

Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2017 (34550-XVI).**

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De beraadslaging wordt hervat.



Minister Schippers:

Voorzitter. Ik dank de leden voor de inbreng in de eerste termijn. De heer Van Rooijen is zeer ingevoerd in de totstandkoming en de achtergrond van de inkomensafhankelijke bijdrage. Dat wist ik al en dat hebben we ook vorig jaar gemerkt. Toen hadden we daar namelijk de eerste gedachteswisseling over. Hij refereerde daar ook aan. Die gedachteswisseling heb ik dit jaar ook met de fractie in de Tweede Kamer gehad.

De heer Van Rooijen stelt eigenlijk wederom dat 50PLUS het er niet mee eens is dat de inkomensafhankelijke bijdrage een knop is waarmee je aan de koopkracht kunt draaien. Ik zeg het maar even huiselijk. Dat is het in de praktijk echter wel, net als de zorgtoeslag. Als de kosten hier meevallen en daar tegenvallen, wordt toch naar het hele pallet gekeken om te bepalen waar wij mensen moeten compenseren en waar we dat niet moeten doen. Daar zijn allerlei mogelijkheden voor.

De Kamer heeft het debat over het inkomensbeleid richting ouderen ook met de heer Wiebes gevoerd. Het lijkt mij niet handig om dat hier over te doen. De heer Van Rooijen bestrijdt eigenlijk de functie van de bijdrage. Ik kan daar weinig aan doen. Die is nu zoals ze is. Als de heer Van Rooijen vindt dat er waarborgen moeten worden gesteld en dat de inkomensafhankelijke bijdrage niet verhoogd of verlaagd mag worden om koopkrachtdoeleinden, dan zou hij dat moeten vastleggen in een initiatiefwetsvoorstel. Wij maken dat wetsvoorstel namelijk niet.

De heer Van Rooijen (50PLUS):

Er zijn eigenlijk twee kanten: een inhoudelijke en procedurele. Ik doelde met name op de procedurele kant. Gezien het democratische gehalte van een ministeriële regeling over eventuele verhoging van het laagste tarief met 1%, wat een budgettaire gevolg heeft van 600 miljoen, vroeg ik me af of je daarbij nog kunt zeggen: net als bij de zorgtoeslag moet je toch aan knopjes kunnen draaien om het in evenwicht te brengen.

Het andere aspect is het inhoudelijke, maar daar kom ik in tweede termijn eventueel nog op terug. Vanwege de beperkte tijd die ik mezelf had toegemeten heb ik niet verwezen naar het kaartspel aan het begin van de kabinetsformatie. Buiten de minister om werd door enkele toch niet

zo grote deskundigen aan een grote knop gedraaid door de invoering van een inkomensafhankelijke zorgpremie, alsof die er nog niet was. De minister van Volksgezondheid zal mijn verbazing daarover nu delen, al had zij die toen ook al. Die inkomensafhankelijke zorgpremie was er al. Gelukkig sneefden die anderen binnen vier dagen. De heer Wiegels en ik hebben daar allebei nog een steentje aan bijgedragen. Ik kom daar in de tweede termijn op terug.

Ten principale zijn zorgpremies er niet voor om inkomensbeleid te voeren. Daar hebben we het belastingbeleid voor. Mogelijk kom ik daar aan de andere kant van dit huis op terug. Vorige week hebben we nog gezien dat dit tamelijk chaotisch en heel moeilijk is.

Minister Schippers:

Ik ben het helemaal met de heer Van Rooijen eens dat de inkomensafhankelijke premie er allang is. Ik was ook niet heel treurig over de verandering van die plannen, want we hebben natuurlijk een zorgtoeslag. Aan de ene kant wordt de nominale premie door de zorgtoeslag eigenlijk inkomensafhankelijk. Aan de andere kant hebben we een inkomensafhankelijke bijdrage. De zorg wordt dus inkomensafhankelijk betaald. Daar zijn we het over eens.

Wij hebben ook gezegd dat we niet voornemens zijn om het lage of hoge tarief te verkleinen. Ik zeg alleen dat bij de jaarlijkse koopkracht- en lastenbesluitvorming ook naar dit soort variabelen wordt gekeken. Dat is gewoon een fact of life. Het is zoals het nu gaat. Als de heer Van Rooijen vindt dat we dat anders zouden moeten regelen, zal hij dat anders moeten regelen. Dit debat hebben we vorig jaar ook gevoerd. Ik probeer daarom ook om het een beetje samen te vatten. Ik heb vorig jaar al gezegd dat ik geen voornemens heb om hiervoor zelf een wetsvoorstel in te dienen.

De heer Van Rooijen (50PLUS):

Met dat laatste ben ik blij. Ik wil me aansluiten bij collega's die hun erkentelijkheid hebben betuigd voor de grote inzet van zowel de minister als de staatssecretaris. Wat je ook van de beleidsinhoud mag vinden, ik heb daar heel grote waardering voor. Het is geen sinecure om vier jaar lang deze twee portefeuilles te beheersen.

Het gaat mij erom of de minister mijn gevoel kan delen dat vorig jaar aan de orde was. Terwijl er 5 miljard belastingverlichting voor werkenden kwam en een eenmalige verhoging van de ouderenkorting, was er een structurele lastenverzwaring van een paar honderd euro. Daar stond dus een eenmalige verhoging van de ouderenkorting tegenover. Eigenlijk werd daarmee duidelijk via de zorgpremie aan de inkomensknop gedraaid. Die is daar niet voor. Als er iets aan de inkomensverhouding wordt gedaan, is dat aan de staatssecretaris van Financiën en niet aan de minister van Volksgezondheid, zo herinner ik me ook uit een verder verleden.

Minister Schippers:

Dat klopt. Daarom worden koopkrachtdebatten altijd gevoerd met de minister van Sociale Zaken, ofwel met de staatssecretaris van Financiën als hij het belastingplan indient.

Het RIVM heeft vanmorgen op mijn verzoek een rapport uitgebracht over het kunstgras. Dat is naar de Tweede Kamer gezonden. Ik zal ook een afschrift naar de Eerste Kamer zenden. Ik heb vanmorgen in mijn aanbiedingsbrief aan de Tweede Kamer aangegeven dat wij deze week reageren. Ik zal ervoor zorgen dat de Eerste Kamer mijn reactie en het rapport over het kunstgrasonderzoek krijgt.

Ik kan niet anders dan constateren dat er in deze kabinetsperiode ontzettend veel onderzoek is gedaan naar benutting en effecten van het eigen risico. Ik noem de belangrijkste en ben dan helemaal niet volledig. Het belangrijkste is het onderzoek door Intomart in 2013 onder verzekerden naar de redenen voor het mijden van zorg. Vektis deed zowel in 2014 als in 2015 onderzoek naar het feitelijke zorggebruik in de eerste en tweede lijn na de verhoging van het eigen risico in 2013. Eind 2015 heeft NIVEL een intensief onderzoek afgerond naar zorgmijding vanwege het eigen risico, in samenwerking met de Consumentenbond, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de zorgverzekeraars. De toegevoegde waarde van dit onderzoek is dat het enquêteresultaten combineert met inzicht in feitelijke gedragingen, zoals het aantal huisartsenbezoeken en afgehaalde medicijnen. Die waren daarvoor nooit naast elkaar gelegd. Twee maanden geleden nog heeft Vektis laten zien wat de benutting van het eigen risico is en hebben we inzicht geboden in de verschillende compensatiemaatregelen door gemeenten. De heer Van Rooijen vond dat een vluchtige quickscan. Dat was het ook, maar dat hadden we de Kamer ook toegezegd. Anders konden we dat niet voor elkaar krijgen. De achtergrond van die scan was dat gemeenten op veel verschillende wijzen compenserende maatregelen hebben genomen. Daar hebben we aan de Kamer een overzicht van gegeven.

