3
Begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020

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 2020 (35300-XVI).**

De **voorzitter**:
Aan de orde is de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We hebben negentien deelnemers van de zijde van de Kamer, dus we gaan er eens even goed voor zitten. Ik hoop dat u allemaal voldoende pepermuntjes et cetera bij u heeft. Een hartelijk woord van welkom aan de bewindspersonen. Ik zie er twee, maar er moeten er drie zijn. De derde komt nog wel even aanwaaien. Ik begrijp dat de ministers en de staatssecretaris het voornemen hebben om morgen zeer puntig en to the point antwoord te gaan geven. Vooral de heer De Jonge schijnt daar de hele zomer op geoefend te hebben. We hebben allemaal de beelden gezien met zijn bondigheidscoach: "die zin kan er nog uit"; "nee, die alinea schrappen we". Morgen gaan we bekijken hoe dat allemaal uitpakt. De verwachtingen zijn hooggespannen. En omdat we dan vrij snel klaar zullen zijn, zei mevrouw Arib tegen mij: nou, Martin, dan kun jij het ook wel gaan voorzitten.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**:
Negentien deelnemers van de zijde van de Kamer. Ik geef met bijzonder veel plezier het woord aan de eerste spreker van de zijde van de Kamer. Dat is mevrouw Agema van de fractie van de Partij voor de Vrijheid. Zij heeft in totaal 30 minuten spreektijd. Het woord is aan haar.

☐

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is niet echt bondig, voorzitter. Soms moet je ook wat meer de tijd nemen om zaken uiteen te zetten. Dat doen wij jaarlijks in het begrotingsdebat.

Voorzitter. Wie de zorgbegroting leest, zou de indruk kunnen krijgen dat de bewindspersonen hun zaakjes goed op orde hebben. De bewindspersonen schrijven dat zij werken aan toegankelijke en betaalbare zorg die merkbaar beter wordt voor mensen. Mensen moeten zelf de regie in handen krijgen. Zij willen bereiken dat de zorg aansluit bij wat mensen echt nodig hebben. Zorg waarin de méns centraal staat.

Mensen, inderdaad, daar zou de zorg over moeten gaan, maar zo vaak gaat het niet meer over mensen. Het gaat alleen nog maar over systemen, hier in dit huis, maar ook in de praktijk. Iedereen dreunt de systemen op, alsof er een knopje op de schouder is geplaatst en iedere keer als er op wordt gedrukt, rolt het juiste systeemantwoord eruit. Je zou denken dat je dan een geolied zorgsysteem zou hebben, maar heb je een geolied systeem als je drie ziekenhuizen en een huisartsenpost af moet met een meisje dat in een supermarkt een pallet op haar hand kreeg? Heb je een geolied systeem als ambulancepersoneel op de vluchtstrook moet wachten op een plekje in een ziekenhuis voor de patiënt die in hun handen voor zijn leven vecht? Heb je een geolied systeem als de bouwvakker die een dag eerder nog op de spoedeisendehulppost werd gehecht, met zijn complicaties wordt weggestuurd naar de huisartsenpost? Heb je een geolied systeem als je bevallen moet en met weeën op de trein wordt gezet, omdat de afdeling acute verloskunde gesloten is en je minstens een uur moet reizen naar een ander ziekenhuis? Heb je een geolied systeem als je niet meer welkom bent bij het ziekenhuis om de hoek vanwege een budgetafspraak tussen het ziekenhuis en je zorgverzekeraar? Heb je een geolied systeem als er een totale pillenchaos heerst doordat medicijnen plotseling niet meer leverbaar zijn? Heb je een geolied systeem als je 36 verpleeghuizen moet afbellen voor één patiënt of als je 100 dagen in het ziekenhuis ligt doordat je nergens anders heen kunt? Heb je zo'n prachtig geolied systeem als je als echtpaar na een huwelijk van 70 jaar van elkaar wordt gescheiden? Mensen worden dikwijls niet meer geholpen. Ze reizen van hot naar her en worden van het kastje naar de muur gestuurd vanwege het systeem. Ze zijn geen onderdeel meer van het systeem; zij zijn er het slachtoffer van.

Bewindspersonen hebben ook zo'n knopje op hun schouder. Bij elke vraag, bij elke interruptie rolt er een geprepareerd systeemantwoord uit. Als je doorvraagt naar de mensen achter de systemen, kom je bedrogen uit. Onlangs nog bijvoorbeeld toen bleek dat op het eiland Voorne-Putten de aanrijtijden voor ambulances structureel de wettelijke normen niet halen en er daardoor onverantwoorde risico's worden genomen. Ik vroeg minister Bruins wat dit nu betekent voor zijn systeemverantwoordelijkheid, wanneer de wettelijke normen wel weer gehaald gaan worden en wat de consequenties zijn als dat niet lukt. Hij dreunde herhaaldelijk hetzelfde systeemantwoord op, maar nam geen verantwoordelijkheid. Niet voor de mensen die vechten voor hun leven in de ambulances en niet voor de ambulancebroeders die steeds minder spoedeisendehulpposten hebben waar zij hun patiënten naartoe kunnen brengen. Hij deed het gewoon niet. Iedereen weet hoe het systeem werkt, iedereen heeft een knop met daaronder alle systeemantwoorden, maar niemand wil zien dat het systeem zo vaak niet werkt.

Toen ik hier afgelopen week met mijn partner over sprak, wees hij mij op De puinhopen van acht jaar Paars, van Pim Fortuyn. Fortuyn had de zorg destijds niet treffender kunnen beschrijven. Ik citeer: "Zo zit de politieke cultuur in dit land in elkaar, nooit is iemand verantwoordelijk, laat staan dat hij de verantwoordelijkheid op zich neemt, ook niet als hij geplaatst is in de eerstverantwoordelijke positie." Fortuyn zag het poldermodel als de veroorzaker van al dit leed, omdat er werd gepraat totdat iedereen het min of meer met elkaar eens was en verantwoordelijkheden waren verdampt. Fortuyn schreef: "Daarna hebben we het "met z'n allen" gedaan en is niemand meer aan te spreken op de resultaten daarvan en dus ook niet op falend beleid." Dat is precies wat deze bewindspersonen doen. Alles is "samen", maar het gaat nooit over ons allemaal. Het gaat altijd alleen om de politiek-bestuurlijke elites, de mensen uit de eigen kring, de vertegenwoordigers uit de buitenparlementaire netwerken. De mensen die het betreft, worden er niet bij betrokken. Er wordt altijd over hen gesproken, er wordt altijd over hen beslist.

De ministers zijn er zo trots op dat zo veel beleid tot stand komt "samen" met vertegenwoordigende organisaties. In

de eerste 33 pagina's van de begroting komt het woord "samen" 60 keer voor. Hoe pijnlijk het misgaat bij dit negeren van de mensen om wie het daadwerkelijk zou moeten gaan, zagen we de afgelopen tijd bijvoorbeeld bij de blunder van V&VN inzake de Wet BIG II, of bij het Preventieakkoord. Iedereen met de juiste boven ons gestelde mening kreeg een plek aan een overlegtafel, maar de mensen over wie het gaat — rokers, drinkers en mensen die van te veel lekker eten houden — niet. Het is over hen en zonder hen. Het is triest om te moeten constateren dat dit probleem anno nu nog even groot is als toen Pim Fortuyn het zoveel jaar geleden identificeerde. Wanneer komt de menselijke maat terug, te beginnen bij de eerstverantwoordelijke op het ministerie?

Voorzitter. Na jaren van hysterische ramingen en de desastreuze gevolgen die deze hadden, geven de bewindspersonen toe dat de zorgkosten de afgelopen jaren minder hard stegen dan verwacht, zelfs minder dan de economische groei. Hoe faliekant mis die ramingen waren, laten ze weg. De voorspelling was dat de zorgkosten tussen 2012 en 2017 met 4,4% per jaar zouden groeien. Het werd 0,5% per jaar. Een krankzinnig groot verschil. Door al die hysterie kwam afbraak op de eerste plaats te staan, terwijl daar feitelijk geen enkele reden toe was. Die hysterie wordt evenwel onverkort vastgehouden. Ook in deze begroting doemt het mantra "als we niks doen, dan ..." weer op. Het is een vals mantra, want feitelijk doet iedereen wel iets. Klink, Bussemaker, Schippers, Veldhuijzen van Zanten, Van Rijn, Bruins en De Jonge: allemaal deden ze iets, allemaal doen ze iets. Dit soort dogma's is alleen maar bedoeld om de boel op te stoken, om zorghaat aan te wakkeren, om de neuzen dezelfde kant op te krijgen, om de publieke opinie te vergiftigen, om nog meer zorg af te breken. Maar ook hier zijn het alleen de politiek-bestuurlijke elites die dat willen. Het Sociaal en Cultureel Planbureau vroeg het recent de gewone mensen nog eens. Drie kwart van de mensen vindt dat de overheid veel meer geld zou moeten uitgeven aan het verbeteren van de zorg. Maar deze mensen worden niet gehoord.

Die standaardzinnen slaan ook nergens op, bijvoorbeeld het mantra dat, als we niks doen, we dan in 2040 twee keer zoveel geld uitgeven aan zorg. Niet alleen betoogde ik al dat achtereenvolgende bewindspersonen allemaal wél iets doen, de context van de financiën wordt ook volledig weggelaten. De context van het bbp. Immers, als ook het bbp in 2040 twee keer zo groot is, is er helemaal niks aan de hand. Feit is dat we geen glazen bol hebben en dat voorspellingen moeilijk te maken zijn. De betaalbaarheid van de zorg op langere termijn is afhankelijk van zo veel zaken, van de groei van de bbp, van de keuzes die we op de rijksbegroting maken, van innovaties, van ziektes die we onder controle krijgen dan wel weten te genezen. We weten niet wat er gebeurt en we kunnen er zeker niks over zeggen voor de periode over twintig jaar. De betaalbaarheid valt of staat met het behouden, koesteren, bijschaven en perfectioneren van de systemen die we hebben. Het domste dat je kunt doen, is het in paniek overboord gooien.

Buiten de zorg ligt overigens de echte winst. Kiezen partijen voor de zorg of kiezen ze voor miljarden voor klimaat, massa-immigratie, ontwikkelingshulp of Europa-afdrachten? Kiezen ze voor dat laatste, dan weet je zeker dat er uiteindelijk te weinig geld overblijft voor zorg.

Voorzitter. Kennelijk hebben de heren in vak-K het bijltje erbij neergegooid en komen er de komende tijd nog een heleboel afbraakwetten naar de Kamer, want de dramaqueens creëren het volgende grote zorgprobleem: de organiseerbaarheid! Ze schrijven dat tegenover de groeiende zorgvraag het aantal potentiële mantelzorgers afneemt en dat daarenboven de totale beroepsbevolking krimpt. Nu werkt een op zeven mensen in de zorg, in 2040 zou dat een op vier moeten zijn. Ze concluderen hier terecht dat een dergelijk beroep op de arbeidsmarkt volstrekt onrealistisch is. Maar waarom blijven ze dit dogma maar herhalen? Waarom wordt het tussen de oren gezet? Waarom gaan ze niet gewoon aan de slag? Waarom nemen ze niet hun verantwoordelijkheid? Waarom blijven ze die afschuiven? Waarom schrijven ze over leiderschap als ze dat helemaal niet pakken?

Voorzitter. Drie voorstellen. Tijdens het Verantwoordingsdebat bleek dat het aantal medewerkers met patiëntencontact in onze academische ziekenhuizen nog maar minder dan de helft is. Ook gewone ziekenhuizen gaan er gebukt onder. Naast het ziekenhuis staat vaak een even groot gebouw met alleen maar administratief medewerkers. Als je dat de komende decennia nou eens aanpakt, heb je al een deel van de medewerkers die je extra nodig hebt te pakken, terwijl deze mensen dus al op de loonlijst staan.

Ten tweede. We hebben de brief gekregen van minister De Jonge over mijn voorstel voor het samenvoegen van de tarieven in de verpleeghuizen tot een tarief. Ik had de minister nog zo gevraagd om niet alleen mensen uit te zoeken die een hekel aan mij hebben, maar dat is kennelijk niet gelukt. Als je de tarieven samenvoegt tot een tarief, dan scheelt dat dus een derde van de indicaties. Voor die instellingen die nu nog een gemiddeld hogere mix van bewoners hebben, hanteer je gewoon een overgangsregeling. Zo regel je dat. Ik zeg: creëer geen drama's als het je oprecht gaat om het terugdringen van de administratie waar medewerkers zo veel tijd aan kwijt zijn. Je moet niet alleen wat laaghangend fruit plukken, je moet al het fruit plukken. Ook deze mensen staan al op de loonlijst. Speel hun handen vrij.

Mijn derde voorstel. De gemiddelde overhead in instellingen voor langdurige zorg is gestegen van 13% naar ruim 16%. De best presterende instellingen zitten tussen de 5% en 7%. Als we ze allemaal naar de 7% kunnen krijgen, dan gaat het hier inmiddels niet meer om 30.000 medewerkers die met behoud van salaris weer een uitvoerende taak kunnen vervullen maar om zelfs 50.000. En ook deze mensen staan al op de loonlijst. Dus waar wacht de minister op?

De voortdurende weerzin tegen dit soort voorstellen is niet alleen spijtig, het wordt ook vervelend. Houd alstublieft op met het creëren van dramaverhalen als u niet bereid bent verantwoordelijkheid te nemen en alleen maar kinderachtig plannen van de oppositie afschiet. We zien het ook aan het hippe actieplannetje (Ont)Regel de Zorg. De regeldruk neemt alleen maar toe. 35% van de tijd zijn medewerkers in de langdurige zorg kwijt aan administratie. Speel hun handen vrij.

Ik heb ook nog een vierde voorstel. We zouden graag de toezegging willen van de minister dat hij gaat uitzoeken wat een voltijdbonus zou kosten, wat dat zou opleveren en hoe we dat zouden kunnen bewerkstelligen. We weten dat de deeltijdfactor in de zorg 0,6 is en en dat we voor dat

grote probleem van die organiseerbaarheid iedereen nodig hebben en zo veel mogelijk mensen dus in voltijd moeten werken. Het gaat om een vrijwillige regeling. Wij denken eraan om iedereen die in de zorg werkt, per voltijd gewerkt kwartaal een bonus van 5% uit te keren. We horen graag van de minister of hij bereid is deze toezegging te doen. Ook hierbij geldt: ook deze mensen staan allemaal al op de loonlijst.

Voorzitter. Dan de ouderenzorg. De bewindspersonen hebben een heel andere oplossing voor die organiseerbaarheid. Die is afbraak en wordt ons verkocht onder de klinkende titel: de juiste zorg op de juiste plek. We lezen in de begroting dat de bewindspersonen in de praktijk zien dat de samenwerking tussen de domeinen van de Zorgverzekeringswet, de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg te wensen overlaat, waardoor mensen in de knel komen en professionals onbedoeld langs elkaar heen werken. Hoewel dit de juiste analyse is, zien we dat er sinds 2007 een tegengesteld beleid is gevoerd. De ouderenzorg was immers toen nog in één hand georganiseerd, maar de AWBZ moest kapot. Huishoudelijke hulp moest naar de gemeenten, de wijkverpleging en de wijkziekenverzorging naar de Zorgverzekeringswet en de verzorgingshuizen moesten dicht. Want daarom is het zo'n zooitje. Daarom zoekt iedereen zo naarstig naar iets tussen thuis en verpleeghuis. Daarom windt minister De Jonge zich zo op over al die verschillende autootjes van al die verschillende aanbieders bij al die seniorenflats. Zijn eigen CDA heeft het veroorzaakt. Ons kwetsbare systeem van ouderenzorg moest kapot.

De huishoudelijke hulp, het macrobudget, werd in 2015 gehalveerd, maar omdat het budget alweer oploopt, moet de huishoudelijke zorg nog verder kapot. Minister De Jonge komt met een wetswijziging die het criterium "schoon huis" gaat introduceren. Er is niks zo arbitrair als het begrip "schoon huis". Daar vinden we allemaal iets anders van. Maar in blinde zorghaat zijn zelfs de meest knotsgekke dingen mogelijk.

De verzorgingshuizen zijn vernietigd onder het dogma dat niemand daar meer wilde wonen. Nu worden ze vreselijk gemist. De huidige situatie is zeer acuut en zeer nijpend. Het is zoals mevrouw Schuringa onlangs in De Gelderlander zei: "We komen nu soms in aanraking met mensen die zo ontredderd zijn, dat zagen we niet eerder. Ze leefden op het laatst als een zwerver in hun eigen huis: uitgedroogd, vermagerd, vervuild, compleet in de war." De situatie is zo ernstig dat 13% van de zogeheten E33-meldingen bij de politie over personen met verward gedrag gaat die lijden aan dementie. Dat zijn mensen voor wie tot amper vijf jaar geleden naar een plekje in een verzorgingshuis gezocht kon worden, als ze voor de tweede keer in de war en naakt van de straat werden geplukt. Het "langer thuis" bleek een vals dogma van een elkaar nakakelende politieke bestuurlijke elite te zijn. Het had niets te maken met de mensen om wie het gaat: zij bleven ontredderd achter. En hoewel iedereen nu staat te janken bij de afgebroken fundamenten waar ooit onze verzorgingshuizen op stonden, weten we dat deze kapot zijn om nooit meer terug te komen. Doet minister De Jonge iets aan dit grote sociaalmaatschappelijke probleem? Nee. De problemen die minister De Jonge aan zijn fiets heeft hangen, zijn in de tussentijd vele malen groter geworden. Nu al staan er bijna 18.000 mensen op een wachtlijst voor een plek in het verpleeghuis. Dit zijn zeer zware patiënten. Ze hebben 24 uur per dag toezicht en verpleging nodig. Ze zijn bedlegerig. Ze zijn in hun laatste reis, maar voor hen is er nu al geen plek. En elke maand komen er 500 bij.

Daarnaast heeft De Jonge nog eens 100.000 extra verpleeghuisplekken voor zwaredementiepatiënten nodig tot 2040. Waar komen die plekken? Niemand die het weet. Heeft hij een plan? Nee, hij heeft alleen een hoop papier. Het is inhoudsloos geleuter: de gemeentes dit, de regio's dat, de minister van BZK zo, de instellingen; iedereen moet iets doen. Maar ja, hij schrijft in de begroting over leiderschap. Hij schrijft dat leiderschap nodig is om tot een andere organisatie te komen. Serieus? Voor een minister is er niets zo concreet uitvoerbaar als het bouwen van gebouwen. Dat is planning. Daar is een overheid voor. Maar nee hoor, concreet is er niks, geen plan. En ondertussen komen er maandelijks 500 mensen bij op die wachtlijst voor die verpleeghuizen. Dat legt het grootste pijnpunt bloot: de ministers zijn verslonden door hun eigen systemen. De verantwoordelijkheid ligt altijd ergens anders. Systeemverantwoordelijkheid betekent niks anders meer dan altijd maar de schuld afschuiven naar het systeem. Systemen bezwijken, medewerkers zijn tot robots gemaakt en patiënten zijn de dupe. En, beste collega's, dit constateren we twee decennia voor het einde van de grote piek van de vergrijzing.

De meest stuitende leugen als het gaat om onze verpleeghuizen, is die van voldoende personeel. De tekorten zijn groot. Zo'n 2 miljard euro was nodig voor liefdevolle zorg. Vrij vertaald moest het kwaliteitskader voor ongeveer twee medewerkers op acht personen tijdens piektijden gaan zorgen. Inmiddels groeit het aantal verpleeghuisbewoners harder dan het vrijgemaakte extra budget, en wordt het tekort uitgesmeerd over alle bewoners. Dus nog voordat de belofte is ingelost, wordt die alweer overboord gezet. Het beloofde kwaliteitskader zal nooit worden bereikt. Zo gaat dat met verkiezingsbeloftes. In dit geval worden onze alleroudsten op hun allerlaatste reis naast de verkiezingsflyers bij het oud vuil gedumpt. En De Jonge, slaat hij met zijn vuist op tafel om zijn belofte waar te kunnen maken, de belofte van iedereen, van elke partij hier in het huis, de belofte die we samen deden? Nee hoor, hij stuurt een wetswijziging naar de Kamer om de politiek weer het laatste woord te geven over het budget. Wat een leiderschap! Eindelijk waren de verpleeghuisbewoners gered uit de politieke greep van golfbewegingen die het al dan niet beschikbaar stellen van voldoende middelen voor voldoende personeel afhankelijk maakten van politieke besluiten. Eindelijk was het een objectief vastgesteld kwaliteitskader dat erover ging. Maar nee, dat moet kapot.

De begrotingsbehandeling geeft ons elk jaar weer de gelegenheid om uiteen te zetten hoe wij de ouderenzorg willen regelen. Wij willen dat de zeven treden van de ouderenzorg weer in één hand komen. De eerste trede is de huishoudelijke hulp. Gemiddeld zijn onze ouderen 82,5 jaar als ze een beroep op ons doen. Het huishouden doen gaat dan al niet goed meer: het is te veel, het is te zwaar en te veel dingen blijven liggen.

De tweede, derde en vierde trede betreffen de wijkverpleging, de wijkziekenverzorging en de begeleiding. Op een gegeven moment wordt het thuis wonen zwaarder: wassen, aankleden, haren kammen, eten en drinken schieten erbij in. Ze gaan een beroep op ons doen voor verzorging. Weer later komen daar verpleegkundige handelingen en begelei-

ding bij de dagelijkse administratieve beslommeringen bij, als mensen beginnen te dementeren.

De vijfde en zesde trede zijn de verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Nadat een oudere al een paar jaar in een aanleunwoning een beroep heeft gedaan op huishoudelijke hulp, verzorging en verpleging, kan hij of zij gaan wonen in het naastgelegen verzorgingshuis als er meer verzorging en toezicht nodig zijn. Als iemand bedlegerig wordt, kan hij of zij op de verpleegafdeling gaan wonen, meestal in hetzelfde huis, in de eigen wijk. Echtparen kunnen zo ook bij elkaar blijven wonen. De beginnend dementerenden uit de buurt kunnen er naar de dagbesteding, kwieke ouderen vinden er zingeving als vrijwilliger en alleenstaande ouderen uit de buurt kunnen er een hapje mee-eten in het restaurant.

De zevende trede is de palliatief terminale zorg, waarin alles draait om een waardig levenseinde.

Noem mij maar een dromer, maar we hadden dit kwetsbare systeem van ouderenzorg goed geregeld. Waarom breek je het dan af? Als je de zorg eenvoudiger organiseert doordat er bijvoorbeeld veel minder verschillende gezichten over de vloer komen, beste minister De Jonge, waardoor de overhead flink ingeperkt kan worden, wordt de zorg beter: beter te organiseren, goedkoper en met tevredener patiënten. Tot 2007 waren de zeven treden van de ouderenzorg in één hand: dat was geregeld in de AWBZ. Nu is alles versnipperd. Nu is alles kapot.

