

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 811

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 maart 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 februari 2017 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 oktober 2016 ter aanbieding van de Verzekerdenmonitor 2016 (Kamerstuk 33 077, nr. 16);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2016 met een reactie op de brief van het Zorginstituut Nederland over «Afschaffen eigen betaling bij poliklinische bevalling zonder indicatie» (Kamerstuk 32 279, nr. 102);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2016 ter aanbieding van de antwoorden op vragen van de commissie over de instelling van de Technische werkgroep Beheersinstrumentarium (Kamerstuk 32 620, nr. 183);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2016 inzake toezeggingen eigen risico, eigen bijdrage in de Wmo 2015 en compensatiemogelijkheden (Kamerstuk 29 538, nr. 231);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 november 2016 met een reactie op het verzoek van het lid Leijten, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 22 november 2016, over de tweedeling in de zorg door budgetplafonds en patiëntenstops, problematische wachtlijsten bij 17 ziekenhuizen en slechte toegang voor verzekerden met budgetpolis (rijksoverheid.nl, samenvattend rapport zorgverzekeringwet 2015) (Kamerstuk 29 689, nr. 791);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 november 2016 inzake onderzoek naar het vrijwillig eigen risico (Kamerstuk 29 689, nr. 783);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 november 2016 ter aanbieding van het samenvattend rapport Zorgverzekeringwet (Zvw) 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 782);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2016 met een reactie op het verzoek van de commissie om een reactie op het bericht in de Destentor.nl d.d. 5 december 2016 inzake het verschil in interpretatie van zorgverzekeraars wat vergoed wordt uit de basisverzekering (Kamerstukken 29 689 en 29477, nr. 795);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2016 inzake toegankelijkheidsnormen eerstelijnszorg (Kamerstuk 29 689, nr. 796);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 januari 2017 met een reactie op het verzoek van de commissie om een reactie op het Volkskrantartikel «Arts kiest vaker pillen gesponsorde farmaceut» (Kamerstuk 32 620, nr. 186);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 december 2016 ter aanbieding van het NZa-rapport «Telefonische Informatieverstrekking zorgverzekeraars» (Kamerstuk 29 689, nr. 799);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 ter aanbieding van de beantwoording van vragen van de commissie over de kabinetsreactie op de beleidsdoorlichting «Bevordering werking van het stelsel» begrotingsartikel 2.3 (Kamerstuk 32 772, nr. 22);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 ter aanbieding van de Monitor NZa contractering MSZ (Kamerstukken 29 689 en 29248, nr. 798);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 met de stand van zaken moties en toezeggingen (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2017 ter aanbieding van het rapport ACM Toetredings- en groeidrempels zorgverzekeringsmarkt (Kamerstuk 29 689, nr. 802);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 februari 2017 met het NZa-rapport Contractering gepast gebruik (Kamerstuk 29 689, nr. 804).

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

De voorzitter de vaste commissie,
Lodders

De griffier de vaste commissie,
Post

Voorzitter: Lodders
Griffier: Post

Aanwezig zijn vier leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Leijten, Lodders en Rutte,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.03 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag allemaal. Welkom bij dit algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin we vanmiddag met elkaar het debat aangaan over de Zorgverzekeringswet. Ik heet de Minister, de ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden, de mensen hier op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen, van harte welkom. Dit overleg staat gepland van 14.00 tot 17.00 uur. We gaan kijken hoe ver we daarmee komen. Gezien het beperkte aantal woordvoerders, moet dat lukken. We gaan gewoon uit van een spreektijd van vier minuten per fractie, want daar hebben we ons op voorbereid.