De diverse onderzoeken naar de effecten van de eigen bijdrage in de Wmo en de Wet langdurige zorg laat ik dan nog buiten beschouwing. Hetzelfde geldt voor onderzoek door verschillende internationale organisaties. Ook mijn voorgangers hebben verschillende onderzoeken laten verrichten. Denk bijvoorbeeld aan het systeem van de no-claim. Kortom, we weten echt ontzettend veel. Het algemene beeld is dat er zorgmijding plaatsvindt en dat dit om verschillende redenen gebeurt. In het brede NIVEL-onderzoek gaf 15% aan in het voorgaande jaar te hebben afgezien van huisartsenbezoek. Een vijfde had dit gedaan vanwege eventuele vervolgcosten of omdat men niet wist dat de huisarts buiten het eigen risico valt. Dat is 3% van de verzekerden. De anderen gaven bijvoorbeeld aan dat zij niet van pillen slikken hielden, dat de kwaal vanzelf over zou gaan of dat zij geen tijd hadden. De argumentatie voor waarom men het niet deed, loopt enorm uiteen. Het percentage van 3 is vergelijkbaar met onderzoek uit 2009 en 2012.

Ook uit de declaratiedata komen geen aanwijzingen naar voren voor een toename van het mijden van huisartsenzorg. Op basis van de declaratiedata stelt NIVEL ook dat er geen aanwijzingen zijn dat patiënten uit achterstandswijken in de loop der tijd vaker hebben afgezien van huisartsenzorg dan andere patiënten. Er is geen aanwijzing dat de ontwikkeling van het mijden van zorg verschilt tussen groepen uit wijken met een verschillende sociaal-economische status.

We weten dus dat zorgmijding redelijk constant is in de tijd, ondanks de verhoging van het eigen risico. Dat is ook niet zo vreemd als je bedenkt dat de verhoging van het eigen

risico gepaard is gegaan met een verhoging van de zorgtoeslag. De zorgtoeslag op het minimumniveau bedraagt nu €1.066 voor een alleenstaande. Dat bedrag is nog nooit zo hoog geweest. Heel veel mensen hebben heimwee naar het ziekenfonds, want dat vond men altijd heel solidair, maar iemand met een minimuminkomen is nu beter af. Betaalde hij in 2005 bijna €550 aan premie en no-claim, nu betaalt hij gemiddeld €460 aan premie. Dat is €90 minder, dus het eigen risico min de zorgtoeslag.

Hiervoor krijgt iemand veel meer waar voor zijn geld. Het pakket is aanzienlijk uitgebreid, met veel nieuwe medicijnen en nieuwe behandelingen. Wijkverpleging en geestelijke gezondheidszorg zijn onderdeel van de Zorgverzekeringswet geworden. De Zorgverzekeringswet is dus heel solidair. Ik heb het dan nog niet eens over het feit dat alle risico's worden gedeeld, dat we bijna geen onverzekerden meer hebben en dat rijk en arm dezelfde behandeling van dezelfde dokter in hetzelfde ziekenhuis krijgen.

Weten we nu alles? Nee, dat is ook niet zo. Bijna elk onderzoek kent beperkingen, ook het NIVEL-onderzoek. Bepaalde kwetsbare groepen ontbreken in vragenlijstonderzoek, waardoor de zorgmijding mogelijk onderschat wordt, stelt NIVEL. Het gaat niet om een grote, maar wel om een specifieke en lastig af te bakenen groep, die geen grip op het eigen leven kan krijgen. Aan deze groep besteden we overigens heel veel aandacht in onze aanpak van verwarde personen, want ook zij moeten verzekerd zijn van zorg.

NIVEL wijst ook op een aantal vragen die nader bekeken zouden kunnen worden, bijvoorbeeld hoe het komt dat mensen hun medicijnen niet ophalen of dat zij met de verwijsbrief van de huisarts niet naar de specialist gaan. Daar weten we weinig van. We kunnen leren uit de praktijk. We zijn in gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging om te bekijken wat huisartsen weten en wat zij kunnen doen. Daar gaat het over: in de praktijk moeten maatregelen worden genomen op basis van wat we weten, want onderzoek doen is geen doel op zich.

Ik denk ook dat heel veel partijen hun mind hebben opge maakt over het eigen risico. Ik heb dat in de verschillende verkiezingsprogramma's gelezen. Ik denk niet dat extra onderzoek partijen die voor of tegen het eigen risico zijn van gedachte doet veranderen. De partijen hebben hun standpunten allang ingenomen. We hebben een heel onderzoekstraject naar zorgmijding achter de rug. Ik denk dat het veel nuttiger is om onderzoek te doen naar andere dingen, zoals gepast gebruik van zorg. Hoe kan de arts veel beter een poortwachter zijn in dit systeem, op zorginhoudelijke gronden? Hoe kunnen we de risicoverevening nog verder versterken en verbeteren?

Ik vind in de discussie echt ontbreken dat de kosten die met het eigen risico worden gedekt, nog steeds moeten worden betaald als je het eigen risico afschaft. Als je het eigen risico van €385 afschaft, weten we dat de premie met €284 omhooggaat, namelijk €22 voor een inkomensafhankelijke bijdrage en een stijging van de nominale premie met de rest, dus €262. Die zorg moet ergens van betaald worden. Dat is het eerlijke verhaal, want er zijn weinig eenvoudige keuzes. Uiteindelijk moet die zorg betaald worden. Het remeffect is er dan ook wel mee weg.

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):

Het is waar dat er her en der, wellicht voorlopig, standpunten zijn ingenomen, ook met het oog op de komende jaren. Maar nadenken kan nooit kwaad, ook niet op dit moment. De minister zegt dat geen eigen risico grote consequenties heeft, maar is het ook denkbaar dat het eigen risico anders wordt toegepast? Voor een eerste behandeling zou je bijvoorbeeld niet het hele eigen risico gelijk op je bord kunnen krijgen maar een portie. Daardoor zet iemand misschien wel de eerste stap in het eerste kwartaal als hij zorg nodig heeft. Ik geloof dat zo'n systeem in België al bestaat. Kan de minister daar in tweede termijn even op terugkomen?

Minister **Schippers**:

Dat kan ik nu al, want ook daar is ruim onderzoek naar gedaan. Ik weet uit mijn verleden toevallig dat er binnen politieke partijen weleens ideeën ontstaan om het eigen risico anders in te vullen. Dit is zo'n idee. Eigen risico is iets heel Nederlands. In veel andere landen betaalt men vaak zelf een deel van de ziekenhuisrekening. Dan ben je niet in één keer door je eigen risico heen, maar betaal je iedere keer dat je naar de dokter gaat een deeltje van het eigen risico. Het nadeel daarvan is dat het plafond, bij dezelfde kostendekking, erg omhoog moet om hetzelfde bedrag op te halen. Dan gaan chronisch zieken over het algemeen meer betalen. Stel dat een jongere zijn been breekt. Bij een gelijk plafond, bijvoorbeeld zoals nu op €385, is hij zijn eigen risico in één keer kwijt. Als hij straks maar — ik zeg maar wat — €50 kwijt is, dan maakt hij, als gezond mens, het eigen risico niet meer vol. Dat moet dan opgebracht worden door de mensen die veel gebruikmaken van zorg. Al deze varianten zijn — kijk maar eens in Zorgkeuzes in Kaart — voor allerlei verkiezingsprogramma's vaak al doorgerekend. Voor mijn partij is bijvoorbeeld een vorige keer een eigen risico gecombineerd met eigen betalingen doorgerekend.

