wel waar die ouders in de samenleving tegen aanlopen. Dat heeft soms ook te maken met de beeldvorming over het leven met een beperking, die vaak helemaal niet spoot met de praktijk. Mijn vraag aan de minister is dus ook hoe kan worden bijgedragen aan een positieve campagne over het leven met beperkingen, waarmee onterechte negatieve beeldvorming een halt toegeroepen wordt.

Voorzitter. Ik kom op een laatste punt: het preventiebeleid, ook voor een gezonde levensstijl. Ik hoor heel veel over een strijd tegen roken en tabak. Prima, een goede zaak. Maar waarom hoor ik de staatssecretaris en andere bewindslieden veel minder over de schadelijke gevolgen van drugs? Neem alleen al partydrugs. Die zijn in onze samenleving steeds populairder geworden, zonder dat er overtuigend tegen opgetreden wordt. Intussen nemen overlast en criminaliteit enorm toe. Is het kabinet bereid om steviger de strijd aan te binden tegen partydrugs als ecstasy, amfetamine en cocaïne, zowel als het gaat om voorlichting als om daadwerkelijk optreden tegen die partydrugs? En erkent de staatssecretaris dat de plannen die nu in de maak zijn rond de gelegaliseerde toevoer van drugs naar coffeeshops, kunnen bijdragen aan normalisering van drugsgebruik? Wat wordt gedaan om juist dat beeld van "het is allemaal wel normaal" te voorkomen?

Voorzitter, met die vraag wilde ik afsluiten.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Ik geef tot slot het woord aan de heer Kuzu namens DENK.

□

**De heer Kuzu (DENK):**

Voorzitter, ik dank u vriendelijk. Het moet mij van het hart: ook al gebeurt het elk jaar weer en raken we eraan gewend, toch blijft het een schande dat de kosten voor de zorg voor de mensen ook dit jaar stijgen. De zorgverzekeringspremie stijgt dit jaar met €124 en gaat in 2019 naar €1.432 per jaar. En het vervloekte eigen risico blijft bij het torenhoge bedrag van €385. Voor een gezin tellen deze bedragen dubbel. Dan vragen wij ons het volgende af. Dit kabinet heeft mooie praatjes over de betaalbaarheid van de zorg voor iedereen en pronkt ermee dat we de beste zorg in Europa hebben. Maar wordt dat ook zo ervaren door de mensen die maan-

delijks een envelop in de brievenbus krijgen met de factuur van de zorgverzekeraar?

Voorzitter. Er is te veel marktdenken in de zorg. De zorg is geen markt waarin een perfect evenwicht bestaat tussen vraag en aanbod. Toch zit het in de genen van deze bewindspersonen om de zorg te benaderen als een markt, waarin met name de zorgverzekeraars vrij spel hebben om torenhoge winsten te maken. Hoe rechtvaardig is het als mensen maandelijks de zorgverzekeringspremie moeten ophoesten en vervolgens in het nieuws zien dat de zorgverzekeraars opeens flinke winsten, miljoenenwinsten, miljardenwinsten hebben gemaakt? Voelt dit niet wrang, vraag ik aan de minister. Hoeveel moet de samenleving nog bijdragen aan de winsten van de zorgverzekeraars? En hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat het extra geld dat dit kabinet vrijmaakt, ook echt wordt gebruikt voor de zorg en niet terecht komt op de jaarrekening van de zorgverzekeraars als winst uit resultaat?

Voorzitter. In de vorige regeerperiode is er een debat geweest over het verbod op het uitkeren van winst door zorgverzekeraars. Ook al wilde de VVD dit heel graag, gelukkig hield een meerderheid in de Kamer dit bizarre idee tegen. De vraag is echter wel gerechtvaardigd wat er dan gebeurt met de winsten van zorgverzekeraars. Vindt de minister niet dat we dit geld gewoon moeten teruggeven aan de mensen die dat geld zuur verdienen?

Voorzitter. Ik werp een blik terug in de tijd. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 was er het ijdele geloof dat meer marktwerking in de zorg leidt tot meer concurrentie en een daling van prijzen. En de kwaliteit zou ook verbeteren. Marktwerking zou de zorg goedkoper en beter maken. Maar die belofte is nooit waargemaakt. Wat gebeurde er wel in de tussentijd? In werkelijkheid werd heel zorgaanbiedend Nederland gecontracteerd en in een keurslijf gedrukt. Er zou worden gekeken naar de prijs-kwaliteitverhouding, maar de zorgverzekeraars hebben dat niet of onvoldoende gedaan. Zij hebben onvoldoende geïnvesteerd in kennis en kunde om zorgaanbieders goed te kunnen beoordelen. Zorgverzekeraars hebben ook geen enkel belang om dat goed in de gaten te houden. Waarom heeft deze situatie met niet-functionerende zorgverzekeraars al zolang kunnen voortwoekeren? Dat komt omdat de premiebetaler toch wel betaalt. De zorgverzekering is namelijk verplicht en de keuze is beperkt. En elke keer wanneer er een discussie moet worden gevoerd over het systeem, wordt die platgeslagen doordat we geen systeemdissussie hebben. Twaalf jaar na de Zorgverzekeringswet zijn we echt wel toe aan het vernieuwen van het zorgsysteem. Het platslaan van een discussie helpt daar niet bij.