Ik heb een afmelding ontvangen van mevrouw Bruins Slot en de heer Krol.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Bouwmeester. Zij spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid. Gaat uw gang.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Voorzitter. Dit algemeen overleg gaat vooral over de werking van het stelsel. Het stelsel en de Zorgverzekeringswet kun je vanuit verschillende perspectieven benaderen. Je kunt het bekijken vanuit het perspectief van de aanbieder en zelfs vanuit dat van de ondernemer, als we het over het medisch-specialistisch bedrijf in het ziekenhuis hebben, waarbij het opeens over ondernemers gaat. Je kunt het ook bekijken vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars. Maar laat het duidelijk zijn: de Partij van de Arbeid kiest voor het perspectief van mensen, van patiënten en van verzekerden, degenen om wie de zorg uiteindelijk draait. Wat wil een mens? Nou, een mens wil in eerste instantie gezond blijven. Als je patiënt bent, wil je de beste zorg krijgen. Je wilt niet alleen de zorg krijgen die naar objectieve maatstaven bij je past, maar ook de zorg die subjectief gezien bij je past. Goede zorg maak je samen op basis van een gelijkwaardige dialoog. Daarom is het zo belangrijk dat het goede gesprek, met bijpassende begrijpelijke informatie zo veel aandacht heeft gekregen. Wat is dan goede zorg? Ik ben er eens ingedoken door toch nog eens nader te kijken naar het begrip «zorgplicht». Er ligt een heel mooi samenvattend rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) waarin de vraag wordt beantwoord of de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Zorgplicht gaat over goede zorg die bereikbaar en tijdig is. Wanneer is zorg eigenlijk goed? In de praktijk zien we namelijk nog steeds dat kwetsbare ouderen niet altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben. Dat heet in de volksmond ook weleens een beetje oneerbiedig de verkeerde-beddenproblematiek. Mensen met psychische problemen krijgen ook niet altijd tijdig de zorg die zij nodig hebben. Mensen die een standaardoperatie nodig hebben of die voor een standaardbehandeling naar het ziekenhuis moeten, krijgen vaak nog de standaardbehandeling. Allerlei mooie, nieuwe innovatieve mogelijkheden krijgen zij niet. Kortom, het is tijd om het begrip «zorgplicht» nader te definiëren. Het is immers een ontzettend politiek begrip. Het is puur politiek wat zorgplicht is: wat is goed, wanneer is het tijdig, wanneer past het bij iemand? Het is dus ook tijd dat de politiek zich daarmee gaat bemoeien. Daarom doe ik het voorstel dat de Minister de NZa vraagt om samen met eventueel de Raad

voor Volksgezondheid en Samenleving en samen met mensen uit het veld te komen tot een nadere invulling van het begrip «zorgplicht». Als we dat begrip nader duiden, weten we ook waarop zorgverzekeraars moeten sturen, zodat mensen de zorg krijgen die daadwerkelijk bij hen past. Bij de stukken zit een brief over de Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven. Dit is een technische werkgroep met technische ambtenaren die zich gaat bezighouden met zorginnovatie. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft daarvoor een heel mooi rapport uitgebracht met allemaal heel praktische aanbevelingen over de wijze waarop e-health sneller bij mensen komt, waarop de uitkomst kan worden bekostigd en waarop e-health tijdelijk kan worden bekostigd. Kortom, hoe kunnen we de zorg beter maken door allerlei nieuwe innovatieve toepassingen? Is het niet handiger om de aanbevelingen van deze staatsadviescommissie uit te voeren in plaats van een ambtelijke technische werkgroep te zetten op zorginnovatie? Is het ook niet handiger om bijvoorbeeld de werkwijze van de zorginnovatieweek, die een heel groot succes was en werd getrokken door ECP, waarbij mensen worden samengebracht, gewoon ieder jaar voort te zetten en daarvan een beweging te maken zodat de cultuurverandering die we willen in de zorg, ook uitkomt? Ik geef overigens de mensen die hebben bijgedragen aan de zorginnovatieweek een compliment. Als we weer een technische ambtelijke werkgroep erop zetten – ongeacht hoe goed die mensen allemaal zijn – bestaat de kans dat die weer een beetje wordt platgeslagen, omdat de oplossingen, ook voor zorginnovatie, in de samenleving liggen. Wil de Minister daar een toezegging op doen? VWS heeft een mooie bijdrage geleverd aan de e-healthweek. In dat opzicht geef ik ook een compliment aan de Minister en allen die daaraan gewerkt hebben. Laten we die doorzetten als beweging, structureel, en voorkomen dat dit wordt overgelaten aan een technische ambtelijke werkgroep. De zorgverzekeraars doen een heel mooie oproep. Zij zien dat de zorg tussen verschillende domeinen zit en dat mensen tussen wal en schip vallen. Zij zeggen daarin een verantwoordelijkheid te hebben die zij ook willen nemen, maar dat moet dan wel goed georganiseerd worden. Welke praktische gevolgen geeft de Minister hieraan? Dokters hebben ook iets moois gedaan. Zij zeggen dat er minstens 1.300 behandelingen zijn die helemaal niet effectief zijn. Wat wordt daarmee gedaan? Op welke manier neemt de Minister hierbij regie om ervoor te zorgen dat mensen geen onnodige behandelingen krijgen, opdat dit geld wordt besteed aan zorg die goed is en beter bij mensen past?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. We spreken vandaag over de Zorgverzekeringswet. We hebben het dan over het zorgstelsel. We hebben het vaak over het zorgstelsel, maar te weinig over zorg zelf. Het stelsel van marktwerking had een hoop beloften in zich. Zo zou het doelmatiger, beter en goedkoper zijn. Inmiddels zijn we elf jaar verder. We kunnen ons afvragen waar we staan. Er is gedoe over armenpolissen. Mensen hebben niet de toegang tot de zorg die anderen wel hebben. Er is gedoe over collectiviteiten, waarmee kortingen worden gegeven die anderen moeten betalen. Er vindt verborgen risicoselectie plaats. Dat hadden we toch niet gewild. Er is veel gedoe over reclame en acquisitie van zorgverzekeraars en over hun reserves. We zien zorgmijding. De Partij van de Arbeid zegt dat nu ook openlijk in de verkiezingscampagne: het eigen risico leidt tot zorgmijding en we moeten er daarom van af. De Minister heeft dit nooit voldoende willen onderzoeken, en dat is jammer. We zien dat er gedoe is over wat uit de aanvullende verzekering en wat uit de basisverzekering vergoed wordt. Ook is er grote weerstand in de samenleving tegen het eigen risico, dat een boete op ziek zijn is. Een ding kunnen we wel constateren: mensen geloven er niet meer in. Zij geloven er niet meer in dat marktwerking beter