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):

De minister sprak ook over bijzondere groepen. Zij had het bijvoorbeeld over verwarde personen. Ik ken de ggz goed, omdat ik anderhalf jaar voorzitter ben geweest van GGZ Westelijk Noord-Brabant. Ik herinner mij daarvan dat met name de eerste stap vaak moeilijk is. Patiënten in de ggz, die toch al met psychische problemen zitten, vinden het bijvoorbeeld heel moeilijk om te begrijpen dat ze zware, dure medicijnen de eerste keren helemaal zelf moeten betalen. Dan willen ze die medicijnen niet.

Minister **Schippers**:

Daar zijn verschillende oplossingen voor bedacht. Ten eerste maken alle verzekeraars gespreid betalen van het eigen risico mogelijk. Iemand betaalt dan dus niet in één keer die €385 maar doet dat maandelijks. Ten tweede is het eigen risico heel vaak meeverzekerd in de collectiviteiten waarmee juist de minima door gemeenten worden verzekerd. Dat is geen uitzondering: heel veel gemeenten verzekeren het eigen risico mee. Dan is er dus geen drempel voor de laagste inkomens. Overigens zien we dat ook de tandarts heel vaak wordt meeverzekerd, maar daar kom ik zo op terug. Ik denk dus echt dat wij heel veel onderzoek hebben gedaan. Je kunt van mening verschillen over of het eigen risico nuttig is, of we de premie moeten verhogen met €284, of we het eigen risico op €385 moeten houden of dat we het nog anders moeten doen via belastingen. Daar kun je

allerlei dingen op verzinnen, maar ik denk niet dat nieuwe onderzoeken daaraan bijdragen.

22% van de mensen mijdt de tandarts. Is dat een individueel of een maatschappelijk probleem? De tandarts is in 1995 uit het ziekenfondspakket gehaald op basis van advies van de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en een voorstel van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Als je tandartszorg nu in het basispakket terug zou willen, kost dat 2 miljard euro, zo stelt het CPB. In de praktijk zien we dat 80% van de Nederlanders een aanvullende verzekering heeft. Voor de laagste inkomens dekken gemeenten in hun collectieve verzekeringen de tandartskosten af. Het lijkt dan wel alsof iedereen de tandarts zelf moet betalen, maar voor de laagste inkomens wordt die zorg dus vaak afgedekt. Het grootste gedeelte van de mensen heeft een tandartsverzekering. Ik zie ook geen dekking om die 2 miljard weer collectief te bekostigen. Dat zou betekenen dat we dat bedrag weer met elkaar gaan betalen en de rekening daardoor oploopt.

De heer **Don** (SP):

Dus het is een individueel probleem.

Minister **Schippers**:

Dat weet ik niet. Alle kosten die je maakt, maak je voor het individu. Wij hebben met elkaar collectieve regelingen gemaakt om die kosten af te dekken. Wij zien dus dat waar iemand op basis van zijn inkomen misschien minder geneigd zal zijn om zich voor die kosten bij te verzekeren, gemeenten dat in collectiviteiten afvangen.

De heer **Don** (SP):

Het minimum loopt tot 110% à 120%. Sommige gemeenten pakken 130% van het minimum om regelingen te treffen. In de quickscan is daar volgens mij over geschreven dat men vooral bij de groep van 130% en hoger een aantal knelpunten ziet. Het blijft echter een individueel probleem.

Mijn vraag was ook wanneer iets een zodanig maatschappelijk probleem wordt dat wij op de een of andere manier in beweging moeten komen. Misschien is de tandarts wel het verkeerde voorbeeld, maar ik had het zojuist ook over de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wanneer worden die verschillen een thema waarvan wij zeggen dat wij vanuit het stelsel iets moeten gaan organiseren en wanneer laten wij dit thema bij het individu liggen? De minister zegt dat de mensen zich voor de tandarts individueel kunnen laten verzekeren. Dat is ook zo. Blijkbaar ontstaat er wel een beweging dat mensen niet meer naar de tandarts gaan, om welke reden dan ook. De kosten zullen daar hoogstwaarschijnlijk een grote rol in spelen. Maar wanneer wordt dat een collectief probleem?

Minister **Schippers**:

Dat weet ik niet, want er zijn heel veel mensen niet verzekerd die het zelf betalen, omdat een verzekering voor die mensen uiteindelijk minder lucratief is. Waarom die 20% niet verzekerd is, weet ik niet. De redenen daarvoor zullen heel diffuus en verschillend zijn. Op de sociaal-economische gezondheidsverschillen komt de staatssecretaris straks nog

terug, maar ik kan alvast melden dat er op dat vlak juist ongelofelijk veel actie is geweest in de afgelopen vier jaar om die verschillen als samenleving terug te dringen, waarbij iedereen zijn eigen rol in speelt, niet alleen het individu, maar ook de hele schil rondom het individu, om het gemakkelijker te maken om gezonder te leven en die gezonde keuzes te maken.

De voorzitter:

Tot slot op dit punt, mijnheer Don.

De heer Don (SP):

Mijn laatste opmerking, voorzitter. De minister zei zojuist: "Dat weet ik niet". Ik kan mij ook voorstellen dat zij zegt: je hebt op een gegeven moment een verschijnsel en als dat groeit, wordt dat een maatschappelijk probleem. Ergens ligt er een kantelpunt, maar daar kan de minister geen duidelijk antwoord op geven. Dat begrijp ik ook wel, want dat is natuurlijk moeilijk in te schatten. Maar goed, wij gaan het zien.

Minister Schippers:

Ik betoog in feite dat de zorg voor de laagste inkomens steeds beter betaalbaar is geworden in de afgelopen tien jaar. Die zorg is €90 goedkoper geworden in vergelijking met tien jaar geleden. Ik denk dat er heel weinig dingen in de samenleving zijn waarvan wij kunnen zeggen dat ze in de afgelopen tien jaar goedkoper geworden zijn. Met elkaar hebben wij dus een heel sociaal systeem gebouwd, op basis waarvan de mensen met de breedste schouders meer lasten dragen dan de mensen met de smalle schouders. Dat is in de zorg absoluut tot in de puntjes uitgewerkt.

De heer Don vraagt zich af waarom de zorgakkoorden meer een succes waren op het vlak van de doelmatigheid en de opbrengsten dan op het vlak van de kwalitatieve afspraken. Ik denk dat de zorgakkoorden in eerste instantie gezorgd hebben voor bestuurlijke rust en financiële duidelijkheid. Toen ik aantrad, voerde ik mijn eerste gesprekken met enkele beroepsgroepen die zeer ontevreden waren over de wijze waarop het ging. Ik voerde ook gesprekken met de ziekenhuizen, die zeiden: hoe kunnen wij een ziekenhuis runnen als wij geleverd hebben wat is gecontracteerd en achteraf de minister met de pet rondkomt om alles wat overschreden is, terug te halen? Dat is ook niet de manier om een ziekenhuis te runnen. Dat is de aanleiding geweest om met elkaar aan tafel te gaan zitten. Daar zijn de hoofdlijnenakkoorden uit voortgevloeid. Die hoofdlijnenakkoorden hebben de rol van de verzekeraars als inkoper namens de verzekerde bevestigd en ondersteund. Dankzij deze akkoorden is de groei van de zorguitgaven teruggedrongen naar het niveau van de economische groei. Die gaan nu ongeveer gelijk op, wat betekent dat de zorg duurzaam betaalbaar is. Dat is geen aanleiding om achterover te leunen, want bij de eerste minister die achteroverleunt, zul je zien dat het weer uit elkaar gaat lopen. Ik vind het in elk geval een enorme prestatie van het veld, waarmee ik de hoofdlijnenakkoorden gesloten heb. Het veld heeft meer zorg geleverd voor minder geld. De mensen op de werkvloer hebben dat uiteindelijk gedaan; ik hoefde alleen maar een handtekening te zetten. Ik vind dat zij daar echt wel complimenten voor verdienen.