Voorzitter. Dan de curatieve zorg. Nu het systeem van ouderenzorg is afgebroken, is het systeem van ziekenhuiszorg aan de beurt. De bewindspersonen schrijven dat ze willen dat er minder zorg tussen de muren van ziekenhuizen en meer dichter bij mensen thuis verleend wordt. De doelstelling van het kabinet is dat in 2030 — dat is dus al over tien jaar — zorg 50% vaker plaatsvindt in de eigen leefomgeving in plaats van in een instelling. Dit valt niet te snappen. Als het aantal ouderen verdubbelt en de zorgvraag ook, waarom breek je het systeem dan af? Waarom noem je het beestje niet gewoon bij de naam? Waarom noem je het "de juiste zorg op de juiste plek"? Waarom zeg je niet eerlijk dat je de handdoek in de ring gooit en ons zorgsysteem afbreekt, omdat je denkt dat er straks geen geld meer is? De afgelopen vijf jaar sloten al vijftien spoedeisendehulpposten en afdelingen verloskunde. En het einde van deze afbraak is nog lang niet in zicht. Erger, door de 0% volumegroei in 2022 vallen meer met name kleine ziekenhuizen om, waaronder het Bronovo, een zeer geliefd ziekenhuis.

Dat dit beleid een krankzinnige kapitaalvernietiging is in een tijd dat het aantal ouderen en de zorgvraag gaan verdubbelen, zo zeg ik nogmaals, valt niet te snappen. Dat de coalitiepartijen dit blijven steunen, valt nog slechter te begrijpen. En dat het CDA zelfs een initiatiefnota over het belang van streekziekenhuizen schreef, is ronduit idioot. Door hun steun voor de volumegroeibeperking vallen die streekziekenhuizen straks een voor een om.

Maar goed, laten we het eens concreet hebben over dat idee van "de juiste zorg op de juiste plek". Stel je voor, je bent die specialist die er eigenlijk wel lol in ziet om voor zichzelf te beginnen. Leuk, in de wijk. Je gaat precies doen wat het programma wil. Je vindt een mooie locatie, je richt je eigen toko op, je loopt 's ochtends met een kopje koffie en een krantje onder je arm naar je werk. Je voelt je even gelukkig. En dan? Eind goed, al goed? Nou, zeker niet. Want het ziekenhuis waar je de afgelopen 40 jaar trouw hebt gewerkt, werkt niet mee maar tegen. Je patiënten krijgen niet eens te horen waar je heen bent. Misschien is hij wel overleden, denken ze. "Concurrentiebeding" noemen ze dat. Je moet een advocaat inschakelen om los te komen van hét instituut. Je locatie wordt door de inspectie als een miniziekenhuis gezien, dus je wordt op 93 inspectievoorwaarden getoetst. Dat lukt. Je krijgt met zo'n 400 instellingen te maken, van leveranciers tot fabrikanten tot verzekeraars tot weet ik wel niet wat. De helft van je collega's die de sprong ook wel wilden maken, is nu al afgehaakt en staat alweer op de stoep bij het ziekenhuis om hun baan terug te vragen. Ze willen namelijk mensen repareren, en niet ondernemertje spelen.

Maar goed, je houdt het vol. Lekker elke ochtend met je kopje koffie en je krantje onder je arm naar jouw plekkie! Je krijgt 70% van de prijs van het ziekenhuis, want je bent geen ziekenhuis, maar dat valt te doen. Vervolgens komen de verzekeraars de boel verzieken. De een kort je met nog eens 40% extra, de ander met nog eens 50%. Zomaar. Ze betalen de rekening maar half, maar jij moet wel je leveranciers volledig betalen, en je huur, je personeel, je licenties en noem maar op. Samen met je collega's voer je rechtszaak op rechtszaak tot aan de Hoge Raad. Die oordeelt in het voordeel van jullie, specialisten. Betalen de verzekeraars de rekening van 3 miljard euro die inmiddels openstaat? Nee, ze stappen naar minister Bruins voor een wetswijziging. En Bruins, wat doet hij? Stopt hij deze krankzinnige ondermijning van zijn "de juiste zorg op de juiste plek"? Zorgt hij ervoor dat de verzekeraars die 3 miljard gaan uitkeren aan al die specialisten die precies uitvoering geven aan wat hij zo graag wil?

Mijn voorspelling is dat het programma een regelrecht fiasco wordt en dat we over een aantal jaren hier staan bij de scherven van dat wat ooit onze ziekenhuiszorg was. En u staat dan allemaal te janken, net zoals u dat doet als het gaat om de verzorgingshuizen. De daders liggen dan op het kerkhof, de patiënt is de pineut en onze alleroudsten zijn het kind van de rekening. Wie is er dan verantwoordelijk? Wie voelt zich dan verantwoordelijk? En wie neemt de verantwoordelijkheid?

Volgens ons zou het systeem er als volgt uit moeten zien. De huisarts verwijst de patiënt naar het ziekenhuis, naar het streekziekenhuis. Dat is een volwaardig ziekenhuis, inclusief poli's, beddenhuis, operatiekamers, spoedeisende hulpposten en een afdeling acute verloskunde. Er is een directe lijn tussen specialist en huisarts. Bij complexe zorg stuurt de specialist de patiënt door naar een gespecialiseerd ziekenhuis. De specialisten uit het streekziekenhuis staan in nauw contact met die van het gespecialiseerde ziekenhuis ter voorbereiding op het moment dat zij de zorg weer overnemen.

Een voorbeeld. Een patiënt van in de 50 krijgt hartklachten en staat hiervoor geruime tijd bij de cardioloog in het streekziekenhuis onder behandeling. Ergens in de 60 blijkt dat hij een openhartoperatie moet ondergaan. Hij wordt doorverwezen naar een hoogspecialistisch ziekenhuis waar ze deze operatie vaak uitvoeren. Enkele dagen na de operatie wordt hij met de ambulance terugvervoerd naar het streekziekenhuis. De zorg is daar immers eenvoudiger van aard, zijn familie en vrienden kunnen hem gemakkelijker bezoeken en het hoogspecialistische ziekenhuis heeft weer

een bed vrij voor de volgende patiënt die een openhartoperatie nodig heeft.

Voorbeeld 2. Een patiënt met rugpijn meldt zich op de spoedeisende hulp van het streekziekenhuis. De patiënt blijkt acuut een aneurysma te hebben. De patiënt wordt met de ambulance vervoerd naar een hoogspecialistisch ziekenhuis en binnen twee uur geopereerd. Enkele dagen later wordt de patiënt weer terugvervoerd naar het streekziekenhuis.

Voorbeeld 3. Een patiënt meldt zich op de spoedeisende hulp bij het streekziekenhuis met duizelingen. Het blijkt een gevaarlijk laag hemoglobinegehalte te hebben. Dit is een veelvoorkomende, levensbedreigende maar goed te behandelen aandoening. De patiënt wordt opgenomen, krijgt een zakje bloed, de omeprazol wordt beter afgestemd en na enkele dagen gaat de patiënt weer naar huis. En hij heeft geen bed bezet in een gespecialiseerd ziekenhuis.

Dit is toch heel simpel, voorzitter. Hadden we dit nog maar! Maar het moet kapot.

Voorzitter. Ik ga afronden. Misschien heeft de luisteraar mij niet specifiek horen spreken over gehandicaptenzorg, Fokuswonen, ggz, sport, jeugd, oorlogsgetroffenen en al die andere zaken die onder mijn portefeuille vallen. De goede verstaander heeft gehoord dat mijn bespiegelingen van vandaag de hele zorg betreffen. De zorg is mensenwerk. Ik dank elke zorgmedewerker vanuit de grond van mijn hart voor al het werk wat zij voor anderen doen, voor al die keren dat ze hun vrije dag inleverden om toch voor hun mensen te gaan zorgen.

Ik wens hun alle goeds en een forse loonsverhoging, want dát zou me toch een goede reden zijn voor oplopende zorgkosten! Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Een vraag nog van de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Ik wilde graag mevrouw Agema nog vragen naar een voorstel dat de SP vorige week heeft gepresenteerd. Dat gaat over de betaalbaarheid van de zorg. Wij hebben voorgesteld om de zorgpremie op nul te zetten en het eigen risico af te schaffen. Dan gaan we dus de zorgkosten betalen vanuit de belastingen. Mijn vraag aan mevrouw Agema is of de PVV dat voorstel zou steunen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nou, ik zou het in ieder geval niet direct afwijzen, want ik vind het goed als er nagedacht wordt over hoe je het systeem op macroniveau organiseert. Maar wat ik wel een zwaktebod vind is dat dit voorstel echt weer gaat over het systeem, terwijl het systeem intrinsiek heel erg duur is. Bijvoorbeeld, de dbc-systematiek en het moeten schrijven is wat zorg duur maakt. Uw voorstel zegt dus: schaf de zorgpremie, de zorgtoeslag en het eigen risico allemaal af en regel het via de belastingen. Misschien is dat wel een beter idee om te doen, maar dat moet wel meer uitgewerkt worden. De ex-post is niet uitgerekend door het CPB. Wat ik ook zie is dat het per saldo al 2 miljard euro structureel kost. Dus ik sta er niet afwijzend tegenover; ik wil dat best beter bestuderen, maar ik vind wel dat u uw focus legt op het systeem, de organisatie van het systeem, in plaats van op dat wat daadwerkelijk het systeem zo duur maakt en wat zo ergerlijk is. Dus ...

De heer **Hijink** (SP):
Dat zijn natuurlijk twee verschillende discussies. We hebben daar al vaak over gesproken. Wij hebben altijd al gezegd: haal die marktwerking uit het stelsel, haal de winsten eruit, haal de concurrentie eruit. Dan ga je ook heel veel overtollige bureaucratie en overtollige kosten eruit halen. En als dat nou leidt tot een kostenverlaging, wat ik denk dat het zal doen, dan hoef je natuurlijk uiteindelijk ook minder geld op te halen voor de zorg. En dan hoef je uiteindelijk dus ook minder uit de belastingen op te halen. Maar ik ben blij met het antwoord van mevrouw Agema. Daar zit wel een opening, dus daar ben ik blij mee.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Uw dekking is wat ruig. Uw dekking is dat 20% van de mensen met de hoogste inkomens 4% meer gaan betalen. Dat vind ik erg ruig, dus dat steun ik niet, maar uw voorstel is wel wat milder vorm te geven. Dat omslagpunt kan ergens anders komen te liggen. Dus ik sta er niet negatief tegenover, maar ik steun het ook niet in de ruige vorm zoals het nu voorligt.

De **voorzitter**:
Stukje nuance. Moet kunnen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ja. Van de PVV hè, voorzitter?

De **voorzitter**:
Ja. Ik schrik er bijna van! Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Veldman van de fractie van de VVD.

□

De heer **Veldman** (VVD):
Voorzitter. De begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vind ik toch wel een van de meest aansprekende begrotingen van het jaar. Dat komt natuurlijk doordat deze begroting een heel mensenleven beslaat. Vanaf hun geboorte tot hun laatste levensfase krijgen mensen met elementen uit deze begroting te maken en dat maakt deze begroting bijzonder.

Ik zou mijn bijdrage willen beginnen met een voorbeeld van zorg waarvan ook ik dacht dat dat nog niet mogelijk zou zijn. In het Mercy Virtual nabij Saint Louis in Missouri werken 900 mensen en het aantal patiënten dat er ligt is nul. Het ziekenhuis heeft namelijk complete medische teams en alle apparatuur om patiënten op afstand te monitoren. Dat gebeurt zowel voor een aantal intensive care units als monitoring van patiënten met COPD, diabetes en hartklachten thuis. Het draait hier, kortom, om topzorg op afstand. Slimme zorg thuis, waardoor ziekenhuisbedden kunnen worden bespaard en de zorgkosten dus omlaag gaan. Dit lijkt mij bij uitstek een voorbeeld van slimme zorg, van de ontwikkeling van de zorg van 1.0 naar 2.0. Voorzitter.

Nederland kent een van de beste zorgstelsels ter wereld. In Europa staan wij op nummer 2, achter Zwitserland, in de Euro Health Consumer Index. Sinds 2005 staan wij als enige land consistent in de top-drie van deze ranking.

Kwalitatief goede zorg betekent uiteraard dat we veel geld aan de zorg uitgeven. Vanaf 1 januari 2020 gaan we weer meer geld uitgeven. Het totale budget stijgt met 2,5 miljard tot 82,2 miljard euro. Dat is een stijging van 3,1%. Per volwassene geven we in 2020 gemiddeld €5.528 aan de zorg uit.

Er zijn een aantal uitdagingen voor de toekomst. Als je zorg nodig hebt, moet je zorg krijgen. Daar mag geen enkele discussie over bestaan. Maar deze vanzelfsprekendheid staat onder druk. Een aantal autonome ontwikkelingen stelt ons voor grote uitdagingen, die we niet moeten onderschatten. Zo is de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking in rap tempo aan het veranderen. In 2040 zijn er twee keer zo veel 75-plussers, drie keer zo veel 90-plussers en vier keer zo veel 100-plussers.

Ook is er een enorm tekort aan personeel in de zorg. Er zijn onvoldoende artsen en verpleegkundigen om in de zorgbehoefte te voorzien, zowel in stedelijk gebied als in de regio. Hierdoor staat de zorg onder druk en sluiten er zelfs afdelingen van ziekenhuizen. Gezien de toenemende zorgvraag is het onmogelijk dit arbeidsmarktprobleem alleen met extra personeel op te lossen. Nu werkt een op de zeven mensen in de zorg, maar als we niks doen, wordt dat in 2040 een op de vier mensen. Zelfs een kind snapt dat dit qua arbeidsmarkt niet realistisch is.

Het gebruik van technologie en innovatie in de zorg staat niet stil. We staan aan de vooravond van een hele nieuwe generatie behandelmethoden, die voor een revolutie kunnen zorgen in genezende behandelingen. Er is een toename van geneesmiddelen voor een kleine patiëntenpopulatie met ernstige, zeldzame aandoeningen: de zogenaamde weesgeneesmiddelen. Tevens groeien we toe naar op maat gemaakte geneesmiddelen, gentherapieën en -behandelingen en personalized medicine, die soms voor één enkele patiënt gemaakt wordt.

Deze ontwikkelingen zijn buitengewoon, maar stellen ons ook voor nieuwe problemen. Waar met generieke medicijnen de kosten van de ontwikkeling van een medicijn kunnen worden terugverdiend doordat een hele grote groep mensen er gebruik van maakt, is de groep gebruikers van weesgeneesmiddelen vele malen kleiner, laat staan van personalized medicine. We kennen hier al de voorbeelden van, zoals het prikje van baby Pia in België en de Amerikaanse Mila, die speciaal op maat gemaakte medicatie kreeg voor haar zeldzame stofwisselingsziekte. De kosten van medicijnen zullen gigantisch gaan stijgen als we met nieuwe behandelingen qua bekostigingssystematiek op de oude voet verdergaan.

Er zijn ook nieuwe spelers in de zorg in aantocht. Drogisterijketen Etos wil meer dan alleen tandpasta, pijnstillers en vitamines verkopen, en gaat inzetten op het aanbieden van informatie over gezondheid en welzijn. Hiervoor heeft Etos recentelijk een overname gedaan, waarmee informatiesites als gezondheidsplein.nl, dokterdokter.nl en ziekenhuis.nl onderdeel zijn geworden van Etos.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ik wil graag even terugkomen op het punt dat de heer Veldman maakte over de farmaceutische industrie. Hij heeft het over nieuwe ontwikkelingen die — ik vertaal het maar even in mijn woorden — om nieuwe regels vragen. Ik zou hem willen voorhouden dat ook de bestaande standaardmedicatie en de bestaande regels waarbinnen de farmaceutische industrie opereert ons al voor uitdagingen stellen. Dus niet eens de nieuwigheid veroorzaakt uitdagingen, maar de huidige situatie ook. De minister onderkent dat nu eindelijk ook en roept medicijnfabrikanten op om open te zijn over de prijsopbouw. Dat zijn ze tot nu toe nog niet. Ze geven ook geen goede redenen, hoor ik de minister zeggen. Ik zou daarom willen pleiten voor de verplichting voor fabrikanten om full disclosure te geven, the Full Monty te doen, zeg maar. Om verplicht inzage te geven in de opbouw van prijzen. Als ik de heer Veldman hoor, zou hij dat idee weleens kunnen steunen. Klopt dat?

De heer **Veldman** (VVD):
Ik weet niet of ik the Full Monty in deze zaal wil steunen ...

De **voorzitter**:
Bespaar het ons!

De heer **Veldman** (VVD):
Bespaar het ons, precies. Maar ik steun de minister in zijn ambitie om met farmaceuten afspraken te maken over transparantie van kostenopbouw. Dan gaat het niet alleen om de medicijnen die de markt halen, maar ook om de medicijnen die de markt niet halen. Daar zit natuurlijk wel een van de elementen waarom medicijnen zo duur zijn. Er zijn ook heel veel dingen die ons uiteindelijk niet bereiken, omdat ergens, meestal in de klinische fase, de conclusie wordt getrokken dat er toch te veel risico's aan zitten of dat er toch te veel bijwerkingen zijn. Dus naar het volledige plaatje kijken en transparantie: ja, dat kan ik ondersteunen. Dat is waar.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Als we naar het volledige plaatje kijken, dan blijkt daaruit dat binnen de industrieën de farmaceutische industrie degene is die het hoogste bedrijfsresultaat haalt. Het is dus een drogreden dat er financiële beperkingen zouden zijn binnen die industrie. Men doet daar aan winstmaximalisatie.

Twee. Die transparantie is goed, maar die wordt gewoon niet vanzelf gegeven. Vandaar mijn vraag of we niet toch een verplichtend kader moeten stellen. Zou daarover te praten zijn met de heer Veldman? Als hij niet bereid is die zorgen gevolg te geven, zijn die zorgen natuurlijk toch een beetje loos. Hopelijk is hij dat wel.

De heer **Veldman** (VVD):
Volgens mij zijn er vele wegen die naar Rome leiden en zijn er ook meer dingen te doen dan alleen maar transparantie bieden. Ik ben het met mevrouw Ploumen eens dat we met de farmaceuten in gesprek moeten over het transparant maken van hun kostenopbouw. Dat is ook de inzet van de minister, maar daarmee zijn we er niet. Als we namelijk kijken naar de generieke geneesmiddelen, dan zijn die in

Nederland gemiddeld genomen goedkoper dan in veel andere landen. Wij zitten dus al helemaal onderaan de markt. De zorg zit meer bij al die nieuwe dingen, bij al die medicijnen die misschien maar voor één patiënt beschikbaar zijn. Het voorbeeld van het meisje Mila uit de Verenigde Staten: 3 miljoen dollar voor een behandeling. We moeten met elkaar in gesprek over hoe we daarmee omgaan. Dan kun je die 3 miljoen wel inzichtelijk maken. Laat het dan misschien 2,5 miljoen worden, maar dat is nog steeds heel erg veel geld als we het over één patiënt hebben. Daar moet je dus met elkaar stappen in zetten om te zorgen dat we dat ook anders bekostigen.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):
Een van de duurste elementen in de ontwikkeling van nieuwe medicijnen is de trial — trial nummer 3 heet dat geloof ik — waarin bij cohorten patiënten moet worden onderzocht of geneesmiddelen veilig zijn. U heeft het over personalized medicine, maar houdt u er dan ook rekening mee dat we, als we via DNA-onderzoek kijken naar het juiste medicijn, die trial kunnen overslaan? Dat zou enorm schelen in kosten. Wat vindt de heer Veldman daarvan?

De heer **Veldman** (VVD):
Dat is helemaal waar. Het goede nieuws over dit soort medicijnen is dat die laatste fase, die vaak inderdaad de duurste is, misschien beperkt kan worden, korter gemaakt kan worden of misschien zelfs overgeslagen kan worden. Het mooie is dat wij daar in Nederland al stappen in zetten. TNO in Leiden is bezig machines te ontwikkelen, of heeft dat voor een deel al gedaan, om op een andere manier dit soort testfases te doorlopen. Dan kan een product sneller op de markt worden gebracht, komt het sneller bij de patiënt terecht en kan die hele fase, die zo duur is, van het maken van dat medicijn korter worden gemaakt. Volgens mij zijn wij het met elkaar eens. Uiteindelijk moeten middelen natuurlijk wel veilig zijn. Je moet voldoende garanties en testen inbouwen, maar waar dat kan, moeten we die derde fase zeker bekorten.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):
Dat vind ik fijn om te horen, voorzitter.

De heer **Veldman** (VVD):
Voorzitter. Ik was gebleven bij nieuwe spelers die op de markt komen, om even een schets te geven van wat ons allemaal te wachten staat. Wie in de Verenigde Staten gaat kijken, ziet dat retailer Walmart recent een volledig nieuw concept van een gezondheidscentrum geopend heeft in Dallas, Georgia. Naast volledige tandheelkundige zorg, eerstelijnszorg en optische zorg, heeft elk Walmart-gezondheidscentrum een volledig laboratorium, volledige beeldvormingsdiensten, apotheken, audiologie en gedragsadvies. Voor de niet-kenners: Walmart is oorspronkelijk een supermarktketen. Dit is dus nog maar een voorbode van de stappen die technologiereuzen als Amazon, Apple en Google gaan zetten.

Tot slot. In de analyse bevindt zich ook nog een aantal uitdagingen op het gebied van zorg die op persoonlijk niveau erg ingrijpend zijn. Ik doel hier op de beschikbaarheid van bijvoorbeeld donororganen. Specifiek is er nog steeds een groot tekort aan donornieren. Nierteams aan huis, een initiatief van vier universiteitsziekenhuizen, heeft de afgelopen jaren hard gewerkt aan het oplossen van dit tekort. Ze komen bij nierpatiënten en hun familie, vrienden en kennissen langs om voorlichting te geven over de behandeling van een nierziekte. Een mooi voorbeeld van zorg in de thuisomgeving, waarbij de omgeving van de patiënt nauw betrokken wordt. De resultaten mogen er zijn. Ze tonen aan dat familie en vrienden sneller overwegen om een nier te doneren wanneer zij goede voorlichting krijgen over de ziekte en over welke behandelingen er mogelijk zijn.

Voorzitter. Dan de oplossingen voor de toekomst. Er zijn volop uitdagingen. Het goede nieuws is dat er ook volop kansen en mogelijkheden zijn om deze uitdagingen aan te gaan. Een van de manieren om de zorg in de toekomst bereikbaar, beschikbaar, betaalbaar en kwalitatief goed te houden, is wat de VVD betreft slimme zorg. Met slimme zorg bedoel ik niet alleen technologische innovatie, maar ook het beter organiseren van zorg. Mercy Virtual, waar ik mijn bijdrage mee begon, is een sprekend voorbeeld van zowel technologie als het organiseren van zorg. Slimme zorg kan op elk front in de zorg ingezet worden. Letterlijk en figuurlijk de juiste zorg op de juiste plek organiseren: in academische ziekenhuizen alleen complexe zorg, in algemene ziekenhuizen niet-complexe zorg en reguliere behandelingen, een verplaatsing van een deel van de behandelingen naar de anderhalve- en eerstelijnszorg, en veel meer dan nu gebruikmaken van technologische hulpmiddelen in het behandelplan, met name bij de al dan niet doorlopende controle na een medische ingreep. Dit beter organiseren is een must. Centraal hierbij staat het belang van de patiënt: de beste zorg op de voor de patiënt beste manier en op de beste plek. We moeten de zorg zo inrichten dat deze aansluit bij de behoefte van iedere patiënt en we de kwaliteit van leven waarborgen, nu en over twintig jaar.