is voor de zorg. Zij geloven al helemaal niet dat winst maken en winst uitkeren een goed idee is voor de zorg. Ik loop even de zaken langs waaruit we dit opmaken. De wachtlijsten zouden zijn verdwenen. In de geestelijke gezondheidszorg zijn de wachtlijsten enorm. De Minister erkent dat zelf ook als probleem. De zorgverzekeraar voldoet daarbij niet aan zijn zorgplicht. Waarom eigenlijk niet? Is dat omdat de zorgplicht niet gedefinieerd is, zoals de Partij van de Arbeid zegt, of omdat het wellicht niet zo ongunstig is om niet de beste te zijn op de geestelijke gezondheidszorg? We weten immers dat je via de geestelijke gezondheidszorg altijd een hoge schadelast zult hebben. Dan het samenvattende rapport over allerlei zaken, waaronder de zorgplicht, waaruit blijkt dat 17 van de 100 ziekenhuizen problematische wachtlijsten hebben. 17 van de 100! Dat is een wat groter aantal dan 1 van de 100. De problematische wachtlijsten zijn een jaar, over alle disciplines genomen. Ga praten met mensen die op de ambulance zitten en ga praten met de mensen die werken op de spoedeisende hulp over de wijze waarop zij mensen moeten verplaatsen. Soms moeten die mensen worden verplaatst door het hele land, omdat er geen plek is. We noemen dat de verkeerdebeddenproblematiek. Is dat goede toegang tot zorg? Is het daar nou zo veel beter van geworden? Hebben de zorgverzekeraars daarbij hun rol gespeeld?