Overigens zie ik de tegenstelling tussen betaalbaarheid en kwaliteit niet. De kwaliteit van de zorg in Nederland is hoog. Goede kwaliteit betekent ook minder hersteloperaties, meer gepast gebruik, minder verspilling en tegengaan van fraude. Binnen de hoofdlijnenakkoorden hebben wij een heleboel afspraken gemaakt die uiteindelijk bedoeld waren om de opbrengsten te genereren die wij met elkaar moesten genereren. Dat waren ook vaak inhoudelijke gesprekken. Is dat beter te doen? Ja, ik denk dat wij dat nog beter kunnen doen. Ik wil dan ook aanraden om dat de volgende keer nog concreter en nog beter te doen. Dat de opbrengsten geen relatie houden met de inhoudelijk gemaakte afspraken, zie ik zelf echt anders. Dat hebben wij ook aangegeven bij het Rekenkamerrapport.

De voorzitter:

Mijnheer Don, kort graag op dit punt.

De heer Don (SP):

Ik zal het kort houden. Ik heb het rapport van de Rekenkamer gelezen. Ik zie ook wel de krachtsinspanning die door het veld is geleverd, in het bijzonder de opdracht om zich aan de financiële afspraken te houden. De financiële afspraken zijn onvermijdelijk; daaraan moet men zich houden. Die zijn ook vastgelegd en daar wordt men op gecorrigeerd als men zich daar niet aan houdt. Als je echter kijkt naar de inhoudelijke afspraken, dan zie je dat er drietal onderwerpen zijn besproken die nastrevenswaardig zijn. Wij zien dus een onbalans ontstaan tussen het financiële kader, dat strak geregeld en haast verplichtend is, en de inhoudelijke kant, waarvan gezegd wordt dat wij daar gezamenlijk aan gaan werken. Ik zie dat. Ik denk dat de minister eerder geneigd is om te zeggen: wij houden ons aan de financiële afspraken, en voor de kwaliteit gaan wij ons best doen. Die tegenstelling probeerde ik duidelijk te maken.

Minister Schippers:

Als je kijkt naar de wijze waarop de akkoorden tot stand zijn gekomen en naar de afspraken die daarover gemaakt zijn, dan denk ik dat er wel degelijk ook veel inzet gepleegd is op de inhoudelijke afspraken. Ik wijs op de concentratie van complexe zorg die erin staat en op de substitutie, dus meer in de eerste lijn. Wat leer ik zelf van die hoofdlijnenakkoorden? Wat zou ik zelf doen? Ik denk dat ik er meer resultaatverplichting in zou stoppen. Je kunt substitutieafspraken maken en zeggen: u moet substitueren en wij zetten daar een monitoring op, zoals wij nu gedaan hebben, want geld volgt zorg. Misschien moeten wij op een gegeven moment zeggen: wij willen dat het sneller gaat, dus de zorg zal het geld volgen. Wij halen dan gewoon dingen van het kader af en die gaan dan bijvoorbeeld naar de eerste lijn. Zie je dat in de praktijk gebeuren? Eerlijk gezegd wel. Ik kijk bijvoorbeeld naar de contracten die momenteel gesloten worden met ziekenhuizen als Bernhoven, waar over de jaren heen in meerjarencontracten een afname, echt een krimp te zien is, waar een opbouw van de zorg in de buurt tegenover staat. Dit is misschien wat moeilijk op gang gekomen, maar zeker tot stand gekomen. Kunnen wij ervan leren? Ja. Dat is eigenlijk wat de heer Don zegt. Kunnen wij daar strakker op zijn? Ja. Ik denk dat dit kan.

Dan de internationale vergelijking. Wij kunnen de beste vergelijking maken als wij het percentage van het bruto

binnenlands product nemen, omdat je dan corrigeert voor de grootte en de omvang van de economie. Binnen de OESO staan wij voor de totale zorg op de zevende plaats. Op het vlak van de curatieve zorg staan wij op de dertiende plaats qua kosten. Ik vind dat een heel mooie score. Ondanks alle verhalen dat Nederland de een-na-duurste van de wereld is en Nederland in de top van de wereld zit qua kosten, stel ik vast dat wij gewoon op de dertiende plaats staan. Dat is echt niet iets om ons voor te schamen.

Kijken wij naar de kwaliteit, dan scoren wij goed tot redelijk. Bijvoorbeeld op belangrijke indicatoren zoals de dertigdagensterfte na een hartinfarct, de uitgifte van antibiotica en de vermijdbare ziekenhuisopname, horen wij bij de besten. Ook vergelijkingen van het Commonwealth Fund en de European Health Consumer Index laten zien dat de Nederlandse zorg het echt goed doet. Overigens vind ik dat niet iets waarbij wij achterover kunnen leunen. Waar dienen deze lijstjes voor? Het is geen sportcompetitie. Ik vind die lijstjes belangrijk, want wij kunnen aan de hand van die lijstjes bekijken wat wij minder doen en op welke punten wij ervan kunnen leren. Wat zijn onze zwakke punten? Daarvoor moeten wij die onderzoeken gebruiken. Dat doen wij ook. Bijvoorbeeld op het vlak van preventie zien wij in het Commonwealth Fund dat in Nederland ten opzichte van andere landen artsen en professionals heel weinig leefstijladvies geven. Een Nederlandse arts is niet geneigd om te zeggen: gaat u eerst maar afvallen en als u afgevallen bent en nog steeds last hebt van uw maag, krijgt u een maagzuurremmer. Nederlandse artsen doen dat, als je het internationaal bekijkt, helemaal niet goed.

Het aantal infecties in Nederlandse ziekenhuizen is relatief hoog. Gelet op de babysterfte, zaten we in de staart van Europa op het gebied van de geboortezorg, maar door de enorme inspanning van al die verloskundigen, gynaecologen en huisartsen die met elkaar zijn gaan werken, zijn we van laag naar de middenmoot gegaat. Daar zie je dat die lijstjes effect hebben. We schaamden ons voor de cijfers op het gebied van babysterfte, maar de inspanningen van het veld hebben ertoe geleid dat we nu in ieder geval in de middenmoot zitten en niet meer in de staart. Het streven is nu om naar voren te komen. Daar vind ik deze lijstjes heel erg nuttig voor, maar wij hoeven ons zeker niet te schamen voor onze positie. Ik vind dat wij het heel goed doen in Nederland. Dat compliment is overigens niet voor ons bedoeld. Het is met name bedoeld voor de mensen die het werk doen.



Staatssecretaris **Van Rijn**:

Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng en de vriendelijke woorden aan ons adres over het beleid van de afgelopen vier jaar. Daar waren we het misschien niet altijd inhoudelijk over eens, maar we hebben wel geprobeerd het nodige te doen.

Naast de vriendelijke woorden die de heer Don sprak, stelde hij twee onderwerpen aan de orde. Ik denk dat het goed is om die te bespreken. De heer Don heeft gevraagd hoe het staat met de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland. Daarnaast heeft hij gevraagd om een oordeel over of een terugblik op de hervormingen.