Voorzitter. Die evolutie naar slimmere zorg is gelukkig al ingezet. Er zijn legio voorbeelden die dat aantonen. Er wordt bijvoorbeeld meer ingezet op het gebruik van data science in de zorg. Nu beoordeelt bijvoorbeeld een radioloog de scans van een MRI, maar dit kan ook met behulp van een algoritme, wanneer dat getraind wordt met een groot scala aan scans. In de toekomst kunnen algoritmes ook ingezet worden om bijvoorbeeld te voorspellen of iemand een hartinfarct krijgt. Slimme horloges meten nu al dagelijks je hartslag en geven ook waarschuwingen af als deze om onverklaarbare redenen omhooggaat. Er zijn vele start-ups bezig met het ontwikkelen van gezondheidsapps, waarbij mensen hun gezondheid kunnen meten en hun zorgvraag op een eenvoudige manier kenbaar kunnen maken, en waarbij ze direct naar de juiste instantie worden verwezen. Dit zorgt er onder andere voor dat de druk op de huisarts wordt verminderd. Dat is vaak de eerste persoon waar mensen met een zorgvraag aankloppen, terwijl ze misschien beter ergens anders geholpen kunnen worden. Eind dit jaar bespreekt de Kamer mijn initiatiefnota over het koppelen van preventie en technologie. Vooruitlopend hierop stel ik samen met collega Van den Berg voor om middelen vrij te maken om gezondheidsapps te controleren. Als gebruiker wil je natuurlijk wel weten of je met een fatsoenlijke app te maken hebt.

Voorzitter. Voor de patiënt de beste zorg op de beste plek vraagt iets van zorgverleners en zorgverzekeraars. Zoals gezegd werkt op dit moment een op de zeven mensen in de zorg. Qua groei in de zorgbehoefte wordt dat in 2040

een op de vier mensen en dat gaat niet. Technologie kan een deel van deze krapte opvangen, maar daarbij wil ik wel benadrukken dat die nooit de menselijke hand geheel kan vervangen. Zorg is en blijft mensenwerk. De synergie tussen mensen en technologie kan echter wel een oplossing bieden voor de grote krapte die er op dit moment is. Dat vraagt van zorgverleners dat ze nieuwe technologie omarmen en hun behandelplannen daarop aanpassen. Het vraagt van zorgverleners en -verzekeraars dat ze meer sturen op kwaliteit en op uitkomstindicatoren in plaats van de huidige prikkel van het aantal behandelingen. In het hoofdlijnenakkoord medische zorg is door partijen de ambitie onderschreven dat in 2022 voor ruim 50% van de ziektelast de uitkomsten van de zorg voor de patiënt inzichtelijk zijn en te gebruiken zijn voor het bevorderen van het lerend vermogen van zorgprofessionals. Het verstrekken van deze zorginformatie aan patiënten en een zorginkoop die aansluit bij de behoefte van de patiënt, waardegedreven zorg dus.

Voorzitter. Het in kaart brengen van deze 50% uitkomstindicatoren is een belangrijke afspraak, want geeft een behandeling inderdaad de zekerheid op een betere levenskwaliteit? Wat als je een operatie ondergaat en de bijwerkingen ervan erger zijn dan de kwaal? Slimme zorg is dus ook waardegedreven zorg. Ik vraag dan ook om een aanpassing van de behandelplannen van zorgverleners, zodat deze het beste aansluiten op de behoeften van de patiënt. Samen met patiënten beslissen. Hoe staat het met deze ambitie, zo vraag ik de minister. Want ik juich die ambitie uit het akkoord namelijk van harte toe. Bij deze vorm van slimme zorg hoort ook dat we expertzorg gaan creëren op bepaalde zorggebieden. Expertise leidt tot de beste zorg en daarmee de beste zorguitkomst voor de patiënt. Hiervoor wil de VVD dan ook samen met D66 extra middelen beschikbaar stellen. Daarbij zie ik graag dat de minister zorgdraagt voor de totstandkoming van een inventarisatie van bewezen kosteneffectieve digitale innovaties en e-healthtoepassingen. Deze inventarisatie kan de zorgverzekeraars helpen bij de zorginkoop en de monitoring van de opschaling van initiatieven.

Voorzitter. Zoals gezegd, vraagt de beste zorg op de beste plek ook iets van zorgverzekeraars. Als ik als verzekerde aan het eind van dit jaar een keuze wil maken uit het aanbod van verzekeraars, dan blijkt kiezen op kwaliteit nog best lastig. Ik kan niet zien wie waar welke kwaliteit levert. Ik kan sowieso moeilijk achterhalen wat door welke verzekeraar vergoed wordt. Is het in dit licht niet raar dan een op de vier verzekerden wel wil overstappen, maar dat uiteindelijk maar een op de veertien jaarlijks van verzekeraar wisselt, en dat dit waarschijnlijk ook nog vooral de mensen zijn die gelukkig niks mankeert? Hoe kan volgens de minister door de verzekerden het beste gekozen worden op kwaliteit? Waar kan de verzekerde terecht voor advies over de keuze van een zorgverzekeraar?

Voorzitter. Slimme zorg uit zich ook in de productie, het gebruik en de kosten van geneesmiddelen. Alternatieve vormen van bereiding, nieuwe prijsafspraken met farmaceuten voor met name de nieuwe generatie medicijnen, het aanleggen van voorraden of het verplaatsen van productie naar Europa maken we dat de kosten van medicijnen kunnen beteugelen, tekorten in de toekomst kunnen opvangen en minder afhankelijk zijn van productie buiten Europa. De minister heeft onlangs aangekondigd dat er voorraden van twee of drie maanden aangelegd moeten worden. Dat is mooi, maar het is de vraag of we er daarmee zijn. Als we de zorg en de afhankelijkheid van medicijnen langs de geopolitieke meetlat leggen, popt ook de vraag op of we niet te afhankelijk aan het worden zijn van China en India, waar 80% van de productie vandaan komt.

Ik wil graag van de minister horen of de zorg en met name de productie van medicijnen niet moeten worden aangemerkt als een vitaal belang. En als dat zo is, wat vraagt dat dan? Hoe kunnen ervoor zorgen dat er weer grondstoffen en productiecapaciteit in Europa beschikbaar zijn? Kunnen we, door dit in EU-verband op te pakken, het kostenopdrijvende effect van verplaatsing naar Europa zo veel mogelijk drukken?

Voorzitter. Hoe kunnen we daarnaast verspilling van medicijnen tegengaan? In het OLVG is recent PharmaSwap opgezet, een besloten marktplaats waar apothekers vraag en aanbod bij elkaar kunnen brengen van niet-verstrekte geneesmiddelen. Van deze geneesmiddelen mogen we aannemen dat ze veilig zijn te gebruiken. Ze zijn namelijk volgens de geldende wetgeving bewaard. Echter, ze worden vaak weggegooid als de houdbaarheidsdatum in zicht komt. Kunnen we dat weggooien niet voorkomen door ze uit te wisselen met apotheken die ze wel nodig hebben? Hoe kijkt de minister aan tegen dit idee van PharmaSwap?

Voorzitter. Dan nog de personalised medicine. Iedereen zal begrijpen dat een enorme groei aan gentherapieën en andersoortige kostbare een-op-een gefabriceerde medicijnen, die qua kosten in de miljoenen lopen, ons confronteren met een onhoudbaar prijsmodel. Ik vraag de minister in dit kader om de trends ten aanzien van meer gepersonaliseerd gebruik van geneesmiddelen en medische techniek in kaart te brengen, en de effecten daarvan voor toelatings- en vergoedingsprocedures en zorguitgaven op een rij te zetten. Ik wil dat hij daarbij ook aandacht besteedt aan hoe dit in de praktijk versterkt kan worden, hoe nieuwe therapieën de patiënt kunnen bereiken, en welke ontwikkel- en businessmodellen daarbij passen, rekening houdend met de betaalbaarheid.

Voorzitter, afrondend nog even over de beschikbaarheid van donornieren, waar ik net over sprak. Niet altijd heeft iemand enkel medicijnen nodig om beter te worden. Sommigen van ons zitten met smart te wachten op een donororgaan. De werkwijze van Nierteams aan Huis toont aan dat de zorg in de thuisomgeving ook gaat over dit soort ingrijpende zaken. Want slimme zorg uit zich in een goede voorlichting door een uitgebreid team in een groep met vertrouwde gezichten. Daarom is opschaling van teams die op een dergelijke manier te werk gaan wat de VVD betreft nodig, niet alleen voor al die mensen die wachten op een donororgaan, maar ook om het leed van die ene patiënt te verzachten en de beste zorg voor de patiënt op de beste plek te organiseren.

De **voorzitter**:
Dank u wel. U bent klaar, hè? Of niet?

De heer **Veldman** (VVD):
Ja hoor, ik ben bijna klaar.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Er is een vraag van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik wou nog even terugkomen op de betaalbaarheid van geneesmiddelen en de farmaceutische industrie. De SP heeft, overigens samen met de Partij van de Arbeid en GroenLinks, allang het idee geopperd om een nationaal onderzoeksfonds voor geneesmiddelen te ontwikkelen. Mijn vraag is hoe de VVD daartegen aankijkt. Laat ik het even toelichten. Heel veel wetenschappers doen onderzoek naar geneesmiddelen. Het Anthoni van Leeuwenhoek is daar een groot voorbeeld van. Nu kunnen zij bepaalde onderzoeken waarin medicijnen worden getest op hun werkzaamheid niet gefinancierd krijgen. Als ze dat wel konden doen, zouden de medicijnen goedkoper kunnen worden en sneller op de markt komen. Hoe staat de VVD daartegenover?

De heer **Veldman** (VVD):
Ik ben in zijn algemeenheid geen voorstander van het nationaliseren van allerlei onderdelen in de zorgketen. Ik ben in zijn algemeenheid ook niet voor een medicijnenfonds — ik weet niet precies hoe de SP het noemt — waarbij de overheid ineens als farmaceut gaat optreden.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik zal het toelichten, want de heer Veldman heeft toch niet helemaal begrepen wat de bedoeling is. We hebben op dit moment allerlei onderzoeksfondsen via bijvoorbeeld het KWF-kankerfonds en ZonMw. Er zijn allerlei potjes, maar de vraag is of er voldoende geld is om dat onderzoek te doen. Het antwoord is: nee, er zou meer moeten komen. Maar er is ook gebrek aan fase III-onderzoek, dus wat verder voortgezet onderzoek bij het testen van geneesmiddelen in geval van bepaalde kankerbehandelingen. Dat betreft niet grote groepen, maar is wel ontzettend belangrijk. Dat gat bestaat op dit moment. Daar is geen geld voor. Zou de VVD ervoor voelen om daar toch eens goed naar te kijken en om daar middelen voor vrij te maken? Het gaat om een onderzoeksfonds en niet om het produceren van de geneesmiddelen.

De heer **Veldman** (VVD):
Zoals ik net tegen mevrouw Ploumen of tegen mevrouw Van Esch, geloof ik, zei, ben ik er helemaal voor om te kijken hoe we met name in de derde fase van het klinisch onderzoek, die nogal duur is, de boel kunnen versnellen. Dan kunnen producten ook eerder naar de markt, juist als het om kleine groepen of om een-op-eenmedicijnen gaat. Want het heeft natuurlijk niet zo veel zin om op grote groepen te testen als een medicijn eigenlijk voor één persoon bedoeld is. Daar moet volgens mij winst te behalen zijn, ook als ik kijk naar waar TNO mee bezig is om de kosten te drukken, waarbij een product die patiënt dus wel bereikt. Dat is volgens mij de primaire weg die we moeten bewandelen om ervoor te zorgen dat datgene wat ontwikkeld is en wat er in testfases ligt, ook gereed wordt gemaakt voor gebruik door de patiënt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
De heer Veldman spreekt uitgebreid over het slim organiseren van de zorg. Eigenlijk ben ik dat wel met hem eens. Ik denk dat we de zorg nog slimmer kunnen organiseren, zodat die ook prettiger is voor de patiënt. Dat vraagt ook iets van de zorgverzekeraars zoals de heer Veldman zelf ook zei, maar in de praktijk zien we dat sommige zorgverzekeraars het wel steunen en andere niet als steden en regio's het initiatief nemen om slimmer samen te werken, bijvoorbeeld tussen een ziekenhuis en huisartsen. Zo krijgen we die verandering natuurlijk niet voor elkaar. Is de heer Veldman het met mij eens dat dit ook van zorgverzekeraars vraagt dat ze op dezelfde manier een initiatief in de wijk steunen?

De heer **Veldman** (VVD):
Als mevrouw Ellemeet probeert te zeggen dat we van alle zorgverzekeraars mogen verwachten dat zij zich inzetten voor de beste zorg, dan ben ik het met haar eens. Als ze bedoelt te zeggen dat elke zorgverzekeraar exact hetzelfde moet doen, dan niet. Het mooie is nou juist dat we verschillende zorgverzekeraars hebben en dat je dus ook verschillende incentives ziet voor het sturen op kwaliteit. Volgens mij vinden we elkaar in de wens om ook transparant te maken hoe die kwaliteit is georganiseerd. Dat is ook de oproep die ik net aan de minister deed. Met de afspraken in het hoofdlijnen akkoord moet transparant worden gemaakt dat er op uitkomst indicatoren worden vastgesteld met elkaar. Je mag dus ook van verzekeraars vragen dat zij zichtbaar maken hoe ook zij ervoor zorgen dat we de beste kwaliteit van zorg hebben.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Meneer Veldman geeft aan dat zorgverzekeraars het allemaal zelf mogen weten, maar ja, dan krijgen we natuurlijk niet de verandering die we willen. Als we die verandering willen, als we meer samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen willen, dan vraagt dat van alle zorgverzekeraars in zo'n regio of in zo'n wijk hetzelfde commitment. Anders gaan we die verandering niet voor elkaar krijgen. En dat is nou precies het probleem, want we zien dat we die verandering niet voor elkaar krijgen omdat zorgverzekeraars onvoldoende naar elkaar luisteren. We hebben wel aan de top afgesproken dat de ene verzekeraar de andere daarin volgt — dat noemen we dan met een chic woord "congruent gedrag" — maar we zien het in de praktijk nog niet. Het zou mij dus een lief ding waard zijn als de VVD ook wat duidelijker richting de zorgverzekeraars uitspreekt: jongens, als we die verandering echt voor elkaar willen krijgen, dan moeten jullie beter gaan samenwerken.

De heer **Veldman** (VVD):
Volgens mij kunnen we dat met elkaar uitspreken. De nuance die ik net bij mevrouw Ellemeet hoorde in het tussenzinnetje waarin zij sprak van "in de regio" is wel relevant. Want ja, natuurlijk moet je in de regio met elkaar samenwerken. Haar eerste interruptie ging erover dat overal hetzelfde moet gebeuren en dat als ergens zorgverzekeraars dingen doen, de rest overal hetzelfde moet doen. Dat is mij te kort door de bocht, maar als er goede samenwerkingsafspraken zijn, als het functioneert en als het gaat om de beste zorg en de beste manier van werken die op dat moment kunnen worden geleverd, dan mag je inderdaad ook andere verzekeraars die misschien niet meedoen of die de kont tegen de krib gooien, daarop bevragen, zo van "waarom doen jullie daar niet aan mee?" en "hoezo organiseren jullie het anders?" Dan kan daaruit komen dat ze meegaan in de beste zorg die dan gecreëerd wordt, maar het zou ook zomaar kunnen zijn dat er een verzekeraar tussen zit die zegt: ja, maar ik doe dit nog beter en ik vind het heel raar dat die

andere verzekeraars in mijn regio blijven hangen in 1.0-oplossingen en niet meebewegen richting een 2.0-oplossing.

Voorzitter. Dan wil ik afronden. Het gaat erom dat we richting 2.0 gaan. Ons zorgstelsel is in staat om te evolueren naar die fase. Oude dingen die we uit het verleden kennen tonen dat gewoon aan. Zo'n tien jaar geleden startten sommige instellingen voor met name mensen met dementie met een nepbushalte. Dementerende patiënten willen uiteraard bewegingsvrijheid hebben en het personeel maakt zich heel begrijpelijk zorgen over dementerenden die gingen zwerven. De 1.0-oplossing was een nepbushalte met als enige bestemming: naar huis. Op die manier werden patiënten vanaf de bushalte altijd weer teruggebracht naar de zorginstelling. In al zijn eenvoud, vindingrijkheid en intelligentie vind ik dit een tekenend voorbeeld van hoe je een probleem in de zorg kunt aanpakken met slimme zorg 1.0. Inmiddels zijn er 2.0-oplossingen. Met behulp van bakens en gps kunnen bewoners goed in de gaten gehouden worden. De verkregen bewegingsvrijheid draagt vervolgens enorm bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt. En daar draait het uiteindelijk allemaal om: kwaliteit van leven. Dat geldt zowel in de medische zorg als in de langdurige zorg, waarvoor mijn collega Laan nu het stokje zal overnemen.

De **voorzitter**:
O, wat een mooi bruggetje! Wie ben ik dan nog om het woord te geven aan mevrouw Laan-Geselschap, eveneens van de VVD? Het woord is aan u.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Voorzitter, dank. Ik was vorige week een paar dagen met mijn kinderen en mijn schoonmoeder op stap. Mijn schoonmoeder is 78 jaar oud, zeer vief en actief betrokken bij ons gezin. Mijn zoons dragen haar op handen en ondanks dat zij mijn schoonmoeder is, doe ik dat ook. Tijdens die dagen hadden we de rust om mooie gesprekken te voeren over het leven, over jong zijn, over ouder worden. Voor mijn kinderen is dat een ver-van-mijn-bedshow, voor mij al iets minder, maar mijn schoonmoeder zit daar middenin. Al heeft zij nog geen zorg nodig, natuurlijk denken we na over de jaren die voor haar liggen, hoe ze die wil doorbrengen, wat ze gaat doen als ze straks zorg nodig heeft, hoe ze dat gaat organiseren, waar ze wil wonen. Zo kwam de portefeuille waar ik mij dagelijks mee bezighoud, de afgelopen week tot leven, want hoewel je veel werkbezoeken doet, veel gesprekken voert en deze dingen regelmatig aan je worden voorgelegd, komt het een stuk dichterbij als het om iemand gaat van wie je houdt.

Voorzitter. Gelukkig leven wij in een land waar de zorg voor ouderen en langdurig zieken goed geregeld is. Ja, het kan altijd beter, maar we kunnen bouwen op tienduizenden mensen die iedere dag liefdevolle zorg geven. En we leven in een solidair land waar we de kosten van die zorg met z'n allen opbrengen. Als we zien hoe de samenstelling van onze bevolking zich ontwikkelt, zullen de komende decennia steeds meer mensen zorg nodig hebben. Niet alleen dat; we worden ook nog ouder. Dat is fijn, maar dat betekent ook dat we nog langer zorg gebruiken en dat dat een ander soort zorg gaat zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Op dit moment staan bijna 18.000 zeer zware patiënten op de wachtlijst voor een verpleeghuis. Dat zijn mensen die 24 uur per dag toezicht, zorg en verpleging nodig hebben. Voor uw schoonmoeder is er straks volgens mij geen plek beschikbaar. Hoe komt u dan tot de conclusie dat de zorg goed geregeld is?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dank voor deze vraag. Ik kom straks nog specifiek terug op deze aantallen en op deze problematiek. Mevrouw Agema zal het straks dus van mij horen. Ik blijf bij het feit dat Nederland een geweldig land is waar heel veel dingen heel goed georganiseerd zijn, maar ik ben het met mevrouw Agema eens dat er ook nog dingen zijn die beter kunnen, zeker voor deze kwetsbare groep.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ja, er kan nog heel veel meer beter, want sinds het Kwaliteitskader, dat extra geld voor de verpleeghuizen, spreekt de VVD van "liefdevolle zorg", maar ook die staat nu bij het oud vuil. Dus niet alleen die wachtlijsten voor de verpleeghuizen knappen uit elkaar. Er is te weinig personeel. Liefdevolle zorg wordt overboord gezet. Hoe komt mevrouw Laan-Geselschap dan tot de conclusie dat het goed georganiseerd is?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ook dank voor deze vraag. In de ogen van mevrouw Agema wordt liefdevolle zorg overboord gezet. Dat is iets wat wij in ieder geval niet voor onze kap nemen. Liefdevolle zorg is voor ons het uitgangspunt, samen met het fenomeen kwaliteit van leven. Dat is waar wij naar streven. Als wij het idee krijgen dat dat niet goed gaat — in het vervolg van mijn verhaal zult u daar ook nog wat over horen, zoals ik net al aangaf — stellen wij daarover vragen aan het kabinet, dat dit voor ons zo mooi uitvoert.

De **voorzitter**:
We doen de interrupties in tweeën, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ook bij de begroting?

De **voorzitter**:
Ook bij de begroting, ja.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik moest nog tot mijn uitsmijter komen!

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Nou, we zien u vast nog een keer terug.

Ook de toename van het aantal ouderen kan geen verrassing zijn, net zoals de uitsmijter. Dit laten de demografische cijfers al tijden zien. Dit betekent dat we zorgvuldig moeten omgaan met het budget dat we aan zorg uitgeven. Daar spreken we vandaag over: waaraan moeten we het zorggeld

de komende jaren uitgeven en hoe zorgen we ervoor dat de komende jaren zorgbehoevenden nog steeds zorg kunnen krijgen? Want we zijn solidair in dit land, maar we kunnen tegelijkertijd niet de helft van ons inkomen aan zorg besteden. We moeten dus gaan kijken hoe het slimmer kan, want die liefdevolle zorg willen wij niet alleen voor de ouderen en zieken van vandaag, die willen wij ook op de lange termijn en wij willen die betaalbare houden.

Voorzitter. Als meer mensen zorg nodig hebben, hebben wij dus ook meer mensen nodig die die zorg kunnen verlenen. Dat is een probleem, want het aantal mensen dat werkzaam is in de zorg, blijft vooralsnog gelijk. Dit zorgt voor een hoge werkdruk op alle fronten in de zorgsector. Veel van de directe zorg wordt tegenwoordig gedaan door mantelzorgers, waarvoor heel veel waardering en respect, maar met het ouder worden van onze bevolking neemt ook het aantal potentiële mantelzorgers af. Heeft de minister toekomstplannen om te voorkomen dat wij straks met een tekort zitten? Hoe wil hij de mantelzorgers gaan ontzien? Denk hierbij vooral ook aan bijvoorbeeld de ouders van gehandicapte kinderen.