Voorzitter. In de afgelopen jaren is het ook erger geworden. Hoewel er vele labels zijn, zijn er eigenlijk nog maar vier grote zorgverzekeraars over. Er is dus een zorgoligopolie, een marktform met een beperkt aantal partijen die samen de markt kunnen verdelen. De Schiedamse zorgverzekeraar DSW bepaalt eigenlijk altijd in september de zorgpremie en de anderen volgen dan dit voorbeeld. Dit is eigenlijk een stilzwijgende prijsafpraak van een stilzwijgend kartel. Ik wil de minister dan ook vragen of hij de Autoriteit Consument & Markt wil vragen om onderzoek te doen naar de strijdigheid met het kartelverbod in de Mededingingswet. Graag een reactie. De ACM heeft de afgelopen jaren de focus gelegd op fusies tussen ziekenhuizen, maar zij had beter kunnen kijken naar de overnames en fusies tussen



zorgverzekeraars. Is de minister het met DENK eens dat Nederlanders worden gegijzeld door een zorgverzekeringskartel? Dan rest ook de vraag hoe we dit kartel kunnen openbreken. Graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Het is ronduit schofterig hoeveel winst de zorgverzekeraars hebben gemaakt over de ruggen van mensen, maar we hebben nog een sector in deze branche, die er ook wat van kan. Dat zijn de farmaceuten, Big Pharma. Zij maken samen jaarlijks 1 miljard euro winst, om nog maar te zwijgen over de hoge salarissen en de bonussen. Dan vraag ik me af: botst het patentrecht niet met het recht op gezondheid? Want de productiekosten van nieuwe medicijnen zijn geheim, maar de winstmarges zijn wel openbaar en die breken keer op keer nieuwe records. Big Pharma heeft de prijsbepaling van nieuwe medicijnen stevig in handen en de instituten die hier onderzoek naar doen, worden te vaak zelf door de industrie betaald. Maar het meest kwalijke is nog dat de cijfers niet openbaar worden gemaakt en daarom niet gecontroleerd kunnen worden. Wij worden dus gedwongen om de farmaceutische industrie op haar blauwe ogen te geloven. Het is schandalig dat farmaceuten alle ruimte krijgen om hun onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverleners en patiënten te misbruiken. Hoe hoog mag de winst zijn van een bedrijf dat helpt levens te redden of de levenskwaliteit te verbeteren? Wat is maatschappelijk verantwoord, zo vraag ik aan de minister. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat er in geen enkele andere sector zulke hoge winstmarges worden behaald. Daarom pleiten wij voor inzage in de kosten en opbrengsten van farmabedrijven. De financiële arrangementen worden afgesloten; geen geheime deals meer die niet te controleren zijn.

Voorzitter. Ik ga door met het eigen risico. Waar het eigen risico tien jaar geleden nog €150 per persoon was, is het sinds de invoering inmiddels opgelopen tot €385 per persoon. Het is een enorme ergernis voor veel mensen die zorg nodig hebben, want er zijn ook sterke aanwijzingen dat het hoge eigen risico leidt tot zorgmijden. Mensen durven niet meer naar het ziekenhuis te gaan en stellen een behandeling zo lang mogelijk uit. Hun klachten worden hierdoor erger en daarmee worden de kosten voor de maatschappij op den duur alleen maar hoger. Dat kan niet meer verder zo. Het is onze morele plicht om te allen tijde te voorkomen dat mensen zorg gaan mijden. De zorg moet niet meer worden gezien als een kostenpost, maar als een opbrengst. Het eigen risico moet daarom wat DENK betreft direct afgeschaft worden. De kosten hiervan worden geraamd op 3,8 miljard euro. Dat is een flink bedrag, dat wij kunnen ophoesten door het huidige stelsel met vier belastingschijven op basis van de tarieven die in 2017 golden, te handhaven. Dat betekent dus dat er moet worden afgezien van het invoeren van het tweeschijvenstelsel in box 1. Op dit punt bereiden wij een amendement voor.

Voorzitter. Al lange tijd maakt DENK een punt van cultuursensitiviteit in de zorg, het rekening houden met de wensen en de eisen van mensen in dit land. Ik weet dat deze minister daar, in tegenstelling tot de vorige staatssecretaris, niet zo'n fan van is, aangezien hij de motie die wij vorig jaar hebben ingediend al heeft ontraden. Daarom doen wij twee andere voorstellen. Wat zou kunnen helpen, is mantelzorg een impuls geven. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door langdurige mantelzorgers een gedeeltelijke vrijstelling te geven op de schenk- en erfbelasting. Graag een reactie van de minister. Wat ook kan, is een verhoging van de vrijwilligers-

vrijstelling van €1.700 per jaar voor mantelzorgers. Ik vraag de minister of hij daarvoor voelt.

Voorzitter, een laatste punt: taalbarrières in de zorg. Vanaf 2012 worden kosten voor professionele tolken in de gezondheidszorg niet meer vergoed. Patiënten moeten Nederlands leren, was minister Schippers van mening. Hoewel DENK het ermee eens is dat die taalbarrière er eigenlijk niet zou moeten zijn, realiseren wij ons dat zorgverleners in de praktijk wel tegen dit probleem aanlopen. Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg in opdracht van de KNMG bleek dat er drie keer meer professionele tolken nodig zijn dan in de praktijk worden ingezet. Genoeg reden voor DENK om voor een tolkenvergoeding te pleiten. Ik vraag de minister of hij hiervoor voelt.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Kuzu. Hiermee zijn we aan het eind gekomen van de eerste termijn van de Kamer.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

**De voorzitter:**

Als het goed is zal het kabinet morgen antwoorden. Voor dit moment dank ik iedereen en sluit ik de vergadering. Uiteraard felicitaties voor mevrouw Akerboom!