Gisteren is het rapport «Contracting gepast gebruik» van de Nederlandse Zorgautoriteit, wederom de NZa, verschenen. Zorgverzekeraars kopen helemaal niet in op kwaliteit. Dit zijn niet mijn woorden, maar die van de NZa. De tripartiet ontwikkelde kwaliteitsindicatoren – dat wil zeggen dat deze door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliëntorganisaties samen zijn vastgesteld – leggen zij naast zich neer. Dat doen zij omdat zij vinden dat de kwaliteitsindicatoren te beperkt zijn. In plaats daarvan kopen zij zorg in op basis van hun eigen informatie, die niemand kan controleren. Daarmee zijn de afspraken om in te kopen op kwaliteit weer eenduidig met voeten getreden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik deel de kritiek van de SP op de zorgplicht, of beter gezegd de kritiek van de Nederlandse Zorgautoriteit. Onderdeel van dit probleem is volgens de Partij van de Arbeid dat de zorgplicht zo algemeen geformuleerd is, dat eigenlijk altijd alles wel goed is omdat je altijd wel ergens aan voldoet in die grote bak die de definitie van het begrip «zorgplicht» is. Mevrouw Leijten zegt het zelf ook: dat is raar. Als de kwaliteit nou zo'n moeilijk punt is, zou het dan niet mooi zijn om de zorgplicht in te laten vullen door mensen die er het meeste verstand van hebben? Dat zijn de mensen om wie het gaat, namelijk de patiënten en zorgverleners. Op die manier kunnen we veel beter sturen, zodat mensen de zorg krijgen die bij hen past in plaats van de norm zo algemeen te houden dat je er eigenlijk altijd wel onder valt, waardoor de kwaliteit in het geding kan komen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Op dit moment is de zorgplicht een soort technische exercitie. Per ziekenhuis wordt bekeken of het voldoet aan de treeknormen, de normen voor de maximale wachttijd. Wanneer een van de ziekenhuizen in het land niet aan die treeknormen komt en de zorgverzekeraar daar ingekocht heeft, is er toch feitelijk voldaan aan de zorgplicht. Immers, in theorie kun je ergens terecht. De vraag is alleen of je daadwerkelijk terechtkunt wanneer je je daar meldt. Ik zie zelf wel iets in de gezondheidszorggarantie, zoals men die in Zweden heeft. Zweden is een dunbevolkt land met een ander soort aanbod van gezondheidszorg, maar men kent daar de garantie dat men binnen een dag een arts spreekt en binnen een paar dagen gezien wordt en dat binnen een bepaalde termijn de behandeling gestart wordt, al naargelang de aard van de aandoening of de noodzaak tot behandeling. Dat is geen exercitie op papier – waar voldoet de

aanbieder aan op papier – maar het gaat dan echt over de patiënt, die contact heeft gehad met de arts die de behandeling heeft gestart. Zo'n soort zorgplicht zou ik heel fraai vinden. Volgens mij zou je die zelfs ook nog in een marktwerkingsstelsel kunnen afspreken, maar het is algemeen bekend dat wij wat minder zien in zo'n stelsel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik vind het een interessante suggestie. Dit gaat over de snelheid waarmee je een dokter ziet. Dat is zeker belangrijk. Tegelijk moet de zorgplicht meer kwalitatief worden ingevuld, zodat je niet alleen snel zorg krijgt, maar ook goede zorg. Je moet zorg krijgen die bij je past in plaats van one-size-fits-all. Zou dat gezamenlijk een optie kunnen zijn?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Jazeker. One-size-fits-all is niet goed binnen de zorg omdat iedereen verschillend is en behoeften ook verschillen. Zelfs als wij dezelfde aandoening zouden hebben en dezelfde behandeling nodig zouden hebben, zou de behandeling toch verschillen omdat wij verschillen. Volgens mij is «one-size-fits-all» een kwalificatie die niet past bij de zorg en kijken arts en behandelaar altijd in eerste instantie naar wat de patiënt nodig heeft. Van de zorgplicht die we nu hebben en waaraan de zorgverzekeraar nu moet voldoen, kunnen we vaststellen dat die niet voldoet. Immers, anders zouden we niet weer in het moeras van de wachtlijsten terecht zouden zijn gekomen. De vraag is hoe je de zorgplicht dan moet draaien. Die plicht moet gedraaid worden naar de garantie aan de patiënt. Ikzelf zie heel veel in de gezondheidszorggarantie. Daarmee krijgt de zorginkoper, ongeacht of dat de zorgverzekeraar is of het Nationaal ZorgFonds, zoals wij dat zouden willen zien, de taak om daaraan te voldoen. Wat ons betreft gebeurt dat in samenwerking met de zorgaanbieders in plaats van in concurrentie.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik vind het interessant dat ook de SP wil nadenken over de wijze waarop we dingen in de zorg beter kunnen maken. Ik vind dat oprecht een goed idee. Mevrouw Leijten sprak over een voorbeeld uit Zweden met garanties. Ondertussen heb ik wat data geraadpleegd. Daaruit blijkt dat Zweden zich kenmerkt door extreem lange wachttijden in de zorg, veel extremer dan in ons land. Is dat niet een heel slecht voorbeeld? Mensen wachten daar eeuwig op een kankerbehandeling. Op de spoedeisende hulp zijn de wachttijden enorm. Dat is overigens ook niet zo heel raar omdat de overheid zich daar intens met de zorg bemoeit; dat verbaast mij daarom niet heel erg. Is het dus niet een heel slecht voorbeeld om een land te pakken dat veel langere wachttijden dan Nederland kent?