Wij moeten dus nadenken over het anders organiseren van onze zorg, want het is gewoonweg niet realistisch dat wij op deze manier dingen blijven organiseren. Er blijft behoefte aan slimme oplossingen door bijvoorbeeld voor taken die niet per se door een mens hoeven te worden uitgevoerd, robots in te zetten. Niet omdat wij menselijk contact niet belangrijk vinden, maar juist omdat wij vinden dat daarvoor tijd moet overblijven. Daarom is innovatie belangrijk, net als het slimmer organiseren van zorg. Zo moeten wij de kwaliteit van leven, die wij in ons land zo belangrijk vinden, in stand houden.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Robots? Hoor ik dat goed? Zijn robots de oplossing voor de toekomst voor de VVD? Wat gaan die robots dan doen?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
We hebben daar de afgelopen tijd mooie voorbeelden van gezien. Zoals ik net al letterlijk zei, zetten wij robots in zodat wij die menselijke zorg — waar mevrouw Agema, volgens mij, zo ontzettend veel behoefte aan heeft — op de juiste plek kunnen inzetten. Het gaat juist om die mensen waar wij het voor doen in dit land en waarover wij nu met elkaar het gesprek voeren om dat te komende jaren ook te kunnen blijven organiseren. Mijn collega Veldman heeft hiervan net ook een aantal voorbeelden gegeven.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Serieus! Het ene moment heeft mevrouw Laan-Geselschap het over liefdevolle zorg en het andere moment heeft zij het over robots. Hoeveel liefde komt er uit een robot?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dat zie ik dan weer heel visueel voor me; zo ben ik nu eenmaal ingesteld, maar dat zal ik niet met u delen. Ik heb aangegeven dat als je die robots op de goede manier inzet, je juist tijd overhoudt om liefdevolle zorg te geven op het moment dat mensen daar behoefte aan hebben. Wij willen dus nadenken over de vraag hoe de wereld er in de toekomst uitziet.

De **voorzitter**:
We hebben een onderwerp aangeboord dat tot de verbeelding spreekt.

Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik dacht: ik ga hier maar even op door, maar op een iets ander aspect. Ik deel met mevrouw Laan dat het belangrijk is dat wij bekijken hoe wij domotica en e-health kunnen inzetten naast menselijke zorg. Juist die combinatie zorgt ervoor dat wij ook in de toekomst de beste zorg kunnen gaan leveren. Het punt is alleen dat wij nu zien dat er duizend bloemen bloeien als het gaat om e-health en domotica. Er zijn allemaal pilotjes en mooie initiatiefjes, maar wij zien helaas ook vaak dat die dan weer in schoonheid sterven. Is mevrouw Laan het met mij eens dat als wij dit echt willen, dat ook meer regie van de overheid vraagt? Laat ik het nog wat concreter zeggen. Zou het geen goed idee zijn als deze minister op een gegeven moment gewoon een keuze maakt en zegt: deze voorbeelden van domotica zijn bewezen effectief, laten we dat nou eens gaan doen met z'n allen?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ik heb het idee dat mevrouw Ellemeet een vooruitziende blik heeft, want ik kom zo meteen in mijn tekst nog terug op experimenteerruimte. Ik vraag dan nadrukkelijk aandacht voor dit element. Ik denk inderdaad dat wij met elkaar in dit land beter moeten organiseren dat de goede dingen die worden ontdekt, niet in de prullenmand belanden maar ook handen en voeten krijgen. Niet alleen maar in het kleine organisatietje dat daarmee komt, maar uitgespreid over de rest van het land.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik interpreteer dit dan zo dat mevrouw Laan het met GroenLinks eens is dat we moeten kiezen, dat het ook een rol voor de overheid is om die keuzes te maken en ervoor te zorgen dat wij ook echt die opschaling krijgen die wij willen. Niet alleen voor de zorginstelling en het personeel, maar ook voor de industrie die die technologie maakt, moet het interessant worden om hier meer in te investeren.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Ik sluit me aan bij de afsluitende woorden van mevrouw Ellemeet als het gaat over innovatie. Ik heb nog een vraag over het stukje daarvoor. Mijn collega van de VVD vroeg: wat is nou de visie van de minister, kijkend naar de grote uitdagingen die er zijn. Mevrouw Laan wijst op het aantal mantelzorgers dat afneemt, de demografie, ouderen. Zegt zij daarmee ook dat zij op dit moment eigenlijk een visie van de minister mist op die grote uitdagingen?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ook daarop kom ik zo meteen in mijn spreektekst nog terug. Ik ben er heilig van overtuigd dat deze minister daar absoluut een visie op heeft. Maar om hem specifiek te laten uit-

spreken hoe concreet hij daar handen en voeten aan durft te geven — en niet alleen met een programma, maar misschien ook een keer op een andere wijze — ga ik hem daar zo meteen nog verder op bevragen. Dat komt in mijn spreektekst zo meteen nog terug.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
De vraag "heeft de minister een visie?" moet ik dus zo uitleggen: de minister heeft een visie, maar hij moet die concretiseren. U gaat hem daarover zo bevragen. Dan wachten we daarop, maar toch nog heel even over de verpleeghuizen, mede naar aanleiding van de interruptie van mevrouw Agema. We hebben hiervoor een debat gehad over langer thuis. We hebben volgens mij Kamerbreed zorgen geuit over de wachtlijsten. Er zijn nu brieven gestuurd. Uiteindelijk zien we de urgentie om dit aan te pakken. Maar ik lees ook in een brief — ook naar aanleiding van een vraag van mevrouw Agema — dat we eigenlijk nog helemaal geen zicht hebben op de capaciteit en dat die pas aan het einde van het jaar zichtbaar wordt. Dan begin ik me toch echt wel zorgen te maken. Een visie is mooi, maar gelet op de problemen op de korte termijn denk ik dat de minister vandaag wel meer helderheid moet geven over hoe hij die wachtlijsten voor de verpleeghuizen gaat oplossen.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Volgens mij is dit meer een vraag aan de minister, maar ik deel die met u. In een visie kan je niet wonen; volgens mij staat het zo letterlijk in mijn tekst. Dat is een oude tekst die lijkt op die van een oud-sociaaldemocraat uit dit huis. Ik kom ook daar zo nog op terug. Als u die vraag ook zo stelt, dan denk ik dat wij die vraag op die manier ondersteunen.

De heer **Hijink** (SP):
De VVD wil meer robots. Zij wil meer robots, omdat er te weinig mensen zouden zijn die in de zorg werken. Ik wil de VVD eraan herinneren dat de afgelopen jaren onder verantwoordelijkheid van de VVD bijna 80.000 mensen in de zorg zijn ontslagen. Ik wil mevrouw Laan er ook aan herinneren dat de verpleegkundigen hebben aangekondigd in november te gaan staken. Zij gaan staken omdat ze te weinig loon krijgen, te weinig inkomen hebben, omdat de werkdruk veel te hoog is en er te veel bureaucratie is. Zou het niet veel logischer zijn om dat eerst eens aan te pakken, voordat de VVD over robots begint?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dank voor de suggestie. Ik denk ook dat dat heel helder is. Het blijft blijkbaar niet hangen, maar nogmaals, ik heb niet gezegd dat het of-of is, maar dat ik vind dat het en-en zou moeten zijn. Daar liggen kansen en we moeten onze ogen openhouden voor elke kans die er is. Want zelfs met de suggestie die de SP doet — mensen misschien meer loon betalen — lossen wij het tekort aan personeelsleden niet op. En daar gaat het nu in de kern om; er zijn te weinig mensen die het werk kunnen doen. Ook al betaal je ze meer, die mensen tover je er niet bij.

De heer **Hijink** (SP):
Het tekort is er omdat de VVD niet goed zorgt voor ons zorgpersoneel, voor onze zorgverleners. Het tekort is er omdat u de afgelopen jaren mensen ontslagen heeft en omdat er nog steeds mensen in de zorg worden ontslagen. Zorgverleners moeten staken voor een fatsoenlijk salaris. De regering voert campagnes om mensen naar de zorg te lokken, maar ondertussen staat de achterdeur wagenwijd open en verlaten mensen de zorg massaal. Dat is de realiteit, mevrouw Laan. Dat is de realiteit. Mensen verlaten op dit moment de zorg. Dan moet u niet voorstellen om met robots te komen; dan moet u die mensen fatsoenlijk gaan belonen. Dan moet u de arbeidsvoorwaarden verbeteren en de bureaucratie aanpakken, zodat het werk weer aantrekkelijk wordt. Dan heb je het over het beter maken van de zorg. En dan heb je het over meer mensen naar de zorg toe krijgen. Geen robots.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dit was geen vraag, maar los daarvan denk ik dat de kern van het aantrekkelijk maken van de zorg juist is dat de mensen de zorg ingaan omdat ze voor mensen willen zorgen. Die mogelijkheden moeten we met elkaar creëren. Daar waar dat spaak loopt, moeten we ervoor zorgen dat we de mensen die met zo veel passie kiezen voor het zorgen voor andere mensen, de ruimte geven om dat te kunnen doen. Als technologie een toegevoegde waarde heeft waardoor men juist een betere kwaliteit van zorg kan bieden, dan denk ik dat daar de uitdaging ligt. Dan moeten we met elkaar daarop focussen en niet op alle andere negatieve zaken die in die zin een belemmering vormen, alhoewel we elkaar op sommige punten misschien diep in de ogen moeten kijken en daar anders op moeten acteren.

Ik ga verder met mijn verhaal.

Voorzitter. Wat mij frustreert, is dat experimenten op het gebied van innovatie en met manieren om de zorg te verbeteren vaak doodbloeden. Dat ligt dan aan de termijn die hiervoor door het ministerie wordt gegeven. De ambtelijke ondersteuning stopt, de goedkeuring komt niet of innovatieve oplossingen verdwijnen simpelweg onder in een la. Dat tij moeten we keren, zeker omdat slimme oplossingen zo hard nodig zijn. Nu zijn er gelukkig mensen die dan buiten de kaders gaan werken, zoals de twee vaders die ik van de week heb ontmoet en wier dochters een stofwisselingziekte hebben. Zij zetten een experiment door ondanks dat zij weten dat het volgens de regeltjes eigenlijk niet kan. Ze strijden samen met andere ouders voor een betere gehandicaptenzorg door het concept Mooi leven te introduceren. Dat zijn de mensen die we nodig hebben. Dat zijn de mensen die alle ruimte moeten krijgen om het voor hun gehandicapte kinderen te kunnen verbeteren en uiteindelijk voor iedereen een beter leven te kunnen organiseren zodat we dit soort dingen met elkaar gaan uitrollen. Ik weet dat het in de overheidswereld moeilijk is om kaders los te laten en om buiten de lijntjes te kleuren, maar ik wil toch pleiten voor een bredere experimenteerstatus, een status voor een experiment dat tijd, ruimte en flexibiliteit geeft en gunt aan projecten die bijdragen aan het verbeteren van de zorg, ook als het meer tijd kost dan gedacht of gehoopt. Het klinkt zo eenvoudig maar dat blijkt in de praktijk vaak niet het geval te zijn, waardoor initiatiefnemers maar stoppen. Eeuwig zonde. Hoe kijkt minister De Jonge naar een bredere experimenteerstatus?

Ik gaf ook al dat er niet alleen meer ouderen komen maar dat ze ook nog langer leven. De gemiddelde levensverwach-

ting is inmiddels 81 jaar. Die vieve en actieve schoonmoeder van mij zou een halve eeuw geleden stokoud achter de geraniums hebben gezeten. Ik vind het fantastisch dat zij zo oud mag worden en dat wij zo oud mogen worden, maar dan is het wel prettig als je mobiel blijft, gezond bent, gezelschap om je heen hebt en op een fijne plek woont waar je je thuis voelt en waar je eventueel de zorg kan krijgen die je nodig hebt.

Minister De Jonge zat zondag in Buitenhof. Ik twijfel geenszins aan de goede bedoelingen en inzet van deze minister, maar tegelijkertijd denk ik niet dat de kijkers thuis een warm gevoel kregen van een contourennota, meer regie naar de regio's of een stelselwijziging, nog los van de keren dat dit tot een oplossing heeft geleid. Kan de minister hier nog eens in gewone mensentaal aangeven waar hij nou precies mee bezig is, hoe we de mensen die dit debat volgen gerust kunnen stellen dat dit gaat bijdragen aan de liefdevolle zorg die zij misschien op termijn nodig hebben?

Hoezeer er ook partijen in dit huis zijn die anders geloven, is het toch zo dat de meeste mensen die oud of ziek zien het liefst in hun eigen huis blijven wonen. Maar liefst 97% van de ouderen geeft aan zelf de regie te willen houden over hun leven. Natuurlijk met de zorg of ondersteuning die nodig is, maar liever in je eigen omgeving naast de buurvrouw die je al jaren kent en met de kat op schoot waar je zo aan gehecht bent.

De heer **Kuzu** (DENK):
Ik wil even terug naar die stelselwijziging. De VVD heeft in de afgelopen jaren en ook in deze periode en volgens mij zelfs in het regeerakkoord aangegeven dat ze geen discussie willen over de stelselwijziging. Ik heb de minister toch echt horen zeggen afgelopen zondag in Buitenhof dat hij in ieder geval een begin wil maken met het wijzigen van het stelsel. Hoe kijkt de VVD daartegen aan?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Als u goed naar mijn verhaal luistert, dan kunt u daar denk ik wel uit deduceren dat het feit van een stelselwijziging mij eerlijk gezegd niet zo veel interesseert. Het gaat om het feit hoe het uitwerkt in de praktijk en bij de mensen thuis. Daar gaat het om. Elke wijziging, of die nu via een wet, via een stelwijziging of via wat dan ook komt, zullen we daaraan toetsen. Daar het gaat het bij ons om: kwaliteit van leven bij de mensen thuis.

De heer **Kuzu** (DENK):
Volgens mij kan het een ook niet zonder het ander. Een stelselwijziging is natuurlijk wel van evident belang voor hoe het gaat uitwerken in de praktijk. De afgelopen jaren hebben we een aantal perverse elementen van het stelsel gezien die ervoor zorgen dat de zorg niet beter wordt en die ervoor zorgen dat de zorg duurder wordt. Ik zou graag van de VVD willen weten of ze bereid is om die perverse elementen van het stelsel in kaart te brengen en er ook echt wat aan te doen en dus geen afwachtende houding aan te nemen.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Volgens mij zegt meneer Kuzu twee dingen tegelijk. Aan de ene kant zegt hij dat een stelselwijziging nodig is. Nou, dat gaan we op z'n merites beoordelen. De voorstellen die komen gaan we toetsen op hoe het uitwerkt bij de mensen thuis en of mensen thuis daadwerkelijk betere zorg krijgen dan wel in het ziekenhuis of het verpleeghuis. Daar gaan we naar kijken. De perverse zaken waar u het over heeft, worden uiteraard op dat moment ook aan de orde gesteld en dan zullen we daar gewoon naar kijken. Voor ons staat niet de stelselwijziging an sich voorop, maar het feit dat het bijdraagt aan een langdurig betaalbare zorg, waarbij niet alleen wij nu maar ook de mensen in de toekomst kunnen rekenen op een overheid die betaalt voor de zorg die zij nodig hebben.

Voorzitter. Ik begrijp ook dat waar het gaat om echt echtparen die soms 50 tot 60 jaar samen zijn en van wie de een zorg nodig heeft, het voorkomt dat ze van elkaar worden gescheiden omdat de manier waarop ze zich ontwikkelen verschillend is. Ook wij hebben daarover de schrijnende verhalen gehoord. Het is verschrikkelijk om deze verhalen te horen. Daar worden we allemaal stil van.

Een deel van het probleem kunnen we oplossen door aanpassingen aan de woningen, en door meer ruimte te bieden aan andere woonvormen, zoals kangoeroewoningen waarin kinderen en ouders samenwonen, of woongroepen. Hoe eerder we daarover nadenken, ook de ouderen zelf, hoe beter. Ouderen doen dat ook. Denk aan mensen die ervoor kiezen om in een hofje te gaan wonen, zodat er meer sociale controle is. Of denk aan ouderen die samen een kavel kopen waar ze zelfstandig gaan wonen, maar waar ze elkaar kunnen ondersteunen en bijvoorbeeld gezamenlijk eten en de tuin onderhouden. Ze zien naar elkaar om, zorgen dat mensen niet vereenzamen en blijven daardoor zelf actiever. Kijk bijvoorbeeld naar het dorp Austerlitz. Hier houden fitte ouderen een oogje in het zeil bij zorgbehoevenden. Ze doen boodschappen voor elkaar of ze gaan even met de stofzuiger door het huis van de buren. Ouderen kunnen daardoor in hun eigen huis blijven wonen. Ze kunnen blijven meedoen in de samenleving. En ze krijgen de zorg die ze nodig hebben. Dat is het beeld van de zorg in de toekomst zoals ik dat zie.

Voorzitter. Het kabinet werkt aan het uit het slop trekken van de woningmarkt. Nu moeten ook wij, als woordvoerders zorg, het moment pakken om na te denken over toekomstige woonvormen voor ouderen. Ik wil de minister dan ook vragen om met zijn collega, de minister van Binnenlandse Zaken, hier heel intensief in op te trekken. Welke mogelijkheden ziet de minister nu om hier concreet mee aan de slag te gaan?

Dat geldt ook voor de groep jongere ouderen, de yeps, de young elderly people — jullie houden allemaal erg van afkortingen, dus ik gooi er maar weer eentje in — oftewel de 55-plussers. Zij zijn zich nog niet altijd bewust van hun toekomst. Ze zijn druk bezig met werk, kinderen en met de zorg voor hun ouders, zodat ze geen tijd hebben om zichzelf voor te bereiden op de volgende fase in hun leven. Dat is een fase waarin ze waarschijnlijk zelf ook zorg nodig hebben. Laat staan dat ze al nadenken over kleiner wonen in dat grote huurhuis of grote koophuis dat ze gekocht of gehuurd hebben, samen met hun kinderen. Denkt de

minister na over het activeren van deze young elderly people? Wat zijn de plannen voor deze groep?

Sommige mensen kunnen niet langer thuis wonen en moeten naar een verpleeghuis. Momenteel zijn er echter 14.000 plekken tekort, en dat loopt op. Het zullen er de komende jaren steeds meer worden. De minister schrijft ons dat we in december een advies van een commissie kunnen verwachten. Ik heb het net gezegd: in een advies kun je niet wonen. Ik hoor dus liever van de minister wat hij concreet aan het doen is. Is hij extra plekken aan het creëren? Hoeveel plekken zijn dat dan? Spreekt het kabinet hierover specifiek met corporaties en over hun rol hierin?

Voorzitter. In 2020 is er 1,8 miljard euro beschikbaar voor het zogenaamde kwaliteitsbudget zorg. Dat is een hoop geld. Dat moet worden besteed aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. De afspraak was dat het overgrote deel, 85%, naar personeel zou gaan: handen aan het bed dus. Tegelijkertijd is er in mei een akkoord gesloten met Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ, waarin die richtlijn wordt losgelaten. Hoe wordt die 1,8 miljard volgend jaar dan besteed? Welke afspraken zijn er precies gemaakt? Wie controleert dat? Mag het bijvoorbeeld ook gebruikt worden voor nieuw- of verbouw? Want ik ben van mening dat het aantal beschikbare plekken in een verpleeghuis ook bijdraagt aan collectieve kwaliteit.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Met het risico dat ze gaat zeggen dat het nog komt in het vervolg van de bijdrage, mis ik nu in de bijdragen van beide woordvoerders van de VVD toch eigenlijk een analyse van de context van de zorg. Ik heb nu namelijk heel veel gehoord over cure en care, zoals dat dan in jargon heet, oftewel curatieve zorg en langdurige zorg. Maar hoe kijkt de VVD eigenlijk naar de context van de zorg, naar onze bevolking, naar volksgezondheid in dit geval, en dan met name ook naar de grote verschillen die er tussen sociaaleconomische groepen zijn, bijvoorbeeld als het gaat om levensverwachting? Maar misschien komt het nog!

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Nou, helaas moet ik de heer Renkema teleurstellen, want dat is geen onderdeel van mijn verhaal. Maar ik kan u wel meegeven, en dat heeft u tussen de regels ook wel kunnen horen, denk ik, dat de VVD de juiste zorg op de juiste plaats wil bieden. We kijken hoe we het in de toekomst betaalbaar kunnen houden. We moeten de solidariteit tussen de verschillende groepen goed bewaken. We moeten er goed voor zorgen dat mensen voor elkaar blijven opkomen via financiën. En dat er in dit land grote verschillen zijn tussen verschillende groepen in onze samenleving — ik kom zelf uit Rotterdam; dat weet u wellicht — realiseren wij ons heel goed, maar dat mag nooit een belemmering zijn voor de zorg die iemand krijgt.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Het gaat mij niet zozeer om de zorg die iemand krijgt, maar vooral om de context van gezondheid. Denk aan preventiebeleid. Daar heb ik niks over gehoord. Denk aan de meest kwetsbare groepen in onze samenleving, zoals dak- en thuislozen en gehandicapten. Ik heb daar eigenlijk niks over gehoord in de bijdragen van de VVD. Is het nu een bewuste keuze om het vandaag alleen te hebben over de portefeuilles van deze twee ministers en de miljarden die daarmee gemoeid zijn, of is dat geen bewuste keuze?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dat is deels een bewuste keuze. Preventiebeleid is de afgelopen maanden veelvuldig aan de orde geweest in deze Kamer en zal ook de komende tijd nog aan de orde komen. Mijn collega is daar woordvoerder op geweest, mevrouw Hermans, en we hebben een nieuwe collega die het daar de komende tijd over gaat hebben. Zij heeft daar ook al vaker over gesproken. Over de andere onderwerpen die u heeft genoemd, zoals het gehandicaptenbeleid, heb ik het indirect al een aantal keren gehad. Het is dus wel duidelijk aan de orde geweest. Alleen, we maken allemaal keuzes en we hebben ook maar een bepaalde spreektijd, waarin wij inderdaad onze eigen keuzes maken. Ik neem aan dat we straks van u heel veel gaan horen over hoe u daarnaar kijkt. Wellicht zullen we u daarop interrumperen, zodat ook duidelijk wordt hoe wij erover denken.

De **voorzitter**:
We gaan luisteren naar een interruptie van de heer Kerstens.

De heer **Kerstens** (PvdA):
Toen ik de heer Veldman hoorde over de zorg van morgen, dacht ik: ik interrumpeer nog even niet, want zijn collega, mevrouw Laan-Geselschap, zal het vast vooral gaan hebben over de zorg van vandaag en de problemen waar de zorg van vandaag mee kampt. Ik denk aan medewerkers die ten onder gaan aan de werkdruk, cliënten en patiënten die zorg nodig hebben, maar die niet krijgen, instellingen en zorgaanbieders die dreigen om te vallen en gemeentes die de eindjes niet aan elkaar kunnen knopen. Wat ik mevrouw Laan-Geselschap daarover heb horen zeggen, valt me tot nu toe eigenlijk vies tegen. Wat zegt u tegen die zorgmedewerkers die kopje-onder gaan? Wat zegt u tegen cliënten en patiënten die geen zorg kunnen krijgen op dit moment? Wat zegt u tegen instellingen die dreigen om te vallen? Wat zegt u tegen gemeentes die de eindjes niet aan elkaar kunnen kopen? Wat dóét de VVD om de problemen in de zorg van vandaag vandaag ook al aan te pakken?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ook deze collega komt met een aantal vragen ineen, die ook niet helemaal congruent zijn. U stipt de problematiek bij de gemeentes aan: de betaling van de zorg en de financiën van gemeentes. Daar is uitgebreid over gesproken bij de Algemene Financiële Beschouwingen. Mijn collega De Vries heeft daar een aantal zeer uitgebreide beschouwingen over gegeven, zoals het trap-op-trap-afprincipe. We zullen niet in herhaling vervallen, want dat is vandaag niet aan de orde. Vandaar dat dat ook niet in mijn spreektekst terug te vinden is. Alle andere financiële consequenties zijn opgenomen in het verhaal van de heer Veldman en in dat van mij. Wij zeggen steeds dat we de zorg op een goede manier moeten klaarmaken voor de toekomst. Extra geld is niet altijd de oplossing, want er zijn op dit moment gewoon te weinig mensen om die zorg te kunnen verlenen. Daar lopen we tegen aan. Daarover zal mijn collega Regterschot de komende maanden nog uitgebreid met u van gedachten wisselen.