Allereerst kom ik op de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ik denk dat het goed is om heel kernachtig te proberen te vangen hoe het staat met de feiten. De gezondheid van alle Nederlanders is in de afgelopen jaren toegenomen. Dat geldt ook voor burgers met een "lagere" sociaal-economische status, zoals dat zo lelijk heet. Ik heb nog steeds een hekel aan dat woord. Er bestaan echter nog steeds gezondheidsverschillen. De afgelopen tien jaar is het verschil in levensverwachting tussen Nederlanders met het hoogste en het laagste opleidingsniveau ongeveer zes jaar. Dat wil niet zeggen dat er geen vooruitgang is geboekt. De levensverwachting is in haar totaliteit gestegen. Die stijging geldt ook voor mensen met een lager opleidingsniveau. De levensverwachting voor vrouwen is gestegen van 77,7 jaar naar 80,2 jaar en de levensverwachting voor mannen is gestegen van 72,3 jaar naar 76,6 jaar. Je ziet dat de sociale gezondheid in Nederland voor alle groepen aan het stijgen is, maar er moet extra aandacht zijn voor de gezondheidsverschillen. Op dat punt ben ik het zeer eens met de heer Don. Tegelijkertijd moet je constateren dat die verschillen heel hardnekkig en heel complex zijn. Dat hebben we gezegd bij alle analyses, die we regelmatig met elkaar bespreken. Er is een lange adem nodig. Je moet op lange termijn investeringen doen. Er is vaak sprake van complexe problematiek. Soms gaat het daarbij om factoren als een economische crisis, om fysieke factoren of om milieufactoren. Maar ook gedrag kan een heel belangrijke oorzaak zijn van die verschillen. Er is dus niet één oplossing voor dit vraagstuk. Er zijn meerdere oplossingen. Tegelijkertijd constateer ik dat het niet alleen van de overheid of van de ouders moet komen. Je zou moeten proberen de omgeving zodanig in te richten dat de kans op die verschillen afneemt.

Vanuit de rijksoverheid worden er gezondheidsbeschermende maatregelen genomen, zoals vaccinaties en screening. Daarnaast is er milieubeleid. Er wordt ook een en ander gedaan voor een gezond voedselaanbod: minder vet en minder zout. Ook worden laagdrempelige voorzieningen in stand gehouden en tot stand gebracht. Denk aan de sociale wijkteams of projecten als Healthy Pregnancy 4 All. Samen met allerlei andere partijen wordt ervoor gezorgd dat er preventieprogramma's komen, die variëren van sportveldjes in de wijken en buurtsportcoaches tot en met het aanbod van de Gezonde School. Zo wordt er ook voor gezorgd dat er gezonde kantines komen. Vanaf 2020 is het wettelijk verboden om te roken op schoolterreinen. Kortom: zowel qua preventiebeleid in formele zin als in de projecten en programma's wordt het nodige gedaan.

Dat neemt niet weg dat de heer Don ook op het derde spoor gelijk heeft. Hij heeft gevraagd: wat zou je nog meer kunnen doen om aandacht te geven aan bijzondere groepen? Daar zitten immers heel belangrijke aanknopingspunten. Neem het beleid ten aanzien van roken. De heer Don vroeg daar ook al naar. Het blijkt inderdaad dat het percentage rokers bij mensen met een lage opleiding veel hoger is dan bij mensen met een hoge opleiding: 29% versus 17%. Die scheidslijn is schrijnend sterker als het gaat om roken tijdens de zwangerschap. In 2015 rookte 22% van de lager opgeleide zwangere vrouwen en 0,9% van de hoger opgeleide zwangere vrouwen. Voor ons is dat een aanleiding om te zeggen: dat vinden wij structureel niet goed. Wij hebben ons afgevraagd wat wij zouden kunnen doen om ervoor te zorgen dat we op dit punt betekenisvolle stappen zetten. Wij hebben ook een taskforce opgericht om ervoor te zorgen dat we met aanstaande ouders, met de consultatiebureaus en met de kinderartsen een gezamenlijke

inspanning kunnen doen. Daarbij gaat het om de vraag wat we kunnen doen om ervoor te zorgen dat met de omgeving, met hulp van de medische professionals en met hulp van allerlei programma's de grootste impact wordt gemaakt. Dat zullen we overigens ook doen bij de mbo- en vmbo-scholen. Daar blijkt namelijk ook dat dit de meeste impact zal hebben. Er zijn communicatietrajecten, maar er is ook heel gerichte voorlichting, gesteund door algemeen beleid. Denk aan geen verkoop onder de 18, afschrikwekkende plaatjes op de pakjes, de discussie over de displayban, die binnenkort start, de programma's voor zwangeren en vmbo-scholen en het vermijden van aantrekkelijke pakjes voor jongeren. Die laatste maatregel zal in het voorjaar van 2017 ingaan.

We hebben veel discussie gehad over de vraag hoe het zit met het rookbeleid. Ik dacht dat de heer Don vroeg of ik wel genoeg doe. Ik hoor eigenlijk altijd het andere verhaal: doe je niet te veel op dat terrein? We hebben immers nogal wat maatregelen op dat terrein genomen.

De heer Don stelde een specifieke vraag over de verzekeraars. Het klopt dat het volgens de wet- en regelgeving mogelijk is dat verzekeraars met het oog op bepaalde doelgroepen bepaalde activiteiten of bepaalde stopprogramma's kunnen uitzonderen van het eigen risico. Een aantal verzekeraars doen dat, maar ik ben met de heer Don van mening dat verzekeraars dat meer op het netvlies zouden kunnen krijgen. We zouden daar nog actiever in kunnen zijn. De minister en ik zijn bereid om het gesprek met de verzekeraars op dat punt voort te zetten. We zullen dat ook doen. Daarbij moet overigens worden aangetekend dat begeleiding van de huisarts bij het stoppen met roken sowieso buiten het eigen risico valt. De focus die we willen aanbrengen, zal er zeker toe leiden dat we nu, meer dan ooit, naast het algemene beleid onze pijlen richten op bijzondere groepen.

Ik kom op Gezond in de Stad. De heer Don had daar twee specifieke vragen over: denk je dat het helpt en wat betekent dat voor de toekomst? Er zijn een aantal onderzoeken op dat punt geweest. Ik noem URBAN40, LOCAL50 en Jongeren Op Gezond Gewicht. Uit de onderzoeken blijkt dat het heel effectief is als het niet alleen maar een programma is, maar als meerdere partijen samenwerken om aan preventieactiviteiten te doen. Dat heeft een positief effect op de gezondheid, met name in wijken waarin op grote schaal maatregelen werden doorgevoerd op meerdere thema's tegelijkertijd. Ik ben daar positief over. De heer Don vroeg mij naar mijn aanbevelingen voor mijn opvolger of opvolgster. Mijn aanbeveling is om dat programma voort te zetten. Wij zijn ook voornemens om halverwege 2017 de besluitvorming voor voortzetting van het programma voor te bereiden. Inmiddels werken 164 gemeenten in meer dan 380 wijken mee aan het programma. Ik denk dat dit een heel belangrijke impuls geeft en een heel belangrijke beweging is om ervoor te zorgen dat dit normaal beleid wordt en dat het op de gemeentelijke agenda komt te staan.

Ik kom op het punt van de hervormingen. Je zou kunnen zeggen dat deze begrotingsbehandeling op een bijzonder moment komt. In de afgelopen jaren hebben we namelijk heel veel met elkaar gesproken over het waarom, de wenselijkheid en de wetgeving die nodig is om de hervorming van de langdurige zorg vorm te geven. Ik heb zeer goede herinneringen aan de debatten en de vele gesprekken die we met deze Kamer hebben mogen voeren. We hebben

heel uitgebreid en heel beschouwend over deze hervorming gesproken. Ik zeg dat bewust, want die wetten hebben de hervorming mogelijk gemaakt, maar met het wijzigen van de wet — zo beluister ik ook de inbreng van deze Kamer — hebben we de werkelijkheid voor heel veel mensen nog niet merkbaar verbeterd. Misschien is het ook goed om hier te zeggen dat enige relativering op zijn plaats is. Wij, u, ik en de politiek in zijn geheel kunnen een aantal randvoorwaarden creëren om ervoor te zorgen dat mensen hun werk kunnen doen, maar het gaat er vooral om dat mensen in de zorg dat goede werk ook doen. Ik ben al die professionals die dag in, dag uit, vaak met hard en ziel, invulling geven aan de zorg en die in de afgelopen periode ook nog de veranderingen in de zorg als het ware in hun eigen beleid moesten vertalen, zeer erkentelijk voor het goede werk, het vele werk maar ook het ingewikkelde werk. Ik besef dat die jaren ook voor de zorgprofessionals verre van gemakkelijk zijn geweest. Er kwam nogal wat op hen af.