De heer **Kerstens** (PvdA):
Eerst over de congruentie van mijn vraag. Ik stel gewoon dat de zorg vandaag met heel veel problemen kampt en dat het aan alle kanten piept en kraakt, of je het nou hebt over gemeentes, medewerkers, cliënten en patiënten of instellingen. Zelfs dat is een congruentie in mijn verhaal: het piept en kraakt en uit alle hoeken en gaten sijpelt dat er problemen zijn. Ik hoor geen urgentie in de bijdrage van de VVD. Natuurlijk, we gaan er de komende maanden nog over praten. Ik praat ook heel graag over de zorg van morgen en overmorgen. Er is in ieder geval één minister die daar al een paar hele interessante dingen over heeft gezegd: minder marktwerking, meer samenwerking, bijvoorbeeld. Maar ik zou zo graag urgentie in uw verhaal horen. Urgentie richting mensen die nu op een wachtlijst komen te staan, die verder van huis moeten voor zorg, die geen zorg krijgen. Urgentie richting medewerkers die — ik zeg het nog maar een keer — kopje-onder gaan omdat ze te weinig collega's hebben. Die zijn niet geholpen met er de komende maanden nog eens een paar keer met elkaar over praten.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ook dit was volgens mij niet echt een vraag, maar ik wil toch wel aanstippen dat ik het net heb gehad over de 14.000 wachtende mensen en het oplopende tekort aan plekken in verpleeghuizen. Ik heb letterlijk gezegd dat je in een advies niet kan wonen en heb de minister gevraagd hoe hij hier concreet mee aan de slag gaat. Volgens mij is dat nadrukkelijk een urgentie. Ik kies andere woorden dan mijn collega. Dat is ons volgens mij allemaal zo gegeven in dit huis. Iedereen kiest zijn eigen sfeer en manier. Ik doe het op mijn manier en volgens mij hebben wij als VVD nadrukkelijk aangegeven dat voor ons de zorg voor het individu bovenaan staat en dat we die willen bewaken. Via onze inbreng willen we daar ook de komende jaren vorm aan geven.

Voorzitter. Dan kom ik bij de 1,8 miljard. Daarover heb ik net een vraag gesteld aan de minister. We hebben ook kunnen lezen dat 840 miljoen niet wordt uitgegeven. Onze vraag is hoe het daarmee staat. Het geld voor ouderenzorg blijft toch niet echt op de plank liggen? Wordt het ergens anders ter beschikking gesteld in de ouderenzorg? Graag een reactie hierop van het kabinet. Net zo belangrijk: hoe kunnen we meten of de kwaliteit in de zorg met dit extra geld ook echt verbetert? Het is terecht dat de Rekenkamer hiernaar vraagt, want we moeten kunnen nagaan of de grote bedragen die terecht naar deze sector gaan, ook daar terecht komen waar ze het hardst nodig zijn.

Voorzitter. Soms is dat ook niet optimaal. Dat is het geval wanneer een partner ernstig ziek wordt of een van de partners ernstig gaat dementeren. Dan is het maar zeer de vraag of het in het belang van de partner is om mee te verhuizen naar een gesloten afdeling. Maar als mensen samen willen blijven, dan moet dat kunnen. Dat betekent dat de traditionele verpleeghuizen flexibeler gebruikt moeten worden. Dat kan volgens de wet, maar in de praktijk blijkt dat vaak een moeilijk te bewandelen route. Hoe kunnen we die route naar een flexibel verpleeghuis hobbelvrij maken, vraag ik de minister. En hoe zou het zijn als mensen bijvoorbeeld al vanaf hun 65ste op een plek gaan wonen waar ze zijn voorbereid op de toekomst? Ik zie dan een plek voor me waar intramurale en extramurale zorg in principe op locatie voor meerdere mensen samenkomen. Noem het anticipeerwoningen of een zorggroeiflat. De benaming maakt mij niks uit. Ik wil de minister vragen of hij kan volgen wat ik bedoel. Hoe kunnen we dit breder trekken, zodat het op meer plekken wordt gerealiseerd? Er is 30 miljoen beschikbaar om vernieuwende woonconcepten te ontwikkelen. Kan dat ook hiervoor worden gebruikt? Kan de minister ook duidelijkheid verschaffen over de gespendeerde 30 miljoen van vorig jaar?

Mevrouw **Agema** (PVV):
"Anticipeerwoningen", ik hoor het alweer! Straks is het weer iets tussen thuis en verpleeghuis. Het waren die verzorgingshuizen, het waren de aanleunwoningen bij de verzorgingshuizen. En dat moest kapot. De VVD heeft dat kapotgemaakt. In de wet is geen ruimte meer voor verzorgingshuizen. Ze worden simpelweg niet meer gefinancierd. Mijn vraag aan mevrouw Laan-Geselschap van de VVD luidt: heeft u, met de bril van nu, niet verschrikkelijk veel spijt van het sluiten van die verzorgingshuizen?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dank voor deze vraag van mevrouw Agema. Zij blijft maar steeds terugkijken naar wat er in het verleden is gebeurd. Wat wij als VVD nou zo graag zouden willen, en ook samen met de PVV, is kijken hoe we in de toekomst juist deze mensen gewoon op een goede manier zorg kunnen bieden. Op een andere manier dan in het verleden, met het voortschrijdend inzicht en indachtig het feit dat mensen tegenwoordig graag langer thuis willen blijven. Ik heb net aangegeven dat daar ook onderzoeken naar zijn gedaan. Dus ik zou het zo fijn vinden als mevrouw Agema dat mantra, dat volgens mij al een aantal keren — niet alleen in dit debat maar ook eerder —voorbij is gekomen, zou loslaten en zou kijken hoe zij samen met de VVD, en wellicht samen met de coalitie en andere partijen, die zorg kan bieden aan mensen en het voor mensen beter kan maken, zodat het niet alleen maar naar was, maar juist goed wordt.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Het was prachtig zoals we het georganiseerd hadden in Nederland: dat die mensen van 65 in een aanleunwoning konden gaan wonen en dan ook nog wat hielpen in het verzorgingshuis, in het gebouw naast die aanleunwoning. Maar dat moest gewoon kapot. Want het is niet mijn mantra, het was het mantra van de VVD dat mensen niet meer in die verzorgingshuizen wilden wonen. Ze wilden gewoon langer thuis blijven; dat wilden ze allemaal zelf. Er waren vijf jaar geleden nog 80.000 plekken. Vandaag de dag zijn dat er minder dan 5.000. 80.000 plekken heeft de VVD afgebroken; plekken waar we nu zo naarstig naar op zoek zijn; plekken waar mevrouw Laan-Geselschap nu zelf om vraagt. Dat is toch je reinste waanzin! Zo'n kapitaalvernietiging! En ze staat er nog bij te lachen ook, voorzitter! De VVD is er regelrecht verantwoordelijk voor dat al die anticipeerwoningen die mevrouw Laan-Geselschap nu wil, er niet meer zijn. Schaamt u zich daar niet kapot voor?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dat was de vraag? Nee. Mevrouw Agema suggereert steeds dat er dingen kapotgemaakt moesten worden. Nou, ik denk dat er geen beleidsstuk te vinden is waarin dat als doelstelling is opgenomen. De keuzes die we destijds gemaakt

hebben, hebben ervoor gezorgd dat het land is geworden tot waar we nu met elkaar staan. Dat is een land waarin heel veel waardevolle zorg wordt gegeven aan mensen, waar mensen in de toekomst moeten kunnen blijven rekenen op goede zorg. En nogmaals, de uitgestoken hand naar mevrouw Agema: ga nou met ons kijken hoe we in de toekomst datgene waar u zo voor pleit, kunnen realiseren, zodat we het samen voor de mensen thuis beter kunnen maken.

Voorzitter. Een heel ander punt. De kwaliteit van leven wordt ook verhoogd door te kunnen begrijpen wat er van je gevraagd wordt. Staatssecretaris Knops kwam vorige week met een mooi initiatief, namelijk het beter leesbaar maken van overheidsstukken; een actie die de gemeente Rotterdam, net zoals een aantal andere gemeenten, een aantal jaren geleden ook genomen heeft. We praten hier vandaag over zorg, iets wat mensen raakt op het moment dat ze kwetsbaar zijn. Als cliënt word je overspoeld met brieven, stukken en bijlagen, informatie die je wel moet kunnen snappen om de juiste zorg te krijgen. Is de minister bereid om de zorgverzekeraars en zorgkantoren te vragen hun brieven en materialen ook in begrijpelijke taal op te stellen en daarvoor in gesprek te gaan met de doelgroep?

Dan een ander, moeilijk punt dat wel besproken moet worden. Euthanasie is een gevoelig onderwerp, waarbij ingewikkelde dilemma's samenkomen, zeker als het gaat om levensbeëindiging bij ouderen met dementie. Wanneer deze wens niet tijdig wordt besproken, en dat gebeurt helaas te vaak, kan het vaak gewoonweg niet meer. Dan komt een oudere precies in die situatie terecht die hij of zij graag had willen voorkomen. Dus moet daar zorgvuldig en tijdig over worden gesproken tussen huisarts en patiënt. Afgelopen zomer pleitte mijn collega Tellegen al voor het eerder bespreekbaar maken van wensen rondom het levenseinde en het creëren van meer duidelijkheid en openheid tussen arts en patiënt. Ze zit in de zaal.

Natuurlijk is euthanasie geen recht wat je kunt afdwingen bij de huisarts, maar daarom is het des te belangrijker om te weten hoe je huisarts hier tegenover staat. Daarom de vraag aan de minister: hoe gaat hij stimuleren dat de gesprekken tussen huisarts en patiënt tijdiger gevoerd gaan worden? Naast het tijdiger voeren van de gesprekken over euthanasie is het van belang dat de kennis over de euthanasiewet bij artsen wordt vergroot. Op dit moment is het Expertisecentrum Euthanasie hét instituut om kennis en kunde over de euthanasiewet bij huisartsen te vergroten. Daarom vraag ik ook aan de minister hoe hij ervoor gaat zorgen dat de kennis en kunde van het Expertisecentrum Euthanasie beschikbaar is voor elke huisarts in Nederland.

Voorzitter, ik rond af. Ouder worden overkomt iemand niet zomaar. Sterker nog, op enig moment overkomt het ons hopelijk allemaal. Je weet niet wanneer je niet meer zelfredzaam zult zijn of ziek zult worden. Het gesprek hierover moeten we voeren, als familie, als ouderen onder elkaar maar ook tussen arts en patiënt. Dat zijn andere gesprekken dan je met een jongere voert, of iemand die nog midden in het leven staat. Vandaar tot slot mijn verzoek, mede namens collega Ellemeet, om te kijken hoe we artsen daarin kunnen ondersteunen, om samen met ouderen te beslissen hoe zij in die laatste fase zo gelukkig mogelijk kunnen zijn. Kwaliteit van leven moet daarin centraal staan, mét onze naasten, zoals ik dat met mijn schoonmoeder heb kunnen doen.

Tot zover.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Een vraag nog van mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Ik heb nog een vraag naar aanleiding van de inbreng op het punt van de euthanasie. Ik denk dat het inderdaad heel belangrijk is dat de kennis over de euthanasiewet, wat je ook van die wet vindt, wordt verbeterd. Mevrouw Laan-Geselschap verwees naar het expertisecentrum, voorheen de Levenseindekliniek. Maar is dit niet vooral iets wat ook door de beroepsgroepen zelf zou moeten worden opgepakt?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ik denk dat een expertisecentrum niet voor niks expertisecentrum heet. Daar kan je alleen maar van leren. Alles wat daarvandaan komt is heel erg belangrijk voor mensen om tot zich te nemen. Vervolgens — dat deel ik helemaal met mevrouw Dik-Faber — kan je daar je eigen afweging in maken. Dat moeten we met elkaar koesteren. Omdat duidelijk moet zijn hoe een huisarts en een patiënt wederzijds in dit gesprek zitten, is het van belang om juist ook die kennis tot je te kunnen nemen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Mijn fractie vindt het ook heel erg van belang om tijdig het gesprek te voeren over het levenseinde. Mijn fractie vindt het inderdaad ook heel erg van belang dat de arts dan goed op de hoogte is van de reikwijdte van de euthanasiewet en van de zorgvuldigheidscriteria die daarin staan. Nogmaals mijn vraag: ligt die taak, het ontwikkelen van kennis op dat gebied, niet veel meer bij de beroepsgroepen zelf dan bij een organisatie die is opgericht als Levenseindekliniek, die toch een andere doelstelling had? Ik ontken niet dat er in de loop der jaren ervaring is opgebouwd, maar primair ligt de verantwoordelijkheid voor het gesprek tussen arts en patiënt bij hen. Dus dan zou ook tussen arts en patiënt die kennis beschikbaar moeten zijn en moeten worden opgebouwd.

De **voorzitter**:
Helder.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Dat is wat ik mevrouw Laan-Geselschap wil voorhouden. Ik hoop dat zij dat ook met mij eens is.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Dat laatste ben ik met u eens, in de zin dat als die twee met elkaar tot de beste beslissingen zouden kunnen komen zonder zich te verrijken aan kennis. Het kan toch niet de bedoeling zijn van mevrouw Dik-Faber om kennis die aanwezig is buiten hun gesprek te laten? Wetenschap en kennis is iets wat ons allemaal rijker maakt en wat onze beslissingen beter onderbouwt. Kennis is macht, dat is een bekend

gegeven. Dus ik ga er zelf altijd van uit dat, hoe meer kennis je hebt, hoe gefundeerder je een beslissing kunt nemen. Een beroepsgroep die zich verrijkt door tot zich te nemen dat er meer kennis is, is wat mij betreft alleen maar een compliment waard.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Er ontstaat nu toch wat onduidelijkheid. Het experticecentrum bestaat natuurlijk voor de doelgroep en bestaat ook uit de doelgroep. Het zijn artsen en consulenten die artsen begeleiden bij complexe euthanasieverzoeken. Wij sluiten ons helemaal aan bij de vragen die aan de minister zijn gesteld. Omdat het een expertisecentrum is en omdat zij heel veel casuïstiek hebben, zijn zij juist uitermate geschikt om te zorgen voor dat stuk nascholing en dat stuk begeleiding. Mijn vraag aan de VVD is dus eigenlijk de vraag die al aan de minister is gesteld, maar met nog een stukje uitbreiding. Is de VVD het ermee eens dat zij, juist omdat die expertise er is, zo'n waardevolle rol kunnen spelen als het gaat om de nascholing en de begeleiding van artsen, die de afweging moeten maken, kijkend naar de regels, tussen wat wel en wat niet kan?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ik denk dat mevrouw Bergkamp aangeeft wat ik ook heb gezegd, maar met andere woorden. Ik deel volledig haar analyse en ik denk dat deze vragen, doorgeleid naar de minister, tot een nog beter antwoord kunnen leiden. Wij hopen dat de minister daarin dan een wijze keuze maakt.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Prima, dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de fractie van GroenLinks. De eerste spreker daarvan is mevrouw Ellemeet. Het woord is aan haar.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Voorzitter, dank u wel. Afgelopen weekend maakte ik de fout om op sociale media te vermelden dat de minister van VWS nu al tweeënhalfjaar lang minister is. Gelukkig werd ik er al heel snel op gewezen dat ik nu wat op de zaken vooruitloop. Wij zijn als Kamerleden wel al tweeënhalfjaar bezig, maar dit kabinet is nu twee jaar bezig: precies op de helft. Het perfecte moment dus om tussentijds de balans op te maken. Dat is dan ook wat ik vandaag wil doen. We voeren veel debatten over de meest uiteenlopende onderwerpen. Het is goed om ten minste een keer per jaar daar wat bovenuit te stijgen en de vele onderwerpen tot de kern terug te brengen. Als we niet uitkijken, dreigen we soms door de bomen het bos niet meer te zien in de vele zorgdebatten die we voeren.

Wat zijn dan nu de grootste opgaven voor deze VWS-bewindspersonen? Wat moeten zij de komende twee jaar wat GroenLinks betreft echt voor elkaar krijgen? Laat ik bij een van de grootste en meest urgente thema's beginnen: de ouderenzorg. Net begonnen als Tweede Kamerlid, heb ik twee jaar geleden mijn initiatiefnota "Lachend tachtig" geschreven. Dat deed ik omdat alleen al de demografische ontwikkelingen en het feit dat juist ouderen te maken krijgen met drie verschillende zorgwetten mij zorgen baarden. Zijn we wel in staat om alle ouderen de komende jaren en de komende decennia goede zorg te geven?

Helaas is het antwoord op die vraag de afgelopen twee jaar steeds scherper uit te tekenen. Het antwoord is: we staan voor een grote opgave en we zijn er nog onvoldoende klaar voor. Nu al zien we dat juist kwetsbare ouderen vastlopen in ons ingewikkelde zorgsysteem. Dus de vraag is: wat moeten we anders doen? Het begint met: wat moeten we doen op de korte termijn? Vorige sprekers hebben het daar ook al over gehad. Heel veel ouderen kunnen niet wachten op een mooie visie. Dus ik vraag de minister: wat gaat hij op korte termijn doen voor ouderen, bijvoorbeeld als het gaat om wachtlijsten, om plekken in verpleeghuizen en om ouderen die thuis wonen, maar daar niet de goede zorg krijgen?

Om een antwoord te geven op die vraag, kan het ook helpen om te kijken hoe andere landen de ouderenzorg organiseren. Vorige week ben ik met een aantal collega's op bezoek geweest in Denemarken en Zweden. Zonder nu te zeggen dat je goede voorbeelden uit het buitenland zo kunt kopiëren naar ons land, zijn er zeker een aantal positieve zaken te melden. Zo is de ouderenzorg daar bijna volledig ondergebracht in één wet en onder één uitvoerend bestuur. In hun geval de gemeente. Veel verschillende zorgverleners werken daarom gemakkelijker samen. Zo zijn er standaard multidisciplinaire teams voor ouderen thuis en is er ook een grotere rol voor de fysiotherapeut, een beroepsgroep die hier vaak wat terzijde geschoven wordt. En er is meer nadruk op het echt in staat stellen van het zelfstandig thuis leven door ouderen, met intensieve begeleiding na een crisis. Dat noemen ze daar reablement. Ook zijn wonen en zorg volledig gescheiden en wordt er verplicht, én gesubsidieerd door het Rijk, gebouwd voor ouderen. Ook zeer inspirerend vond ik hun aanpak rond palliatieve zorg. Dat is een begrip dat bij hen al start op het moment dat je de diagnose krijgt dat je een ziekte hebt waar je niet van kunt genezen. Vanaf dat moment zou je al de steun en begeleiding moeten krijgen die past bij dat ziektebeeld, wat dus anders is dan een aanpak gericht op genezing. Het gaat dan veel meer om kwaliteit van leven.

Voorzitter. De bewindspersonen werken aan een contourennota — hij is al genoemd vanochtend — waarin zij met voorstellen komen voor toekomstbestendige zorg. Het zou goed zijn als de ministers belangrijke leerpunten uit de Scandinavische landen daarin mee kunnen nemen. Graag een reactie daarop van de bewindspersonen. Ik verzoek de bewindspersonen ook om nog voor de zomer, het liefst in het voorjaar al, een eerste schets van deze nota te delen met deze Kamer. Ik vind dit namelijk zo'n belangrijk onderwerp dat wij als Kamer ook mee moeten kunnen denken over die toekomst van de zorg.

Voorzitter. Er is in ieder geval één groep die zich de luxe niet kan veroorloven om nog te wachten op een nieuw en beter passend systeem: de kwetsbare ouderen. Een groep die goed is af te bakenen en die veel meer gebruikmaakt van zorg dan zo'n 80% van de rest van de ouderen, want dat vergeten we heel vaak. Ik roep de minister met klem op om al op kortere termijn met het zorgveld te komen tot een samenwerking en een gebundelde financiering van de zorg voor kwetsbare ouderen, en daarbij hun mantelzorgers niet te vergeten. Er is voor hen echt meer nodig dan een pilot hier en daar. Daarnaast wil ik het belang benadrukken van

goede informatie voor kwetsbare ouderen over de uitkomsten van behandelingen. Die kan juist bij deze groep sterk afwijken van de gemiddelde uitkomsten. Zij kunnen pas goed samen met de arts beslissen over wat voor hen de beste behandeling is, als zij goed zijn geïnformeerd en daarvoor zal ik met een voorstel komen, samen met de VVD.

Wat het thema wonen en zorg voor ouderen betreft, zullen mijn collega Paul Smeulders en ik de minister maar een handje gaan helpen, want die ontwikkelingen gaan echt te langzaam binnen dit kabinet. We komen volgend jaar met een initiatiefnota over dit onderwerp, want meer regie vanuit de rijksoverheid en vanuit de gemeenten is hard nodig. Dat bleek overigens ook bij de rondetafel over wonen en zorg, die mijn fractie vorige maand samen met het CDA organiseerde.

Voorzitter. Naast ouderenzorg wil ik stilstaan bij een onmisbare, maar nog altijd te bescheiden groep zorgverleners, de verpleegkundigen. Zij komen te vaak slechts zijdelings aan bod in debatten en dat is onterecht. Zonder hen zijn wij niet in staat om goede zorg te geven aan mensen. In omvang is deze groep drie keer zo groot als de groep medisch specialisten. Drie keer zo groot, en toch zijn ze nog steeds ondergewaardeerd. Het beeld dat veel mensen hebben van verpleegkundigen is ook vaak achterhaald. Zij kunnen en willen hun patiëntenzorg vaak combineren met of onderwijs, of onderzoek. Die combinatie zie je wel al vaak terug bij artsen en dat wordt ook ondersteund vanuit organisaties, vanuit ziekenhuizen bijvoorbeeld. Maar voor verpleegkundigen, en zeker ook voor verpleegkundig specialisten, is die combinatie van taken nog nauwelijks weggelegd.

Het wordt echt tijd dat we deze beroepsgroep voor vol aanzien. Geef ze de taken en het salaris dat ze verdienen. Organiseer leiderschap en daarmee ook rolmodellen in alle lagen van de organisaties, dus ook op het niveau van de raad van bestuur. Niet alleen in verpleeghuizen waar dat al wel in het kwaliteitskader staat, maar ook in ziekenhuizen. Ze verdienen het en we kunnen niet zonder hen. Het zou zeer wenselijk zijn als we de vertegenwoordiging van verpleegkundigen in raden van bestuur gingen monitoren. Dat zij meebesturen moet net zo vanzelfsprekend worden als het dat is voor medisch specialisten. Graag een reactie van beide ministers. Hoe gaan zij zich hardmaken voor deze beroepsgroep en hoe willen zij vanuit de gedachte van meer zeggenschap verpleegkundigen een betere positie geven?

Voorzitter. Waarom is het toch zo lastig om het accent te verleggen van zorg en ziek zijn naar gezondheid? Dat is nog een belangrijke vraag en opgave voor deze bewindspersonen. Als je op de beleidstaal zou afgaan, dan zou je kunnen denken dat we die stap al gemaakt hebben, want we hebben het heel vaak over positieve gezondheid en preventie. Maar helaas is het in de praktijk nog behoorlijk moeilijk om die omslag te maken. We hebben natuurlijk een staatssecretaris die zich met preventie bezighoudt, maar wat GroenLinks betreft, krijgt preventie ook in de langdurige zorg en de curatieve zorg een centralere rol. Dan helpt het bijvoorbeeld niet dat verpleeghuizen alleen maar worden betaald voor het vullen van bedden. Waarom zouden ze bij wijze van spreken niet ook betaald worden voor het leeghouden van bedden? Waarom zouden hun deuren en hun activiteiten niet ook opengesteld kunnen worden voor thuiswonende ouderen? Ook in de ziekenhuizen en de wijkverpleging wordt afgerekend op de klassieke productie: het verrichten van medische handelingen. Het is toch raar dat een zorgverzekeraar geen €200 kan betalen voor een cursus valpreventie, maar wel €1.500 voor een operatie ten gevolge van een val? Dat is gewoon een rare manier van denken. Laat ik het ook maar weer gewoon zeggen: om deze omslag te maken, helpt het als artsen in loondienst zijn.

Voorzitter. Met slimme domotica kunnen we vroegtijdig ingrijpen bij een verslechtering in de situatie van thuiswonende ouderen en kunnen we mantelzorgers ontlasten. Toch neemt e-health maar niet de vlucht die we willen. Ik zal nog een ander voorbeeld geven van preventie als het gaat om mensen met diabetes en mensen met de vreselijk nare ziekte dementie. We weten dat het aanpassen van de leefstijl voor veel mensen een grote en positieve impact heeft op hun gezondheid. Er is recent een oproep gedaan door artsen en onderzoekers die zeggen: zet nou in op preventie; daarmee voorkom je bij veel mensen die vreselijke ziekte dementie. Ik heb hier vragen over gesteld en ik heb gevraagd of de antwoorden voor de begroting konden komen, maar ze zijn nog niet binnen. Ik vraag de minister of ze alsnog met spoed naar ons toegestuurd kunnen worden.

Toch doen we met al deze kennis en oproepen onvoldoende. Er zijn allemaal voorbeelden uit de praktijk die laten zien dat we nog een lange weg te gaan hebben als het gaan om denken vanuit gezondheid en preventie in plaats vanuit ziekte. Ik vraag de twee ministers daarom of en hoe zij preventie centraal willen stellen op hun beleidsterreinen. Moet er geen percentage van het zorgbudget geoormerkt worden voor preventie? Moeten zij niet duidelijkere keuzes maken als het gaat om e-health in plaats van 1.000 bloemen laten bloeien en weer laten sterven? Kunnen er geen scherpere afspraken gemaakt worden over preventie in de akkoorden met de sector, zodat ook de vergoeding van deze inzet geen probleem meer is? Want dat is het in de praktijk nog steeds heel vaak wel. Graag een reactie.

Voorzitter. Terugkijkend op de afgelopen twee jaar kunnen we vaststellen dat er veel maatschappelijke onrust is geweest rond de sluiting van ziekenhuizen of ziekenhuisposten. Die onrust heeft er alles mee te maken dat mensen aanvoelen dat de regie op ziekenhuizen onvoldoende gevoerd kan worden door de overheid. We hebben deze gewoon uit handen gegeven. Wat GroenLinks betreft is het een goede zaak dat we ook de klassieke ziekenhuiszorg anders gaan organiseren, met meer zorg dichtbij. Laat dat duidelijk zijn. Maar als er te weinig positieve vorderingen zichtbaar worden, er aan de andere kant wel allemaal spoedposten gesloten worden en de zorg in de regio buiten de Randstad verdwijnt, dan maakt dat mensen terecht ongerust. Er wordt voortdurend gesproken over de juiste zorg op de juiste plek. En toch sluiten nog steeds lang niet alle zorgverzekeraars meerjarige contracten met ziekenhuizen om dit proces goed te begeleiden. Artsen die in de eerste lijn werken, passen niet meer in een DOT of een DBC en krijgen vaak geen vergoeding. Dat vertraagt het hele proces. We willen bijvoorbeeld dat de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn gaat werken, maar ook daar zien we problemen rond de contractering voor de nieuwe manier van werken. Kortom, aan al die voorwaarden wordt nog steeds niet voldaan. Zo gaan we de verandering niet voor elkaar krijgen en ontstaat er ook geen draagvlak vanuit de samenleving. Dit moet dus anders. Wat gaat de minister hieraan doen?

Ook over de prijzen die farmaceuten vragen, ontstaat vaak heel veel boosheid onder mensen en dat begrijp ik heel goed. Ik moet de minister trouwens wel een compliment geven, want hij pakt de farmaceutische industrie wel aan. Al kan het wat GroenLinks betreft wel een tandje tougher. Het zou ook goed zijn als apotheken in staat gesteld zouden worden om kennis over magistraal bereiden en over het financieel mogelijk maken hiervan beter te delen. Vaak leidt dit tot verlies bij apotheken. Ze willen graag meer kennis delen over de inhoudelijke kant van de zaak. Als je dit doet, krijg je vaak een heel leger aan advocaten van de industrie tegenover je, die veel geld en een lange adem hebben, en op die manier apothekers echt intimideren. Graag een reactie daarop van de minister.

Voorzitter. Ik wil ten slotte nog één onderwerp agenderen dat ten onrechte nauwelijks ter sprake komt in onze debatten: de CO_2-footprint in de zorg. Zorgverleners willen mensen gezond maken en voelen zich dan ook ongemakkelijk bij de enorme verspilling en klimaatvervuiling door hun sector. Erkent de minister dit probleem en is hij bereid om harde afspraken te maken met de sector over het terugdringen van de CO_2-uitstoot door de zorg? Er rust een enorme verantwoordelijkheid op onze schouders om deze aarde leefbaar te houden voor onze kinderen. Ook de zorgsector kan hier een positieve rol in spelen.

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Een vraag van mevrouw Bergkamp.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Voor ons als partij, D66, is het ook belangrijk om de CO_2-uitstoot aan te pakken. Nu las ik een nieuwsbericht waarin GroenLinks, volgens mij samen met de ChristenUnie, zei dat het ventilatiesysteem in ziekenhuizen 's nachts uit moet en dat desfluraangas, dat gebruikt wordt bij narcose, vervangen moet worden. Ik vond dat wel tricky. Het is heel goed om de CO_2-aanpak gestalte te geven, maar veiligheid is natuurlijk ook belangrijk. We moeten oppassen dat we als Kamer niet op de stoel gaan zitten van mensen die echt verstand hebben van narcose en stoffen die er wel of niet in zouden moeten zitten. Deelt GroenLinks dat?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Zeker. Daarom zijn dit ook voorstellen die van de artsen zelf komen. Ik ben bijvoorbeeld op bezoek geweest in het Amsterdam UMC. Daar is een aantal artsen hier druk mee bezig. Die hebben hier aandacht voor gevraagd en ook tijd voor gekregen van hun bestuur. Die zijn gaan kijken wat zij kunnen doen om de CO_2-uitstoot te verminderen, zonder dat dat ten koste gaat van de veiligheid en de goede zorg voor de patiënten. Daar kwam bijvoorbeeld naar voren dat ze tien operatiekamers hebben, die dag en nacht aanstaan, om het zo maar te zeggen. Ze weten dat ze maar twee van de tien kamers nodig hebben, dus kunnen ze die andere acht net zo goed 's nachts uitzetten. Dat is het voorbeeld van de luchtverversing, die dan niet nodig is. Als het gaat om narcosegassen zijn het de anesthesiologen zelf, dus de beroepsgroep zelf, die zeggen: er is een goed alternatief, dat even goede kwaliteit van zorg levert, met veel minder uitstoot. Ik ben het dus helemaal met mevrouw Bergkamp eens dat wij niet op de stoel van de arts moeten gaan zitten, maar wij kunnen ze wel helpen om zelf te kijken welke stappen ze kunnen zetten om de CO_2-uitstoot naar beneden te krijgen.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Dan ben ik gerustgesteld, als de doelgroep er zelf in meedenkt. Dat vraagt natuurlijk altijd om maatwerk, want het ene ziekenhuis is het andere ziekenhuis niet. Als het voorstellen zijn van de doelgroepen en als het maatwerk is, dan ben ik gerustgesteld.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Zeker.

De heer **Slootweg** (CDA):
Mevrouw Ellemeet had net een interruptiedebatje met mevrouw Laan. Ik dacht dat ze iets meer zou vertellen over hoe zij aankijkt tegen de vragen hoe je die innovatie meer plek kan geven en hoe je daar meer regie op kan geven. Dat heb ik toch een beetje gemist, want ik kreeg de indruk dat u dat helemaal bij VWS wilt beleggen. Klopt dat?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dank voor deze vraag. Je zit natuurlijk met je tijd, dus dan hoop je dat er zulke vragen gesteld worden, zodat je er meer over kan zeggen. We kunnen constateren dat er nu heel veel gebeurt op het gebied van innovatie, maar, zoals ik zei, het zijn duizend bloemen en die sterven weer in schoonheid. Er moet meer regie op komen. Meer regie betekent natuurlijk niet dat we alles vanuit de overheid gaan doen, helemaal niet. Ik denk wel dat het kan helpen dat ook VWS daar een rol in neemt en kijkt wat nu de bewezen effectieve interventies of innovaties zijn waarvan we zeggen: die gaan we een boost geven. Want dan pas krijg je de massa die je nodig hebt, bijvoorbeeld vanuit de industrie, en kun je zeggen: we gaan dit echt verder ontwikkelen. Het is niet alleen een investering vanuit de overheid, maar ook vanuit de industrie. Laat ik hiermee beginnen: ik denk dat dit goed is voor patiënten en dat ze hier baat bij hebben. We kunnen dit pas gaan opschalen als ook bedrijven die hiermee bezig zijn, voor de langere termijn zekerheid hebben dat als zij een product leveren, ook weten dat het afgenomen wordt. We moeten kijken wat goed werkt, waar patiënten baat bij hebben, wat goed werkbaar is voor zorgverleners — laten we dat niet vergeten — en daar dan keuzes in maken.

De heer **Slootweg** (CDA):
Ten slotte, voorzitter. Dit zijn allemaal belangrijke randvoorwaarden die ik hoor. Wat ik hierin wel een beetje mis, is de vraag wat het kan bijdragen aan het beperken van de zorgkosten. Is dat ook een van de randvoorwaarden waar GroenLinks naar wil kijken bij de beoordeling?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Mijn doel is: betere zorg, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener. Ik vind het soms een beetje een achterhaald debat: links is tegen innovatie en rechts is voor. Jongens, we leven in de 21ste eeuw! Ik zeg dat ook even richting mijn

linkse vrienden. "Innovatie" is geen slecht begrip. Dat is hartstikke mooi, daar hebben zorgverleners wat aan en daar hebben patiënten wat aan, dus laten we daar met z'n allen voor openstaan. Dat gezegd hebbend, vind ik dat het moet gaan om goede zorg. Het gaat mij niet om besparingen. Dat is niet het doel voor GroenLinks.

De **voorzitter**:
Dan is dat ook weer vastgesteld.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Renkema. Ik streef ernaar om zo rond de klok van één uur te gaan lunchen. Mocht er in vak-K behoefte bestaan om voor die tijd even de handen te wassen, dan hoor ik dat wel. De heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Voorzitter, dank u wel. Mijn fractiegenoot Ellemeet vroeg net waarom het zo lastig is om het accent te verleggen van zorg en ziek zijn naar gezondheid. Ik wil daar graag op aansluiten. Waarom staat het thema preventie, maar ook preventief werken, niet veel hoger op de agenda in de opvang, in de Wmo en in de ggz? Hoe kunnen schotten tussen zorg en het brede sociale domein worden weggehaald? Allereerst komt dit, denk ik, doordat we de aandacht veel te veel richten op cure en care, op het zorgstelsel, ook financieel. Ook dit kabinet wil over dat stelsel eigenlijk niet praten en zet er wat zijwieltjes naast in de vorm van actieprogramma's. Maar het heeft volgens mij vooral te maken met de heersende ideologie van zelfredzaamheid, van assertieve zelfstandige burgers die zelf kunnen kiezen. Dat is ons ideaal. Nu kent elk mensenleven momenten waarop iemand niet zelfredzaam is. Een scheiding, het verlies van een dierbare of het verliezen van een baan stelt die zelfredzaamheid op de proef. Maar in het beleid gaat het vooral over autonomie, over onafhankelijkheid, keuzevrijheid en zelfregie, terwijl deze waarden lang niet in ieders leven realistisch zijn. Juist mensen die psychisch kwetsbaar zijn, een verstandelijke beperking of een lichamelijke handicap hebben, hebben eerst en vooral aandacht en begeleiding nodig.

Drie groepen wil ik in mijn bijdrage naar voren halen. De eerste groep is die van de dak- en thuislozen. Wanneer iemand dak- of thuisloos wordt, doet de overheid in eerste instantie een beroep op de eigen zelfredzaamheid. Economisch daklozen zijn beter af buiten de maatschappelijke opvang. Maar waar moet iemand naartoe? De afgelopen tien jaar is het aantal daklozen in Nederland verdubbeld en de afgelopen twee jaar zijn er bijna 10.000 mensen bijgekomen. Zonder een landelijke aanpak zal het aantal daklozen in de grote steden maar ook daarbuiten de komende jaren verder blijven stijgen. Wat mij betreft heeft de overheid hier een zorgplicht en schiet de overheid ook tekort. Het kabinet doet niet genoeg. We hebben een plan van aanpak daarvoor gepresenteerd. Ik noem een aantal elementen daaruit. Het eerste ziet op een woonplek voor economisch daklozen. Als iemand een woonplek biedt aan iemand anders buiten de maatschappelijke opvang, dan zou je die een financiële bonus kunnen geven. Ik heb het een "barmhartigheidsbonus" genoemd. In Amsterdam wordt vanuit die gedachte al geëxperimenteerd met het project Onder de Pannen door de Regenboog Groep. Wat vindt de staatssecretaris van dit voorstel?

Ten tweede zou voormalig daklozen een perspectief kunnen worden geboden door hen in te zetten als ervaringsdeskundige. Daarvoor moeten ze wel worden opgeleid. Is de staatssecretaris bereid om dit te doen? Als mensen vanuit het beschermd wonen doorstromen naar een reguliere woonplek, dan is ambulante begeleiding vanuit de Wmo essentieel. Ook dat is vooral preventief, want veel voormalig daklozen lopen anders het risico later in hun leven weer in de problemen te komen. Wil de minister extra investeren binnen de Wmo?

Zaken als de toegang tot de opvang, het contact met de gemeente en het verkrijgen van een briefadres zijn heel complex voor iemand die nauwelijks nog rechten heeft. Is de staatssecretaris het met mij eens dat het aantal straatadvocaten en de cliëntondersteuning op dit moment ondermaats zijn? Wij re-investeren hierin.

Een tweede groep zijn mensen die wachten op zorg vanuit de ggz. De wachtlijsten in de ggz zijn nog steeds onverminderd lang. Voor sommige aandoeningen groeien ze zelfs weer. Ik heb daar heel veel verhalen over gehoord. Mensen worden van het kastje naar de muur gestuurd, ze moeten steeds opnieuw afwachten en hopen op een intake, een diagnose of een behandeling. Hoezo zelfredzaam? Hoezo keuzevrijheid? Er zijn momenteel bijna 1.000 openstaande vacatures voor ggz-psychologen en klinisch psychologen, maar de opleidingsplekken lopen flink achter bij de vraag. Ik vraag de staatssecretaris daarom of hij bereid is om het aantal opleidingsplekken de komende jaren tijdelijk met 100 plekken te vergroten.

Dan de derde groep, mensen met een beperking. Ik was deze week nog op bezoek bij een zorgorganisatie die mensen met een verstandelijke beperking dagbesteding biedt, maar die mensen vooral de kans wil geven om zich verder te ontwikkelen, perspectief te krijgen en mogelijk zelfs de stap te zetten naar beschut werk. Ik weet dat het dan helemaal niet gaat om financiële zelfredzaamheid. Het gaat er vooral om dat mensen gezien worden, dat ze mee mogen doen in onze samenleving en dat ze erkend worden. Zoals de minister weet, heeft ook Nederland zich sinds 2016 gecommitteerd aan het VN-Gehandicaptengedrag, maar mijn voorlopige conclusie is dat participatie nog steeds onvoldoende lukt. Veel mensen melden mij dat ze vanwege hun beperking bij lange na niet mee kunnen doen in de samenleving. Vaak is dat toch door wet- en regelgeving, bijvoorbeeld als een formele onderwijsroute niet beschikbaar of toegankelijk is. Ik heb hierover de volgende vragen aan de minister. Is hij het met GroenLinks eens dat we er echt alles aan moeten doen om het VN-verdrag na te leven? Hoever is hij inmiddels met het ontschotten van wetgeving, bijvoorbeeld tussen de Wmo en de Participatiewet? Is de minister bereid om in samenwerking met de collega's van OCW te kijken naar de mogelijkheden voor financiering op maat voor mensen die vanuit dagbesteding en beschut werk toch zo'n praktijkgerichte leerlijn willen gaan volgen?

Voorzitter. Ik wil mijn inbreng eindigen met woorden uit het NRC van deze week, van Jeroen Postma, de voormalige voorzitter van GroenLinks. Ik denk dat hij het heel treffend zei: "Ten diepste is niemand echt zelfredzaam, terwijl we dat wel lijken te verwachten van de meest kwetsbaren in onze samenleving."

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Tot zover de bijdrage van GroenLinks. We gaan luisteren naar mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter. Ook dit jaar heb ik mijn inbreng weer opgebouwd rond drie b's: zorg moet beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar zijn. Bij ieder werkbezoek spreek ik mensen die zorgen hebben over de bereikbaarheid van de zorg. In Hoogeveen, waar maar 30% van de spoedzorg blijft. In Twente, waar de huisartsenpost in Oldenzaal dichtgaat. In Lelystad, waar een ziekenhuis is verdwenen. In Gennep, waar de ambulances niet op tijd komen. En in Tholen, vanwege de locatie van het nieuwe ziekenhuis in Roosendaal. En dan Woerden, waar na vijf uur 's middags geen huisarts meer is. De zorg moet anders met minder marktwerking, meer samenwerking en meer regie door de overheid.

Laat ik beginnen met beschikbaarheid. We hebben te maken met wachtlijsten in de ggz, medicijntekorten, te weinig plekken voor multiproblematiek, twee keer per dag stops bij de spoedeisende hulp, bijna 40.000 daklozen, en last but not least, tekorten op de arbeidsmarkt die de zorg op veel plekken onder druk zetten. Dit wordt nog versterkt door het ziekteverzuim, dat in 2018 steeg naar 5,9%, en het verloop, dat steeg naar 15,7%. Dat is dweilen met de kraan open. Einstein zei het al: "Als je doet wat je altijd deed, krijg je wat je altijd kreeg". "Innovatie" en "vernieuwing op vele terreinen" zijn voor mij dan ook de kernwoorden.

Eerst de arbeidsmarkt. Het hr-beleid in de zorg loopt lichtjaren achter ten opzichte van andere sectoren. Er wordt te weinig geïnvesteerd in opleiden. Veel verpleegkundigen en verzorgenden werken volgens hun eigen inzichten in plaats van dat ze opgeleid worden in de nieuwste inzichten in effectieve zorg. Gaat de minister in gesprek met de sector over het investeren in opleiden en echte innovaties, zoals Anders Werken?

Voorkomen van zorg en niet onnodig medicaliseren zijn natuurlijk het beste en verbeteren tegelijkertijd de beschikbaarheid van zorg. Dat kan op de eerste plaats door een grotere gerichtheid op het belang van voeding, op voeding als medicijn. Ongeveer een op de vijf patiënten is in Nederland ondervoed, maar er wordt amper gecheckt of er klachten zijn die daardoor veroorzaakt worden. Kan de minister in gesprek met de ziekenhuizen zorgen dat de richtlijn Ondervoeding overal wordt geïmplementeerd? Natuurlijk moeten we bij kinderen beginnen. Het is goed dat het Preventieakkoord een rookvrije generatie beoogt en aandacht heeft voor obesitas, want bijna 12% van jonge kinderen heeft overgewicht, maar de ondersteuning is zeer beperkt. Kinderen krijgen onbeperkt logopedie vergoed, tien uur ergotherapie, achttien uur fysiotherapie dan wel onbeperkt als men chronisch wat mankeert, maar een kinderdiëtist wordt maximaal drie uur vergoed. Is de minister bereid om te laten onderzoeken wat het effect kan zijn van meer uren voor de kinderdiëtist en om de resultaten beschikbaar te hebben voor het overleg over het pakketbeheer in juni 2020?

Op de tweede plaats kunnen gezondheidsklachten bijvoorbeeld ook ontstaan door schulden die moeten worden opgelost in het sociale domein. In de PZC stond recentelijk een verhaal over CZ, dat iemand een autootje cadeau had gegeven en daarmee tonnen zorggeld had bespaard. Samenwerken tussen zorgverleners is daarvoor essentieel. Digitalisering kan dat proces vereenvoudigen en versnellen, zeker in gebieden met minder inwoners, zoals Zeeland. Daarom dienen wij een amendement in.

Ten derde helpt ook het vergroten van de zelfredzaamheid de druk op de zorg te verminderen. Dat kan met apps en websites, zoals thuisdokter.nl, maar die moeten dan wel betrouwbaar zijn, zowel qua inhoud van de informatie als qua gegevensveiligheid: welke informatie laat je zelf achter? Het UMC Leiden heeft daarvoor het National eHealth Living Lab ontwikkeld. In samenwerking met studenten door heel Nederland en onder andere ook met de GGD en MIND checkt dit apps en websites, maar ze mist de middelen om dit adequaat op te pakken. Daarom dienen wij een amendement in. Meneer Veldman heeft dat intussen ondersteund.

Niet iedereen kan echter zelfredzaam zijn. Voor sommige mensen is de wereld zeer complex en ingewikkeld geworden. Zo is het toegenomen aantal van bijna 40.000 daklozen schrijnend. Welke acties neemt de staatssecretaris? En welke acties neemt de staatssecretaris om de 90.000 personen met onbegrepen gedrag voor wie nu doorgaans de politie wordt gebeld, op te vangen?

Voorzitter. Dan het gebrek aan plaatsen voor mensen met een verstandelijke beperking en daarnaast een andere psychiatrische problematiek. Het percentage cliënten met een dubbele of zelfs driedubbele diagnose in de gehandicaptenzorg is gegroeid van 32,5% in 2011 naar 44,5% in 2017. We hebben de reactie gelezen op onze Kamervragen. Op de vraag naar de relatie tussen de afbouw van ggz en de toename van complexe problematiek in de gehandicaptensector zegt de minister eigenlijk dat hij die vraag niet kan beantwoorden, terwijl dit voor het CDA een zeer relevante vraag is. Is de minister bereid een onderzoek dan wel een inventarisatie te laten uitvoeren naar de huidige landelijke dekking en naar hoeveel extra plaatsen nodig zijn voor mensen met dubbelproblematiek?