Die hervormingen hebben wij moeten uitvoeren in tijden van financiële crises. Dat had misschien veel eerder gemoeten, maar dat neemt het feit niet weg. Met alle maatregelen die wij hebben genomen, is het goed om met elkaar te constateren dat we nu veel beter zijn toegerust voor de toekomst. De financiële houdbaarheid naar de toekomst toe, die eigenlijk niets met overheidsbudgetten te maken heeft, maar vooral met de betaalbaarheid voor mensen zonder dikke portemonnee, hebben wij met deze maatregelen in ieder geval dichterbij gebracht. We hebben de financiën houdbaarder gemaakt, ook in het licht van een toekomst waarin de systemen minder zouden moeten bepalen wat mensen krijgen, een toekomst waarin zorg wordt geleverd naar gelang de individuele behoeften en omstandigheden. De financiële houdbaarheid en de verandering van kwaliteit moesten echt in combinatie met elkaar worden uitgevoerd.

Wie de zorg op een meer menselijke maat wil toesnijden, wie wil dat het niet gaat om instituties, maar om individuen, wie wil dat het niet gaat om systemen, maar om mensen, moet bereid zijn die systemen aan te passen. We praten inderdaad veel over systemen, meer dan mij lief is, maar dat is noodzakelijk om juist die beweging te maken. Met de Kamer ben ik ook ongeduldig wat betreft het kunnen verzilveren van de kansen van de hervorming. Het is daarom goed dat wij naast de formele hervorming ook oog hebben voor de praktijk. Daar staan wij nu middenin.

Ik ben het niet met de heer Don eens dat er zo'n beetje elke dag een soort onheilstijding is. Ik spreek met mensen in het veld, zorgverleners, en wethouders die bezig zijn met het benutten van de kansen. Zij zien dat ze dichterbij de mensen komen te staan. Ze zien ook dat het institutionele belang minder wordt en het individuele belang groter. Het verbeteren van de zorg en het ondersteunen van mensen kunnen nooit snel genoeg gaan, maar ik ben er wel optimistisch over, niet naïef optimistisch, want ik beweer niet dat alles goed gaat. Ik zie wel dat wethouders van alle politieke kleuren, niet in de laatste plaats van andere kleuren dan die van mijn partij, overal de handschoenen hebben opgepakt. Er zijn in alle gemeenten wijkteams aan de slag gegaan om de zorg dichtbij vorm te geven, zodat die zorg geen papier meer is, maar praktijk. De wijkverpleegkundige krijgt op die manier haar werk ook weer terug. Datzelfde geldt voor het ankerpunt van mensen om zelf uit te zoeken wat er nodig is. We brengen de zorg terug tot de kern, namelijk: wat kan ik voor u betekenen? Wat hebt u eigenlijk nodig? Ik sprak

een man van 80 die zei: Ik werd 80 jaar en er belde iemand van de gemeente met de vraag of hij nog iets voor mij kon doen. Zo simpel kan zorg zijn. Mijn wens voor de komende jaren is om de zorg weer dichterbij en herkenbaar te maken, om de zorg weer persoonlijker te maken.

We hebben in het kader van die hervorming ook al het nodige gedaan om de zorg voor mensen te verbeteren. De decentralisatie is wat dat betreft geen bestuurlijk dingetje. Die is ervoor bedoeld dat de overheid, die dicht bij de mensen zou moeten staan, ook naast de burger kan gaan staan. We kijken niet voor niets met de beroepsgroep voor wijkverpleegkundigen naar hoe wij het vak van wijkverpleegkundige voor de toekomst weer kunnen ontwikkelen. We hebben niet voor niets in de Wmo wettelijk verankerd dat er niet alleen wordt gekeken naar degene die zorg nodig heeft omdat er iets mankeert, maar ook naar de mantelzorger, zodat een diagnose dementie niet alleen een diagnose van de patiënt is, maar ook van de mantelzorger.

Wat betreft de huishoudelijke hulp moet er niet alleen naar het vak huishoudelijke hulp worden gekeken. Er moet breder worden gekeken, ook naar welke persoonlijke dienstverlening straks mogelijk is. Laten wij kijken naar wat een dementievriendelijke samenleving precies betekent. Hoe kunnen we financieel misbruik van ouderen bestrijden? Hoe zorgen we ervoor dat kindermishandeling wordt aangepakt? Dat zijn allemaal voorbeelden van zaken waaruit blijkt dat er, naast al die wetten, ook heel hard is gewerkt aan het leveren van goede zorg.

Ik ben het er ook niet mee eens als de heer Don stelt dat de hervormingen snel zijn voltrokken, maar dat die ertoe hebben geleid dat mensen nauwelijks rechten meer hebben. In de Wmo is wettelijk geregeld dat er passende voorzieningen moeten worden geboden. De Centrale Raad van Beroep heeft in zijn uitspraken bevestigd wat er op dat punt in de wet staat. In de Zorgverzekeringswet, waarin de wijkverpleging is geregeld, is er sprake van wettelijke aanspraken en van zorgplicht. In de Jeugdwet staat een wettelijk recht op passende voorzieningen, gebaseerd op zorgvuldig onderzoek door gemeenten en zorgprofessionals. In de Wet langdurige zorg zit een verzekerd recht, op basis waarvan je recht hebt op een plekje als het thuis niet langer gaat. In alle vier de wetten zit de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget verankerd. Mij dunkt dus dat wij, ook naast de projecten om de zorg in de praktijk te verbeteren, wel degelijk heel goede rechten hebben verankerd in de diverse wetten.

De heer Don vroeg mij ook of ik nog wensen voor de toekomst heb. Natuurlijk heb ik die. Ik besprak er al een aantal. Ik denk dat die ook aansluiten bij de inbreng van de heer Don op dat punt. Er moeten veel minder administratieve lasten komen. De professional moet meer ruimte krijgen om zijn of haar vak goed uit te oefenen. De administratieve lasten vormen al tien jaar een doorn in het oog van velen. Dat is een hardnekkig probleem in de zorg. Wij moeten dat blijven aanpakken. Een ander hardnekkig probleem is hoe wij omgaan met de problematiek van 18-min en 18-plus. Hoe kunnen wij jongeren ondersteunen, in die zin dat wij ze opvangen als ze jong zijn, maar ze ook een stapje extra begeleiden als ze volwassen worden?

De heer **Van Rooijen** (50PLUS):

Wat de staatssecretaris zegt over de administratieve lasten is midden in de roos. De vermindering daarvan is zijn eerste wens. De minister en haar directeur-generaal Curatieve Zorg — mevrouw Leijten heeft er eerder vragen over gesteld — zijn ermee bekend dat de werkdruk van huisartsen, vooral door de administratieve lasten, zo groot wordt dat bijvoorbeeld in de omgeving van Leiden enkele zelfmoorden onder huisartsen hebben plaatsgevonden. Ik meld dat hier met enige schuchterheid, maar ik word nog steeds geconfronteerd met artsen in mijn omgeving die tegen mij zeggen: "Jij zit in de Eerste Kamer. Het is een groot probleem." Huisartsen zijn zo veel tijd aan administratieve lasten kwijt dat de zorg voor de patiënt daaronder lijdt. Ik ondersteun de staatssecretaris dus als het gaat om zijn eerste wens. Ik wil hem die ook als een prioriteit meegeven voor het volgende kabinet, want dit is een heel belangrijk onderwerp.

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Ik zou zelf wat voorzichtig zijn met de oorzakelijke verbanden die de heer Van Rooijen legt, maar de kwestie van de administratieve lasten is een veelkoppig monster. Ik heb overigens wel het goede voorbeeld van de huisartsen voor ogen wat dat betreft. Zij hebben namelijk samen met de zorgverzekeraars al grote stappen gezet als het gaat om het verminderen van administratieve lasten die niet zijn veroorzaakt door rijksregelgeving, maar door inkoopregels, afspraken en controleprotocollen. Maar dit is inderdaad iets voor de hele zorg. Ik ben het met de heer Van Rooijen eens dat dit een prioriteit zou moeten zijn en dient te blijven. Ik hoop overigens dat ik binnenkort met de aanpak van de administratieve lasten in de langdurige zorg ook een stap voorwaarts kan zetten.

De **voorzitter**:

Hoe lang hebt u nog nodig, staatssecretaris?

Staatssecretaris **Van Rijn**:

Twee minuten, voorzitter.

Het succes van de decentralisatie gaat vooral worden bepaald door de aanpak van de hardnekkige problemen met 18-plussers en 18-minners, de maatschappelijke opvang en de werkzaamheid in wijkteams, waar vooral de preventieve outreachende functie meer gestalte zou moeten krijgen. Op lokaal niveau is het verder nog veel meer nodig dat er verbanden worden gelegd tussen jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, onderwijs en schuldhulpverlening. Mijn lijn voor de toekomst is dus: geef ruimte aan gemeenten. Zeg niet te snel dat het anders moet, geef ruimte aan gemeenten, geef ruimte aan de professionals, pak de administratieve lasten aan en verbeter gezamenlijk de werking in de praktijk, zowel via de gesprekken aan de keukentafel als via de wijkverpleging in de verpleeghuizen. Alleen zo maken wij de zorg in de praktijk beter. Laten wij de systeemdiscussie achter ons laten, misschien inclusief de systeemdiscussie van de kant van de Kamer. Laten wij het in de praktijk beter maken. Alleen zo blijft de zorg klaar voor de toekomst.

De voorzitter:

Dank. Wij zijn toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer.

Het woord is aan de heer Van Rooijen.



De heer Van Rooijen (50PLUS):

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. Ik had mijn vragen uitsluitend aan haar gericht. Ik dank haar voor de toezegging dat ook de Eerste Kamer de brief over het kunstgras krijgt die al naar de Tweede Kamer is gestuurd. We krijgen binnen een week een reactie.

Over het eerste onderwerp blijven wij van mening verschillen. Een herhaling heeft geen zin, maar ik wil de minister met een voorbeeld duidelijk maken dat het echt ergens om gaat. Bij de invoering van de Wet uniformering loonbegrip ging het over een heel grote operatie, waar een administratieve oorzaak achter lag. De staatssecretaris heeft ons onlangs in de antwoorden laten weten dat het om 8 miljard ging toen de belastbaarheid van de zorgpremie van de werkgever bij de werknemer werd weggehaald. De gepensioneerden en de zelfstandigen hebben toen moeten meebetalen aan een operatie waarvan zij zelf geen voordeel hadden, maar wel het nadeel kregen. Dat zag het kabinet ook en dat heeft toen gezegd: dan moeten wij daar wel compenserende maatregelen voor treffen. Men heeft toen vijftien maatregelen bedacht om de pijn van de Wet uniformering loonbegrip te verzachten. Wat ik nu constateer is dat de premie voor de zorg voor gepensioneerden en zelfstandigen toen is verlaagd, als een van de compenserende verzachtende maatregelen. Dat was in 2013. Wat doet het kabinet een paar jaar later, alsof het vergeten was dat het een structurele compensatie was voor een structureel nadeel? Het belastingtarief ging immers ook voor de gepensioneerden met 4% omhoog in de eerste schijf. Men doet drie jaar later net alsof dat niet is gebeurd, en zegt: dat tarief kan eigenlijk wel weer omhoog. Daarbij wordt vergeten dat er drie jaar daarvoor een goede reden was om het te verlagen.

Vorig jaar kwam dit hier aan de orde, bij de behandeling van het Belastingplan en in een discussie die ik vlak daarna met deze minister heb gehad. Wat mij bijzonder treft, is dat dan wordt gezegd: het is wel waar dat er sprake is van een verhoging van de verlaagde premie tot €400 netto structureel, maar er is ook sprake van een verhoging van de ouderenkorting. Die verhoging van de ouderenkorting bedraagt echter maar €140, terwijl de verzwaring €400 is. De verzwaring is structureel, maar de verzachting is eenmalig. De ouderenkorting vorig jaar was eenmalig. Met de staatssecretaris heb ik deze discussie ook gevoerd. Hoe komt het nu dat het kabinet, nog afgezien van het taalkundige verschil, het economische en financiële verschil niet weet tussen structureel en eenmalig? Ik vind dat heel zorgelijk, omdat ik vrees dat in de toekomst, als hier niet van onze kant op wordt gewezen, wij bij de ouderen weer met structurele lastenverzwaringen worden geconfronteerd, die soms even met een knopje eenmalig worden gecompenseerd, maar daarna weer verdwijnen. Ik wil deze staatssecretaris daar nog eens in het bijzonder op wijzen. Anders blijft men aan dit soort knopjes en knoppen draaien, zonder het verschil tussen structureel en eenmalig en het verschil tussen verzwaring en verlichting goed in het oog te houden.



De heer Don (SP):

Voorzitter. Ik ga het vlot doen. Ik moet even aan mijn tante Jopie denken. Zij is 84 jaar, woont in de gemeente Vlaardingen en had op een gegeven moment een indicatiemeneer op bezoek. Zij heeft toen de cynische opmerking gemaakt: u hebt wel het meest fantastische werk dat u kunt bedenken. "Hoezo?" vroeg die man verbaasd. "Om bij iedereen de hulp in het huishouden weg te halen", zei ze. Ik respecteer uw observaties, zeg ik via de voorzitter tegen u, mijnheer de staatssecretaris, maar ik heb ook mijn eigen observaties en die hebben wij ook binnen de SP. Natuurlijk, er zijn goede bewegingen zichtbaar, maar er zijn ook een heleboel bewegingen die niet goed gaan. Dat voelen wij en dat ervaren wij. Soms twijfel ik weleens aan mijzelf, in de trant van: goh, kijk ik wel met de goede bril naar onze samenleving? Zie ik nu van alles gebeuren? Ja, ik zie toch af en toe dingen gebeuren die gewoon niet goed gaan. Die wil ik niet bagatelliseren en ik wil ze niet groter maken dan ze zijn, maar het zijn ook wel de revenuen van de stelselwijzigingen die wij achter de rug hebben.

Dat geldt ook voor mevrouw de minister wat het eigen risico betreft. Ik heb haar verhaal gehoord en ik zie het op het stelselniveau, maar ook vanuit de perceptie van cliënten, die het soms heel moeilijk hebben om zaken gewoon gefinancierd te krijgen. Zij zitten dan met allerlei regelingen, er zitten schulden aan vast en het huis is wat duurder. Ik kan er lang met de minister over praten, maar wij gaan elkaar daarin vanmiddag zeker hier in deze zaal niet vinden en dat is denk ik ook niet de bedoeling.

Ik ben blij dat het roken hoog op de agenda staat bij de staatssecretaris. Dat wist ik ook wel een klein beetje. Roken is natuurlijk wel een maatschappelijk probleem. Ergens hebben wij geïdentificeerd dat roken zo schadelijk is dat wij daar een maatschappelijk probleem van maken. De tandarts blijft een individueel probleem. Ik gebruik maar even dat voorbeeld, hoewel dat misschien niet helemaal terecht is. Ergens wordt dus de keuze gemaakt om iets een maatschappelijke belangrijkheid te geven of om een verschijnsel individuele belangrijkheid te geven. Dat blijft mij altijd een beetje boeien. Ik hoef er eigenlijk vandaag geen antwoord op te hebben, want ik denk dat wij elkaar daar ook niet in zullen vinden. Maar het blijft mij wel boeien. Wanneer wordt iets nu een maatschappelijk probleem? Hoe groot moet het zijn? Of is dat alleen afhankelijk van politieke kleur? Er zit natuurlijk ook nog wel iets inhoudelijks in. Maar goed, dat is een opmerking die ik eigenlijk nog wilde maken.