Voorzitter. Dan de betaalbaarheid. De reden waarom het CDA die zo belangrijk vindt, is dat wij zwaar hechten aan solidariteit. Die staat onder druk. Recentelijk kwam in het nieuws dat ruim 40% van de Nederlandse bevolking vindt dat mensen die ongezond leven, meer zorgpremie moeten betalen. Dat is gebaseerd op de aanname dat mensen dit aan zichzelf te wijten hebben. Maar neem een kind dat gepest wordt en daardoor bijvoorbeeld een eetstoornis ontwikkelt of iemand die failliet gaat, zijn partner verliest, aan de drank gaat en op straat terechtkomt. Of je hebt gewoon slechte genen geërfd. Het aloude spreekwoord zegt niet voor niets: zonder geluk vaart niemand wel. Het geluk kan in een seconde kantelen, bijvoorbeeld door een auto-ongeluk.

Op 14 oktober mocht ik bij de Zeeuwse ggz-instelling Emergis het boek Helden presenteren. Prachtige verhalen van mensen die ondanks pech en tegenslag hun leven weer op de rit hebben gekregen. Graag geef ik via de bode, de staatssecretaris en minister De Jonge hier een exemplaar van.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Er wordt gezorgd voor de overhandiging. U heeft twee exemplaren voor drie bewindspersonen!

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Het is niet het dossier van minister Bruins.

De **voorzitter**:
Dat vind ik wel heel hard. Ik moet hier toch even opkomen voor de bewindspersonen, vrees ik. Hij krijgt ze nu alle twee.

Meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Ik weet niet of mevrouw Van den Berg al klaar is met het kopje "betaalbaarheid". Ik heb daar een vraag over.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik ben daar nog niet mee klaar, maar ...

De heer **Hijink** (SP):
Laat ik het gewoon proberen. Ik heb het straks met mevrouw Agema gehad over ons voorstel om de zorgpremies eerlijker te betalen. Nu hebben wij laten onderzoeken hoe de achterban van verschillende partijen denkt over de mogelijkheid om de zorgkosten bij de belastingen onder te brengen in plaats van de maandelijkse vaste premie. Nu blijkt dat ook een groter deel van de CDA-kiezers het een goed idee vindt om de vaste premie die naar de zorgverzekeraar gaat te stoppen en de zorg gewoon te betalen uit de belastingen. Ik vraag me af of mevrouw Van den Berg zich aansluit bij een meerderheid van haar achterban.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan doen wij toch maar niet. Wij willen best bekijken waar je accenten moet leggen. Daar zijn wij zeker toe bereid. In die zin is het ook een interessant onderzoek dat de SP heeft laten uitvoeren. Maar wij geloven wel oprecht in de verzekeringsgedachte om mensen bewust te laten blijven van het feit dat zorg geld kost. Wat ons betreft is de verzekeringsgedachte daar een essentieel element in.

De heer **Hijink** (SP):
Het punt is dat die blijft. U weet heel goed dat de SP uiteindelijk een nationaal zorgfonds wil en dan hoeven we die verzekeraars niet meer, maar daar ging dit voorstel natuurlijk niet over. De verzekeraars schaffen wij in dit voorstel nog niet af. Je zou dus ook kunnen zeggen dat dit uiteindelijk alleen over de vraag gaat hoe de zorgkosten worden betaald. We zien nu dat mensen die €100.000 verdienen procentueel veel minder bijdragen aan de kosten van de zorg dan mensen met een modaal, twee keer modaal of een minimuminkomen. Dan zeggen wij: dat is niet eerlijk, dat kan eerlijker. Een meerderheid van uw achterban vindt dat ook, dat vindt sowieso een meerderheid van de kiezers in ons land. Mijn vraag is: wilt u met ons bekijken hoe wij dit kunnen gaan regelen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
De heer Hijink zegt dat de zorgverzekeraar niet wordt afgeschaft, maar de zorgpremie wordt wel afgeschaft. De heer Hijink gaat het helemaal fiscaliseren. Die weg beogen wij in ieder geval niet. Nogmaals, ik wil graag kijken naar accenten. Ik denk dat wij in ons verkiezingsprogramma andere keuzes hadden voorgelegd dan nu uiteindelijk in het regeerakkoord zijn gekomen. Die betrokkenheid van de burger middels het zelf betalen van een zorgpremie vinden wij wel een belangrijk onderdeel.

De **voorzitter**:
Mevrouw Ellemeet nog even?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Hier nog even op doorgaand. Ik vertelde in mijn inbreng al dat wij vorige week in Denemarken en Zweden zijn geweest, onder anderen met uw collega Slootweg. Een van de mooie dingen daar is dat zowel in Denemarken als in Zweden de zorg via de belastingen wordt betaald. Dat wil niet zeggen dat er geen prikkels zijn in het systeem om iedereen scherp te houden, want dat wordt vaak gezegd: als je dat via de belastingen doet, behoud je niet het bewustzijn van de kosten. Dat bleek daar helemaal niet het geval te zijn, want je kunt ook andere prikkels verzinnen waarbij je de gemeenten bijvoorbeeld scherp houdt op het leveren van goede zorg. Volgens mij kunnen we dus in andere landen zien dat het heel goed werkt en dat er daar ook geen discussie is tussen rechts en links over het betalen van de zorg via de belastingen. Dus misschien zou mevrouw Van den Berg zich er in willen verdiepen hoe het daar georganiseerd is. Het zou mooi zijn als we met een open blik naar deze oplossing kunnen kijken.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik ben sowieso altijd bereid om met een open blik naar oplossingen te kijken. Nogmaals, wij zeggen niet: zoals het nu is, is het in beton gegoten. We zien bijvoorbeeld ook de problematiek van hoe je beter kunt samenwerken over de domeinen heen waar het gaat om de Zorgverzekeringswet, de Wmo en de Wet langdurige zorg en hoe je dat beter kunt organiseren. Dus het is voor ons niet in beton gegoten. We vinden het inderdaad wel enorm belangrijk om die persoonlijke betrokkenheid van de burger er bij te houden via die binding, zodat die ook merkt dat zorg echt veel geld kost.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
We zien dat de zorgkosten in Zweden en Denemarken niet hoger zijn dan in Nederland. Dus in die zin zal er ook een kostenbewustzijn zijn bij iedereen, maar dit is een systeem dat makkelijker is, minder gedoe oplevert en waarbij we alsnog prikkels zien. Dus fijn dat mevrouw Van den Berg zegt dat we onze ogen ook niet moeten sluiten voor de goede voorbeelden uit het buitenland, ook als het gaat om het betalen van de zorg via de belastingen.

De **voorzitter**:
Prima. U continueert, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter.

Om die solidariteit te behouden moet de zorg betaalbaar blijven. Het moet duidelijker zijn dat er naast rechten ook plichten zijn. We hebben daartoe al voorstellen gedaan maar we willen daarvan nog meer aanscherping. We steunen daarom ook het voorstel dat de SP gaat doen, dat de Algemene Rekenkamer in het vervolg ook onderzoek moet kunnen doen bij zorgverzekeraars. Verder willen we plichten voor zorgleveranciers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij die zorgleveranciers denken we aan bedrijven zoals farmabedrijven, bedrijven van medische hulpmiddelen en ICT-bedrijven. He CDA wil dat praktijkonderzoek naar effectiviteit en bijwerkingen verplicht wordt voor alle dure medicijnen en behandelingen en alle medische hulpmiddelen. Het is goed dat de minister in ieder geval mijn motie heeft uitgevoerd dat de geneesmiddelen die meer dan €50.000 kosten in beginsel worden voorzien van een biomarker, maar graag een reactie van de minister op de andere voorstellen. Is de minister bereid om Gupta onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden om in Europa generieke geneesmiddelen weer zelf te gaan maken in plaats van afhankelijk te zijn van landen als China? Want wij vinden dit een onderdeel van een vitale sector.

Ten tweede, de plichten voor zorgverzekeraars. Het CDA wil dat alleen bewezen effectieve zorg nog vergoed wordt. Nu zijn er duizend bloemen die bloeien. Er wordt niets geëvalueerd. Iedere arts maakt zijn eigen keuzes ten aanzien van behandeling, medicatie en middelen en zelfs als de eigen richtlijn aangeeft dat bijvoorbeeld een kijkoperatie voor een knie niet effectief is, wordt deze toch gedaan. Dat moet stoppen.

Daarnaast gaat er veel geld naar overhead. Het CDA wil een vergoeding van overhead op basis van een benchmark en wil ook dat dit percentage jaarlijks naar beneden wordt bijgesteld. Uit recent onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat het poliswoud nog niet kleiner is geworden. Is de minister bereid over deze punten met zorgverzekeraars in gesprek te gaan en de Tweede Kamer daarvan verslag te doen?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Is mevrouw Van dan Berg bereid mijn voorstel te steunen over de werkvloerbonus om op die manier de overhead naar beneden te krijgen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Als ik net de inbreng van mevrouw Agema goed heb beluisterd, ging dat over het terugbrengen van de overhead bij de langdurige zorg. Ik zou het fijn vinden als mevrouw Agema die vraag aan mijn collega Slootweg zou stellen. Het algemene beginsel om te kijken wie de best practice heeft ten aanzien van de overhead en om dat ook te implementeren voor de rest, zou ik voor de medische zorg graag willen steunen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik doe dit voorstel namelijk al sinds 2006 en toen ook over de curatieve zorg. Daar zien we inderdaad dat bijvoorbeeld de mensen met niet-patiëntencontact alleen maar toeneemt. Bij de academische medische centra gaat het inmiddels zelfs om 52%. Wij hebben toen dus ook zo'n plan voorgesteld. Dat is nooit gesteund door het CDA. Ik denk dat het wel heel fijn is dat we hier nu in ieder geval kunnen markeren dat het CDA ook die kant op wil. Want we hebben het over de organiseerbaarheid van de zorg, en deze mensen staan al op de loonlijst. Dus mijn vraag aan mevrouw Van den Berg is: gaat zij, in plaats van altijd maar tegen te stemmen, ons nu een keertje steunen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Het hangt er natuurlijk wel van af of mevrouw Agema met een heel concreet voorstel gaat komen. Daar willen wij dan in concreto naar kijken. Maar nogmaals, het uitgangspunt en het beginsel steunen wij van harte.

Voorzitter. Op de derde plaats bespreek ik de plichten voor zorgaanbieders en zorgverleners. Er moet een lerende cultuur komen op alle terreinen van de zorg. Dit betekent dat er permanente benchmarking moet zijn, zoals bijvoorbeeld bij orthopedie. Daarnaast moeten we stoppen met het "not invented by me"-syndroom. Er moeten ook mogelijkheden komen waarmee alle zorgaanbieders kunnen deelnemen aan onderzoek over de effectiviteit van zorg. Zo begrijpen wij dat nog niet alle ziekenhuizen zijn aangesloten bij de onderzoeken naar oncologie. Gaat de minister daar de regie nemen?

Het CDA wil dat de richtlijnen van intussen 2.400 beroepsgroepen gebaseerd zijn op een breed gedragen stand van techniek en praktijk, en overlegd zijn met en gedragen worden door aanpalende beroepsgroepen. Ze moeten dus niet alleen zijn gemaakt door de eigen beroepsgroep. Is de minister bereid om hierover in gesprek te gaan met de branches?

Voorzitter. Dan de bereikbaarheid. Bereikbaarheid is voor het CDA onderdeel van de kwaliteit van zorg. Daarom heb ik mijn initiatiefnota "Zorg in de regio" uitgebracht, werkt het Zorginstituut mijn motie uit over een leefbaarheidsanalyse, en komt er op mijn voorstel een advies over acute zorg door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Ik ben blij dat de minister mijn voorstellen overneemt over verplicht overleg met regionale bestuurders en inwoners bij wijzigingen in de acute zorg. Ik ben ook blij dat er voor iedere regio, in samenwerking met het RIVM, regiobeelden worden gemaakt, want zorgaanbod moet worden afgestemd op zorgvraag. Urk heeft 2% geboortes, in Zeeuws-Vlaanderen is het maar 0,7%, maar anderzijds zijn daar veel ouderen met chronische ziektes.

Echter, dat overleg in de regio verloopt nog niet goed. Het CDA wil daarom dat er meer regie komt. Daarom willen wij een onafhankelijke zorgregisseur die bovenregionaal kan kijken. Als regionale bestuurders en instellingen er samen niet uitkomen, krijgt deze zorgregisseur doorzettingsmacht, zoals het Zorginstituut dat bijvoorbeeld heeft met kwaliteitskaders. Graag een reactie van de minister.

Daarnaast willen wij dat het voor iedereen helderder wordt waar men terecht kan voor acute huisartsenzorg. In landen

als Denemarken, Zweden en Wales heeft men goede ervaringen met een dergelijk nummer naast 112. Is de minister bereid om te onderzoeken of één landelijk huisartsenspoednummer zou kunnen komen?

Voorzitter. Ook bij bereikbaarheid begint het bij de kinderen. Rick Brink, gehandicaptenambassadeur, beoogt dat ook kinderen met een beperking kunnen spelen in de speeltuin om de hoek. Daarvoor zijn aanpassingen nodig. Is de minister bereid in overleg te gaan met de gemeenten, bijvoorbeeld met de VNG, om afspraken te maken over hoe speeltuinen ook voor kinderen met een beperking toegankelijk kunnen worden?

Voorzitter. Tot slot wil ik de gelegenheid nemen om al die gepassioneerde zorgverleners die ik tijdens mijn werkbezoeken ontmoet te bedanken voor hun inzet, want mensen maken het verschil.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Mevrouw Laan?

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Ik bespeur een bepaalde tendens bij het CDA, namelijk dat alles landelijk geregeld moet worden met landelijke regisseurs. Nu moeten we ons zelfs al landelijk bezig gaan houden met speeltuinen. U komt ook uit het lokale bestuur. Gemeentes hebben toch allerlei ideeën over hoe ze met speeltuinen moeten omgaan? Die doen daar toch prachtige zaken mee? Moeten wij ons vanuit de Tweede Kamer daar nu ook al mee gaan bemoeien?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Rick Brink beoogt dat die speeltuinen ook allemaal toegankelijk worden voor kinderen met een beperking. Dat doel ondersteunen wij van harte. Mevrouw Laan heeft helemaal gelijk als zij zegt dat het uiteindelijk de gemeentes zijn die dat moeten doen, maar wij vragen de minister of hij bereid is om in gesprek te gaan met de gemeentes om dit specifieke punt onder de aandacht te brengen.

Mevrouw **Laan-Geselschap** (VVD):
Afsluitend. Ik denk dat heel veel gemeenten in Nederland dat al heel erg lang doen en dit prachtige voorbeeld ook graag steunen, maar laten we ons hier vooral beperken tot de dingen waar wij echt over gaan en het aan gemeentes overlaten waar zij ook duizend bloemen willen laten bloeien.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Er zullen vast gemeentes zijn die hier al hele mooie initiatieven op hebben ontplooid, maar wij horen ook van speeltuinen waar een hek omheen staat. Dat is begrijpelijk, maar een kind met een rolstoel kan soms niet eens door dat hek, om maar een voorbeeld te noemen. Wij zouden dus graag willen dat de minister dat punt gaat bespreken met de gemeentes.

De heer **Van Gerven** (SP):
Het CDA en mevrouw Van den Berg hebben warme woorden voor de streekziekenhuizen en voor zorg dicht bij de mensen, in de regio. Het is alleen jammer dat een voorstel van de SP om het lokale bestuur meer invloed te geven, dan wordt weggestemd. Maar nu komt het CDA met het voorstel voor een zorgregisseur. Nou is er een onderzoeker die misschien zorgregisseur zou kunnen worden in Flevoland en die als mening heeft dat er 40 grote ziekenhuizen in Nederland moeten overblijven en dat er voor spoedeisende hulp of acute verloskunde in Lelystad geen plek is. Hoe ziet het CDA zo'n situatie? Dat is toch volstrekt ondemocratisch?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Laat ik eerst even reageren op de eerste opmerking van meneer Van Gerven en uitleggen waarom wij het SP-voorstel voor medezeggenschap van lokale bestuurders niet hebben gesteund. Wij vinden dat je de zorg echt regionaal en zelfs provinciaal moet bekijken. Vandaar dat wij het iedere keer hebben over regionale bestuurders en niet over lokale bestuurders. De zorgregisseur die wij voor ogen hebben, dient natuurlijk een duidelijke opdracht te krijgen. Aan die opdracht zullen wij als Kamer samen een invulling moeten geven. Of er 40 ziekenhuizen overblijven? Ik weet het niet. Ik weet alleen dat wij de zorg enorm zullen moeten veranderen om hem toekomstbestendig te maken. Dat wij dat misschien op andere wijzen gaan doen dan nu het geval is, ligt wat het CDA betreft zeer voor de hand, maar daarmee hoeft de zorg niet minder te worden. Juist om de zorg in de regio bereikbaar te houden, willen wij dat de zorg anders georganiseerd gaat worden. Wij willen dat er meer wordt samengewerkt en dat er meer gebruik wordt gemaakt van innovaties.

De heer **Van Gerven** (SP):
De vraag is: wie laten we nou eigenlijk de regie voeren in de zorg? Dat zouden de dokters en de hulpverleners in de sector moeten zijn en daarnaast de mensen die de zorg nodig hebben, dus de mensen in de regio zelf. Die worden bijvoorbeeld door gemeentebesturen vertegenwoordigd. Maar het CDA neemt afscheid van de democratie door het te beleggen bij een zorgregisseur, waar wij dan weer niets over te vertellen hebben. De macht wordt dus weer uit handen gegeven, nu niet aan zorgverzekeraars, die commercieel denken, maar aan een zorgregisseur met een eigen mening. Zou het uitgangspunt niet moeten zijn dat we de zorg gaan organiseren overeenkomstig de behoeften van de mensen? Want de vergrijzing neemt toe en het is cruciaal dat ook de ziekenhuiszorg bijvoorbeeld om de hoek wordt geleverd, ook in Flevoland.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Wij hebben ervoor gepleit om tot regiobeelden te komen zodat inderdaad veel duidelijker wordt wat de zorgbehoefte per regio is. Daarin steun ik de heer Van Gerven: je moet dat goed in kaart brengen. Als je het alleen overlaat aan de zorgverleners, komen dus weer die duizend bloemen tot stand, want dan gaat iedere zorgverlener of groep van zorgverleners zelf bepalen hoe zij vinden dat het moet. Wij vinden dat er een lerende cultuur moet komen en dat je ook moet stoppen met het "not invented by me"-syndroom. We horen nu bijvoorbeeld dat Isala in Zwolle een mooi traject heeft voor COPD-zorg op afstand. Niet alles hoeft in het ziekenhuis te gebeuren; die zorg kan ook op andere manieren worden georganiseerd. Toch zie je op heel veel

andere plekken in het land dat iedereen zijn eigen COPD-zorgtraject ontwikkelt. In die zin willen wij dus wel meer regie. De minister zegt dat hij die regie niet wil voeren. Vandaar dat wij zeggen: dan stellen wij maar een zorgregisseur voor. Wij willen dat er landelijk meer regie komt.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Mevrouw Van den Berg heeft een paar keer gezegd: het begint bij kinderen. Ik wil nog een stapje teruggaan: het begint namelijk ook bij het bevallen. Wij hebben hier in de Kamer al een paar keer gesproken over de mogelijkheid om de eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen af te schaffen. Mevrouw Agema heeft het daarover gehad, mevrouw Ellemeet heeft erover gesproken en de Partij van de Arbeid vraagt er al — ik moet even op mijn briefje kijken; zolang geleden is het — sinds 2013 om. In 2016 heeft het Zorginstituut ook gezegd dat het een goed idee zou zijn om die eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen af te schaffen. Het zou kosteneffectief zijn. Zou mevrouw Van den Berg genegen zijn om een voorstel te steunen om aan de minister te vragen wat er moet gebeuren, opdat we in juni 2020 kunnen beslissen dat de eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen eraf gaat?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Volgens mij heeft mevrouw Agema ook al eerder gezegd dat het sterftepercentage bij baby's in Nederland best wel hoog is ten opzichte van andere landen. Het gaat dan over poliklinisch bevallen met een niet-medische noodzaak.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Dat klopt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Bij medische noodzaak is er volgens mij geen sprake van eigen risico. Ik ben zeer geïnteresseerd. Ik heb in ieder geval een positieve grondhouding, laat ik het zo formuleren. Dus ik ben geïnteresseerd in het concrete voorstel. Dat zouden we dan in de pakketdiscussie moeten bespreken voor het pakket 2021. Zo begrijp ik dat toch goed van mevrouw Ploumen?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):
Ja. Als we het proces zorgvuldig aflopen, zou dat het eerst mogelijke moment zijn. Ik zou het het liefst eerder willen, maar zo gaat het. Dus wij werken een voorstel langs die lijnen uit. Ik ben blij met de positieve grondhouding van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Van bevallen naar kinderen. En tegen de VVD zeg ik: sorry, het gaat toch even over de speeltuinen. Vorig jaar heb ik aan de minister hetzelfde gevraagd, namelijk: ga in gesprek met de VNG om te kijken naar meer samenspeelplekken. Wij vinden het als D66 belangrijk dat een kind met een beperking gewoon kan meedoen. Toen bleek dat er in 400 gemeenten maar 60 samenspeelplekken zijn. Het lijkt me heel erg goed om de minister vandaag te vragen of hij op dat gebied opgeschoten is. We zijn nu een jaar verder. We hebben gevraagd om het te bespreken. Zet het ook in het implementatieplan als het gaat over het VN-verdrag voor mensen met een handicap. Dus laten we kijken of er progressie in zit. En anders lijkt het me heel goed om samen daarin op te trekken om dat verder te stimuleren.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik ben alleen maar blij met de steun van mevrouw Bergkamp dat zij ook beoogt dat er in de gemeenten meer van die plekken komen. Maar nogmaals, het is wel aan de gemeenten om dat te realiseren. Hopelijk kan de minister het stimuleren.

Mevrouw **Bergkamp** (D66):
Misschien nog een afsluitende opmerking. Je hebt de Speeltuinbende. Die zijn heel goed in staat om allerlei speeltuinen, ook samen met kinderen, te onderzoeken, te inspecteren. Het vraagt soms om hele kleine aanpassingen om een speeltuin ook geschikt te maken voor kinderen met een handicap. Dus ik vraag ook aan de minister om, als hij de exacte cijfers even niet voorhanden heeft, in ieder geval in contact te treden met de Speeltuinbende om te kijken hoe die progressie er nu uitziet en of er meer samenspeelplekken zijn dan een jaar geleden.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Niet over speeltuinen, maar nog wel even over kinderen. Ik was eigenlijk wel blij met de bijdrage van mevrouw Van den Berg op het punt van preventie. Zij maakte de vergelijking tussen een kinderdiëtiste en fysiotherapie. Maar zouden we er als samenleving niet voor moeten zorgen dat er gewoon veel minder suiker in onze frisdrank en in ons voedsel zit? Heeft de overheid daar ook geen rol in?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan overvraagt de heer Renkema mij een beetje. Als ik het me goed herinner, hebben wij in het Preventieakkoord duidelijk niet over suiker gesproken. Bij het CDA is er ook nog wel veel discussie over het hele suikerdossier. We zien absoluut de doelstelling dat het goed zou zijn als kinderen minder suikerdrankjes tot zich zouden nemen, maar om dat nu wettelijk op te leggen, gaat ons een beetje te ver.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
De term "bewezen effectief" is ook een aantal keren gevallen. Dus laat ik de vraag nog iets concreter maken. Een bewezen effectieve maatregel is een suikertaks op frisdrank. Gaat het CDA die kant op denken?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Bij bewezen effectief heb ik het echt gehad over de zorg als zodanig. Als we over bewezen effectief in het algemeen gaan praten, kunnen we er misschien ook nog heel veel andere dossiers bij halen. Mijn focus is geweest bewezen effectieve zorg.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de andere vertegenwoordiger van het CDA, de heer Slootweg. Als hij is uitgesproken gaan we lunchen.