De minister heeft uitgebreid verteld hoeveel onderzoek er heeft plaatsgevonden. Ik laat mijn vraag als beantwoord gelden en kom dus niet met een motie. Daar was sowieso niet te veel draagvlak voor, dus ik zie mijn vraag in dit opzicht als beantwoord.

Ik ben blij met de opmerkingen die de staatssecretaris maakt over 18-min en 18-plus. Dat is daadwerkelijk een probleem. De administratieve lasten lopen gierend uit de hand. Dat geldt wat mij betreft nog niet eens zozeer voor het Rijk. Je ziet het bij de zorgkantoren, maar zeker bij de gemeentes. Elke gemeente doet het heel braaf, hoor. Met mijn andere pet op zeg ik: ik werk bij tien gemeentes. Ik heb te maken met tien verschillende inkoopstructuren, tien verschillende afrekenstructuren en tien verschillen facturatieprocedures. We worden er maf van. Je hebt dan weer managers nodig

en je moet weer extra mensen aannemen om die secundaire processen te managen. Het is dus uitermate inefficiënt, maar goed, dat is ook een gevolg van de decentralisaties.

Ten slotte wil ik de staatssecretaris en de minister bedanken voor hun antwoorden.



Minister Schippers:

Voorzitter. De heer van Rooijen en ik, maar ik denk ook de staatssecretaris, hebben verschillende malen over de inkomensafhankelijke bijdrage gesproken. Het blijft wel zo dat in augustus een integrale afweging wordt gemaakt op de koopkracht, waardoor sommige dingen juist in de plus gaan, om andere minnen weer te compenseren. Dus om dat nu sec op de zorg te bekijken ... Zorg is natuurlijk wel een grote uitgave voor mensen, en daarom wordt dat uiteraard vaak in die afweging meegenomen. Maar ik denk dat wij het hier niet helemaal eens over gaan worden.

Ik ben ontzettend trots op wat er dagelijks in de zorg wordt gepresteerd. Als ik op werkbezoek ga, zie ik niet alleen de passie van mensen, maar zie ik ook hoe liefdevol zij met mensen omgaan, wat zij bereiken en wat zij kunnen. Dat wil niet zeggen dat alles goed gaat in de zorg. Wij zien natuurlijke heel veel incidenten, maar wat mij toch wel begint te storen, is dat heel vaak met die incidenten die eruit genomen worden, het beeld wordt geschetst alsof het een beetje een zootje is in de Nederlandse zorg. Als dat het geval was, zouden wij niet presteren wat wij presteren. Kijk hoeveel mensen er dagelijks probleemloos worden geopereerd, hoe snel zij weer thuis zijn, hoe snel zij weer op de been zijn, en als zij dat niet zijn, hoe er dan wijkverpleging wordt georganiseerd. Ik ben heel trots, maar dat wil niet zeggen dat alles goed gaat. Wij moeten blijven werken, iedere dag weer, om te zien hoe wij het weer een stukje beter kunnen maken.

Wat de tandarts betreft en de perceptie of het een kwestie is van een individu, een systeem of de maatschappij, geldt net als bij het eigen risico dat dit niet iets is wat de minister alleen willekeurig beslist, in de zin dat het de ene dag die kant opgaat en andere dag een andere kant. Wij hebben een zorginstituut. Vroeger was dat de Ziekenfondsrada. Daarna werd dit het College voor zorgverzekeringen. Nu heet het: Zorginstituut Nederland. Zij hebben criteria. Vroeger noemden wij dat de trechter van Dunning, die ooit een commissie op dit gebied heeft voorgezeten. Er zijn dus criteria, op basis waarvan men zegt: dit wordt collectief via de basisverzekering gefinancierd, of mensen moeten zich hier zelf voor verzekeren. Die adviezen gaan naar de minister. Deze neemt daarop een besluit. Ik word daarop weer gecontroleerd door de Kamers, door het parlement. Zo hebben wij het met elkaar gedaan. Het gaat niet willekeurig, maar juist heel schematisch. Natuurlijk kunnen er weleens discussies over ontstaan, in de trant van: is dit wel goed beoordeeld? Wat ik maar even wilde zeggen, is dat het niet een willekeurig besluit is dat zomaar is genomen.

Overigens vind ik de administratieve lasten ook een ongelooflijk belangrijk aandachtspunt. Wij zijn op verschillende terreinen bezig. Voor 1 april wil ik met de paramedische sector en met de farmaceutische sector een aanzienlijke daling realiseren, maar niet zozeer in de boeken. Op dat punt doen wij het ontzettend goed, maar daar merken de mensen op de werkvloer niets van. Juist de mensen op de

werkvloer moeten merken dat er minder met formulieren en checklijstjes wordt gewerkt en dat men weer afspraken met elkaar kan maken en gewoon kan vertrouwen op elkaars expertise.



Staatssecretaris Van Rijn:

Voorzitter. Tegen het familielid van de heer Don wil ik over een al dan niet goede baan als indicatiesteller zeggen dat het mij redelijk lijkt om in de zorg niet alleen maar te denken in termen van waar wij recht op hebben, maar ook in termen van wat iemand nodig heeft, hoe wij daarbij kunnen helpen en wat betrokkene daarvan zelf kan betalen. Dat lijkt mij een redelijke vraag. Ik wil zeker niet beweren dat alles goed gaat. In een van de debatten die ik moest voorbereiden, heb ik een keer het verslag herlezen van een debat dat in de Kamer plaatsvond in het jaar 2009. Ik kan u verzekeren dat het aantal discussiepunten waarvan we ons afvroegen of het er al dan niet goed mee ging, bepaald niet kleiner was. Er zit wel ontwikkeling in. Laten we nu eens het moeilijke onderwerp van de verpleeghuiszorg nemen. Tientallen jaren geleden spraken we over slaapzalen. Dat werden meerbedskamers en daarna eenpersoonskamers, en nu praten we erover dat het huiskamers zouden moeten zijn. Dat is een heel goed debat. Het betekent dat wij nu ontevredener zijn over hoe het gaat en dat we de kwaliteit verder willen verbeteren. Tegelijkertijd moeten we oog hebben voor de ontwikkeling die wel degelijk ook heeft plaatsgevonden.

De tweede vraag die de heer Don stelde, was wanneer er bij het roken sprake is van een maatschappelijk probleem. Ik wijs op het verschil tussen volwassenen en kinderen. Van volwassenen verwacht ik dat zij eigen keuzes kunnen maken. We moeten mensen wel goed voorlichten, met name over de schadelijke effecten van het meeroken. We hebben dan ook een aantal maatregelen genomen om dat voor anderen te voorkomen. Voor onze jeugd hebben we, denk ik, een grotere verantwoordelijkheid, omdat we juist willen voorkomen dat jongeren verslaafd raken. Daarom willen we ook bij zwangerschap en op scholen extra inspanningen verrichten, en die kunnen wat mij betreft niet stevig genoeg zijn. Ik ben het zeer eens met de opvattingen van de heer Don over de noodzaak om de administratieve lasten te beteugelen. Daar zullen we ons voor blijven inzetten.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Ik kom tot afhandeling van het wetsvoorstel. Wenst een van de leden stemming over het wetsvoorstel? Dat is niet het geval.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De voorzitter:

Verlangt iemand aantekening? Dat is evenmin het geval.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.