De heer **Slootweg** (CDA):
Voorzitter. Op het Christelijk-Sociaal Congres sprak minister De Jonge dit jaar de volgende woorden: "Ik wil dat mensen weten dat de overheid er voor hen is." De minister stelde dat we soms de menselijke maat hebben weggeorganiseerd, dat er een verschil is tussen rakkers en stakkers en dat de marktwerking is doorgeschoten.

Deze woorden zijn mij uit het hart gegrepen. De overheid als schild voor de zwakkeren. Ook tijdens werkbezoeken, aan de telefoon en in mijn mailbox word ik geconfronteerd met burgers die door instellingen in de steek zijn gelaten of de ervaring hebben van het kastje naar de muur en heen en weer terug te zijn gestuurd.

De overheid die er voor mensen is. Veel mantelzorgers ervaren een overheid die hen te vaak laat doormodderen. De wens van veel mensen om thuis oud te worden en de veel groter wordende groep ouderen betekent dat een steeds groter beroep zal worden gedaan op familie en vrienden. Dat vraagt om een cultuuromslag. Met collega's hebben we een bezoek gebracht aan Zweden en Denemarken. Mevrouw Ellemeet refereerde daar al aan. Zweden bijvoorbeeld kent twee keer zoveel mantelzorgondersteuning door familie en vrienden als Nederland. Elke gemeente kent daar een family care adviser; nu ik dit zo uitspreek denk ik dat het daar wel net iets anders genoemd zal worden. Het is zijn taak om mantelzorgondersteuning op te zetten binnen de gemeente, zodat er voldoende plekken zijn om inwoners die zorg nodig hebben daar korte tijd onder te kunnen brengen zodat de mantelzorg weer op adem kan komen.

Maar het betekent ook iets op de werkvloer wanneer steeds meer werknemers mantelzorgtaken gaan vervullen. Is de minister bereid om de SER om een vervolgadvies te vragen op een werkende combinatie met als enige thema mantelzorg, en de SER daarbij te vragen hoe bedrijven en organisaties zich kunnen voorbereiden op het feit dat steeds meer werknemers mantelzorgtaken zullen vervullen en hoe zij die werknemers kunnen en willen ondersteunen?

De overheid moet er zijn voor de meest kwetsbare groepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking zonder huisarts. 5.000 lichamelijk en verstandelijk beperkten hebben geen huisarts meer en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland schreef een brandbrief aan deze minister. Nog eens 8.000 gehandicapten dreigen huisartsenzorg te verliezen doordat lokale huisartsenposten contracten opzeggen met de instellingen waar ze wonen. 13.000 gehandicapte mensen zonder huisarts, in elk geval in de avonden en de weekenden. Huisartsen vinden de problematiek te ingewikkeld. In een onlangs door de huisartsenkoepel LHV uitgebrachte leidraad zijn voorwaarden beschreven wanneer ze zorg willen verlenen.

Aan de ene kant begrijpt mijn fractie de zorg van de huisartsen zeer goed en is mijn fractie ook van mening dat zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor een goede behandeldienst. Maar wij hebben hierover vragen gesteld en we zouden graag zien dat die beantwoord worden. Want het kan toch niet zo zijn dat mensen met een verstandelijke beperking de dupe worden van deze discussie tussen aan de ene kant instellingen en aan de andere kant huisartsen? Wij denken dat de structurele oplossing gelegen is in het meer opleiden van voldoende artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG's). Er kunnen vandaag de dag al meer artsen voor verstandelijk gehandicapten worden opgeleid dan zich hiervoor aanmelden. Hoe kijkt de minister tegen een verplicht coschap aan bij de instelling voor mensen met een beperking tijdens de studie geneeskunde? Dus dat je daar op het moment dat je er een coschap volgt in ieder geval eens langskomt, zodat studenten ook in aanraking komen met dat beroep. Zou dit ook niet een oplossing kunnen zijn voor het gebrek aan specialisten ouderengeneeskunde? Daarbij maak ik mij grote zorgen over de problemen die specialisten ouderengeneeskunde ondervinden om gecontracteerd te worden door zorgverzekeraars, zodat ze hun diensten in de eerste lijn kunnen aanbieden. De inkoopcriteria, de omzetplafonds, de eisen van zorgverzekeraars, zoals het zijn van een rechtspersoon, en het feit dat het specialisten ouderengeneeskunde niet is toegestaan om hun werk voor patiënten thuis te verrichten, zitten een contract in de weg. Is de minister bereid om dit op te lossen? Het is al bijna november en daarvoor moeten de contracten voor 2020 eigenlijk zijn afgesloten.

Dan de groeiende wachtlijsten voor een plek in het verpleeghuis. Het CDA is er voorstander van om mensen zo lang mogelijk thuis oud te laten worden, maar er is een groep die aangewezen is op de zorg in een verpleeghuis. Een aantal trends. Regelmatig blijven ouderen op het verkeerde bed, het ziekenhuisbed, liggen, omdat er geen bed in het verpleeghuis is. Er is sprake van een praktijk waarbij de ene crisisplaatsing voor de andere crisisplaatsing gaat. Er is sprake van gradaties van crisisplaatsingen, omdat niet alle crisisgevallen te plaatsen zijn, met alle gevolgen van dien. De geriatrische verpleeghuisbedden zijn voor mensen die tijdelijk hulp nodig hebben, maar 50% van die mensen moet toch naar een verpleeghuis, omdat het thuis niet meer gaat.

Het CDA is blij met de 250 miljoen extra om de wachtlijstproblematiek aan te pakken, waarover de minister een brief aan de Kamer heeft geschreven. Wij hebben er wel vragen over hoe dit nu bestemd gaat worden. Hoe weten we zeker dat dit geld gebruikt gaat worden voor die extra plekken? Ontvangt ieder verpleeghuis zo extra middelen? Of worden de regio's die de langste wachtlijst kennen het eerste bediend?

Het beeld van het schild is mooi, zeker wanneer je weet dat een schild in de loop van de geschiedenis een steeds vernuftiger beschermingsinstrument is geworden. Dat kwam door techniek en innovatie. Innovatie is nodig om de toenemende vraag naar zorg aan te kunnen. Maar — en dat beeld is al vaker gebruikt vandaag — dan moeten we echt stoppen met "duidend bloemen bloeien". Dit vraag regie. Het kan niet meer zo zijn dat verpleegkundigen een iPad krijgen, maar dat er niet gedacht is aan wifi. Vindt de minister het geen tijd om landelijke richtlijnen op te stellen over welke innovatieve maatregelen doorgevoerd moeten worden omdat ze bewezen effectief zijn voor het besparen van zorgkosten?

De heer **Hijink** (SP):
Ik wil even terug naar de verpleeghuizen en het sluiten van de verzorgingshuizen, waar het CDA natuurlijk ook bij was en waar helaas een groot deel van deze Kamer destijds voor heeft gestemd. Sommigen hebben excuses gemaakt: GroenLinks bijvoorbeeld. Supergoed, en ik hoop dat ande-

ren dat ook gaan doen, omdat wij toch allang tot de conclusie zijn gekomen dat er een enorm tekort is aan plekken in het verpleeghuis, maar ook aan plekken in bijvoorbeeld het verzorgingshuis en zorgbuurthuis-achtige gebouwen. De SP heeft het voorstel gedaan om volgend jaar al 40 miljoen euro extra te investeren in de bouw van kleinschalige woonvormen voor ouderen. Ik vraag mij af of het CDA dat voorstel gaat steunen.

De heer **Slootweg** (CDA):
Ik denk dat de heer Hijink een continu pleidooi houdt voor die zorgbuurthuizen. Volgens mij hebben wij in een eerdere discussie, over de initiatiefwet, aangegeven dat wij dat eigenlijk een heel positief plan vinden. Wij hebben daar nog wel een aantal vragen bij. Moet je dit echt opzetten rond indicatie? Moet je dit eigenlijk alleen maar opzetten voor mensen met een wat grotere zorgvraag? Wij zien zelf bijvoorbeeld heel veel in mogelijkheden waarbij je mensen met een zorgvraag en mensen zonder zorgvraag wat meer mengt. Dus nogmaals: ik sta er eigenlijk wel positief tegenover om na te denken over de vraag hoe je dat kunt doen. Het bedrag vind ik best wel fors. Ik vind het een ontzettend interessante weg om te verkennen, als wij kunnen kijken naar pilots en als wij ook kunnen bekijken of het behalve het zorgbuurthuis ook andere vormen zouden kunnen zijn. Dan moeten we ook maar even bekijken op welk bedrag we uitkomen. Ik vind het echt heel interessant wat de SP naar voren brengt over het zorgbuurthuis.

De **voorzitter**:
Ik hoop dat uw volgende antwoord iets puntiger is.

De heer **Slootweg** (CDA):
Ja, gaan we doen. We hebben de bondigheidstraining nog niet gehad.

De heer **Hijink** (SP):
Kijk, die 40 miljoen gaat niet alleen naar zorgbuurthuizen. Die gaat wat ons betreft naar allerlei kleinschalige woonvormen voor ouderen. Dat als eerste.

De heer **Slootweg** (CDA):
Dat staat niet in het amendement, voorzitter.

De **voorzitter**:
De heer Hijink is aan het woord.

De heer **Hijink** (SP):
Daar valt over te praten met ons. Het punt is dit. Deze minister, minister De Jonge, heeft maar heel weinig knoppen om aan te draaien als er meer plekken moeten komen in de verpleeghuizen. Hij verwijst altijd door naar anderen die het moeten doen. Naar de woningcorporaties en dan weer naar de minister van Binnenlandse Zaken. Altijd moet een ander het doen. Nu hebben we één knop waar we wel aan kunnen draaien als het om de ouderenzorg gaat, namelijk de toegang die wij mensen geven tot instellingen voor ouderenzorg. Dat is natuurlijk de achtergrond van dit amendement en ook van eerdere voorstellen die wij hebben gedaan. Zorg nou dat een iets bredere groep toegang krijgt tot een verzorgingshuis of een zorgbuurthuis. Dat kan deze minister regelen. Dat kunnen wij vandaag hier al afspreken. Dan zijn we ook niet afhankelijk van wat woningcorporaties doen en wat anderen doen. Ik hoop dat het CDA in die richting met ons wil meedenken. Anders schiet het gewoon niet op. De tekorten zijn nu groot en die worden alleen maar groter als we op deze minister moeten wachten.

De heer **Slootweg** (CDA):
Voorzitter, ik probeer het kort en bondig te houden. Willen meedenken ja, maar wel net even iets breder dan alleen zoals het zorgbuurthuis nu geformuleerd is.

De heer **Kerstens** (PvdA):
Mijn collega mevrouw Van den Berg sloot haar bijdrage af met een dankwoordje aan de medewerkers in de zorg en ze zei: die mensen maken het verschil. Daar ben ik het ontzettend mee eens. Ik noem de medewerkers in de zorg altijd de kurk waar de zorg op drijft. Ik had gehoopt dat de heer Slootweg wat dieper zou ingaan op de positie van de medewerkers in de zorg. Dat heeft hij niet gedaan, dus ik stel hem via een interruptie in de gelegenheid om daar alsnog iets over te zeggen. Zou het CDA het verschil willen maken voor de medewerkers in de zorg? De vorige keer heb ik een voorstel ingediend om meer geld uit te trekken voor de medewerkers in de zorg. Dat voorstel haalde het toen niet, op één stem na, omdat de coalitiepartijen tegenstemden. Wij dienen het vandaag opnieuw in. Zou het CDA het verschil willen maken voor de medewerkers in de zorg?

De heer **Slootweg** (CDA):
Ja, maar dat kan op verschillende manieren en ik deel niet met hem dat het alleen maar gaat om de enige knop waar de heer Kerstens aan wil draaien als hij zegt: het is alleen maar een kwestie van salaris. Ik ben trouwens ook nog niet uitgesproken. Een van de belangrijkste dissatisfiers voor verzorgenden en verpleegkundigen zijn de administratieve lasten. Als het ten slotte gaat over de onderhandelingen die er plaatsvinden over het salaris, ben ik als politicus altijd zeer terughoudend om mij daarmee te bemoeien. Ik vind dat echt iets tussen de sociale partners.

De heer **Kerstens** (PvdA):
Het laatste is zo, zeg ik als oud-vakbondsonderhandelaar. Het eerste wat de heer Slootweg zei, is niet zo. Ik beweer niet dat de enige knop waaraan gedraaid zou moeten worden om te voorkomen dat mensen massaal uit de zorg blijven weglopen, het verhogen van het salaris is. Maar het is wel een hele belangrijke, dat zeggen ze zelf ook als ze gevraagd worden naar de reden van hun vertrek. Welke concrete maatregelen stelt het CDA dan wel voor om een verschil te maken voor de mensen in de zorg? Welke concrete maatregelen, die die mensen ook voelen? Overigens is het zo dat de cao-partijen daarover gaan, maar wij gaan grotendeels over de zak geld die daar op tafel ligt.

De heer **Slootweg** (CDA):
Dan kan ik misschien het beste mijn betoog vervolgen. Dan zien we of dat het antwoord geeft dat de heer Kerstens wil horen.

Voorzitter. De minister van VWS gaf aan dat het ontregelen van de zorg te langzaam gaat. Dat vind ik ook. Ik merk aan mijn contacten met verpleegkundigen en verzorgenden dat degenen die meededen aan het project regelarme zorg, daar vaak warmer over spreken dan over de schrapsessies. De onderzoeken laten zien dat de administratieve last ondanks alle inzet zelfs gestegen is. Het CDA wil de sector uitdagen. Kunnen we geen voorwaarden stellen bij de zorginkoop door zorgkantoren en bij de gelden via het Gemeentefonds, om daadwerkelijk een daling te bewerkstelligen in de ballast van coördinatie- en administratieve lasten? Je zou bijvoorbeeld een organisatie die binnen twee jaar de coördinatie- en administratiekosten met, laten we zeggen, 5% doet dalen, een bonus kunnen geven. Ik zou graag een reactie van de minister daarop horen.

Kunnen we ook eens kijken wat voor effect de administratieve lasten en de stapeling van maatregelen hebben voor mensen met een chronische aandoening? Zij hebben te maken met veel verschillende voorzieningen, met wetten en regelingen op verschillende levensdomeinen. Het CDA zou graag willen weten waar voor hen de grootste belemmeringen zitten. Wij zijn ervan overtuigd dat we, wanneer we vanuit de praktijkervaring van mensen kijken, tot nieuwe inzichten komen. Dan kunnen we meer in samenhang bekijken aan welke knoppen de overheid nog kan of moet draaien. Bijvoorbeeld: in hoeverre kent deze groep de mogelijkheid van een zorgtoeslag en werkt het belastingstelsel financieel nadelig uit voor mensen met een beperking die samenwonen of gehuwd zijn? Wellicht zien we dan dingen die de overheid kan verbeteren en die voor mensen een groot verschil kunnen maken. Is de minister bereid een aantal mensen en gezinnen met een beperking een jaar lang te volgen?

Voorzitter. Ik heb dit jaar verschillende keren vragen gesteld over allerlei zorgconstructies die wat het CDA betreft onwenselijk zijn. De inspectie heeft onlangs een uitspraak gedaan over de instelling voor mensen met een beperking, DeSeizoenen, waar mensen met een dubbele pet in de raad van toezicht en de raad van bestuur zitten. Deze minister neemt een aantal maatregelen zoals de nieuwe Wtza. Is dat voldoende? Treden raden van toezicht wel voldoende op? Ik twijfel. Laat ik een voorbeeld nemen aan hoe dit in een andere sector is geregeld. DNB toetst bij potentiële leden van de besturen van pensioenfondsen wat iemands kennis is. Is hij of zij een aanvulling op de zittende leden? Brengt hij andere kennis mee? Kennis moet je ook bijhouden. De eisen om lid te worden van de raad van toezicht moeten ons inziens versterkt worden. Wat is de opvatting van de minister?

Voorzitter. Ter afsluiting. We vieren dit jaar 75 jaar vrijheid; een gebeurtenis met tal van activiteiten. Het CDA vindt dit heel belangrijk. En wat we ook belangrijk vinden, is dat dit juist jongeren bereikt. De regering heeft extra middelen vrijgemaakt om een aantal extra projecten en musea te ondersteunen. Binnenkort opent bijvoorbeeld het nationaal monument Kamp Vught een nieuwe ruimte. Daar is ook een audiotour speciaal voor de jeugd. Top! Maar toch wil ik afsluiten met een paar vragen. Worden jongeren wel voldoende betrokken bij activiteiten rond 75 jaar vrijheid? Wordt bij alle activiteiten met vertegenwoordigers van jongeren nagedacht over de vraag hoe het verhaal ook in een eigentijdse vorm aan hen kan worden doorgegeven?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik wil even terug naar de bestuurders in de zorg. Ik las vanmorgen het voorstel van de heer Slootweg om bestuurders in de zorg te screenen. De uitvoerder moet de Nederlandse Zorgautoriteit worden. Ik vind dat een steengoed idee. Maar waarom stemde meneer Slootweg dan twee jaar geleden tegen mijn voorstel dat exact hetzelfde was?

De heer **Slootweg** (CDA):
Ja, maar als je toch nog even naar de precieze formulering kijkt ... Ik wil daar eigenlijk van wegblijven. Ik denk dat mevrouw Agema in dit geval een goed punt had en ons in die zin in het denken vooruit was. Ik wil kijken hoe we dit kunnen doen. Op welke manier moet dit precies worden belegd? Ik ben mevrouw Agema erkentelijk. Zij zag hier een goed punt eerder dan ik.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat vind ik toch niet genoeg. U heeft dit vanmorgen actief naar de pers gebracht. Ik ga ervan uit dat we dit hier gaan bespreken en dat er een motie of iets dergelijks komt. Aangezien u exact hetzelfde voorstel doet als ik twee jaar geleden deed en u daar toen tegenstemde, ga ik dit voorstel natuurlijk opnieuw doen. Ik ga niet weer het CDA mijn idee laten pikken met als resultaat dat ik dan uiteindelijk voor uw motie mag stemmen. Ik ga het volgende doen. Ik ga dit voorstel opnieuw in een motie gieten en ik reken dit keer op uw steun, want ik ben het echt zat. Het CDA stemt iedere keer tegen, tegen elk voorstel. Ze moeten het nog even bekijken. Het gaat om de formulering. Tegen, tegen, tegen. En dan gaat u naar de krant met mijn voorstel. Ik ben het zo zat!

De heer **Slootweg** (CDA):
Laat ik daar twee dingen over zeggen. Volgens mij hebben we hier een debat met de minister. Ik wil gewoon zijn antwoord hierop horen, maar ik geef wel duidelijk aan waar wij staan. Ten tweede. Als mevrouw Agema vindt dat ik haar te weinig erkentelijk ben geweest, wil ik hier een verschil markeren. Ik heb gekeken naar hoe De Nederlandsche Bank dit voor pensioenfondsbesturen heeft gedaan. Ik kan me uw motie wel herinneren, en die zag er toch net wel iets anders uit.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Sorry voorzitter, het is woordelijk exact hetzelfde voorstel. Het is exact hetzelfde voorstel als wat u vanmorgen in de krant deed. Nou geen rookgordijn optrekken ...

De heer **Slootweg** (CDA):
Nee, dat doe ik niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):
... u stemt tegen en vervolgens pikt u een idee. En zo gaat het iedere keer met het CDA, al jarenlang. U zat toen al in de Kamer.

De heer **Slootweg** (CDA):
Zeker. Ik gaf al van tevoren aan dat mevrouw Agema in het denken misschien iets vooruitliep op mijn denken, op mijn ontwikkeling. Ik vind wel dat in die periode in de Kamer wel een aantal zaken naar voren is gekomen als het gaat om rapporten van de inspectie die we daarvoor niet precies kenden. Minister De Jonge heeft al aangegeven in het begin niet veel te zien in bijvoorbeeld een vergunningsplicht. Daar denken we nu op een aantal terreinen toch anders over. Dus in die zin vinden we dat helemaal geen probleem. Maar ik denk dat er toch nog wel een nuanceverschil zit tussen het voorstel van mevrouw Agema wat ze toen heeft gedaan en de aanloop die wij hebben genomen.

De **voorzitter**:
Sorry, mevrouw Agema, ik ga u niet nog een keer het woord geven, het spijt me. De heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Blij met de aandacht die de heer Slootweg geeft aan 75 jaar bevrijding, wat je in deze begroting voor 2020 natuurlijk terugziet. U noemt specifiek jongeren, om die te betrekken bij die belangrijke herdenking. In hoeverre kijkt u dan ook naar de Indische geschiedenis en de geschiedenis van Indische Nederlanders, een wat mij betreft wat vergeten geschiedenis? Wil hij jongeren ook daarmee in aanraking brengen?

De heer **Slootweg** (CDA):
Ja. Onze geschiedenis is veel breder dan die van Nederland in Europa. Het was een wereldoorlog, die voor veel mensen die hier wonen en hun nazaten over de hele wereld gevolgen heeft gehad. Het houdt bij mij in die zin dus niet op rond 5 mei.

De heer **Renkema** (GroenLinks):
Afrondend, voorzitter. Ik heb een tijdje geleden een motie ingediend die juist de ruimte gaf aan het Nederlandse onderwijs om aan die Indische geschiedenis meer invulling te geven. Immers, van de bevrijding in Nederland hebben heel veel jongeren wel beelden. Die motie werd toen helaas niet gesteund door het CDA. Is daar sprake van voortschrijdend inzicht?

De heer **Slootweg** (CDA):
Ik begrijp heel goed wat meneer Renkema wil doen: je wilt daarvoor het onderwijsstelsel gebruiken, omdat dat de meest directe vorm is. Ik vind wel dat ik als woordvoerder zorg een beetje terughoudend moet zijn met zaken op het gebied van een ander. Verder heb ik toen begrepen dat, ondanks dat die motie niet is aangenomen, er wel een gesprek is geweest over hoe we dit een plek kunnen gaan geven. Wil ik dit direct overnemen? Ik wil eigenlijk eerst zien hoe scholen hiermee zelf aan de slag gaan.

De **voorzitter**:
Dank u wel.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**:
Ik schors tot 13.40 uur, tien over half twee. Dan hebben we eerst een niet zo heel lange regeling van werkzaamheden. Daarna gaan we eerst naar de SP luisteren, en een van de hoogtepunten zal de maidenspeech van mevrouw Van Esch van de fractie van de Partij voor de Dieren zijn.

De vergadering wordt van 13.08 uur tot 13.41 uur geschorst.