Mevrouw **Leijten** (SP):

Bij de gezondheidszorggarantie gaat het erom dat je een arts spreekt, ook in een dunbevolkt gebied, dat je een arts ziet en dat er vervolgens een afspraak wordt gemaakt wanneer de behandeling start. Een wachtlijst kan problematisch zijn wanneer je acute zorg nodig hebt, maar ook in ons land moet je vaak lang wachten. Dat geldt ook als je de intake hebt gehad in het ziekenhuis. Officieel sta je dan niet meer op een wachtlijst omdat je de intake hebt gehad, waardoor de dbc is geopend. Het moment waarop je geopereerd wordt, bijvoorbeeld omdat je wel wat langer kunt wachten of omdat je er nog wel even mee kunt lopen, is dan later. De NZa heeft geconstateerd dat in 17 van de 100 ziekenhuizen de wachttijden problematisch zijn. Dat geldt voor een dwarsdoorsnede van de zorg, voor alle disciplines. Overigens geldt het niet voor kankerbehandelingen, want die kennen geen wachttijden. Dat is heel goed. De vraag is of het altijd problematisch is als je moet wachten. Wachtlijsten aan sich zijn moeilijk onderling te vergelijken. Op het moment dat je lang moet wachten voor

spoedzorg of kankerzorg, wordt het problematisch. Uit de OESO-monitor blijkt dat de overlevingskans in Nederland bij verschillende soorten kanker absoluut gemiddeld is of zelfs bovengemiddeld, in vergelijking met omringende landen.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik ga hier toch nog even op door. Zweden kent geplande, overheidsgepasteerde gezondheidszorg. Engeland is ook zo'n land. Dat wachtlijsten een probleem zijn, ben ik echt met mevrouw Leijten eens. Ik zou dan zeggen dat we moeten kijken naar een land als België, waar de wachtlijsten nog net wat korter zijn dan in Nederland. In Zweden is dat juist niet het geval. Ik ben daar ook geweest. De overheid bemoeit zich daar intensief met de zorg, met goede bedoelingen. Vervolgens leidt dat alleen tot langer wachten. Men heeft daar aanbodgestuurde zorg. Er wordt planmatig gezegd: er moet een ziekenhuis zijn met zoveel artsen en verpleegkundigen. De resultaten voor de patiënt zijn echter slechter dan in Nederland. Het zou echt goed zijn om daarnaar te kijken voordat we hier met dit soort ideeën beginnen te spelen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

En toch worden ze in Zweden ouder dan in Nederland en is de gezondheidswinst na behandeling in het ziekenhuis er hoger als je naar de OESO-normen kijkt. Je kunt je dus niet blindstaren op wachtlijsten, maar moet ook kijken naar de uitkomsten. Dus ja, je moet ernaar kijken, maar ik probeerde zojuist aan de heer Rutte uit te leggen dat op een wachtlijst staan soms niet heel erg is, en dat als dat wel wordt meegerekend als problematisch, je vertroebelde cijfers krijgt. Het ging mij in eerste instantie om die gezondheidsgarantie. Wat ik daar zo charmant aan vind, is dat het een andere manier van invulling is van de zorgplicht die, zoals we nu zien, een papieren exercitie is die niet leidt tot druk bij de zorgverzekeraar en zeker niet tot een verbeterde situatie voor de patiënt.

De **voorzitter**:

Dank. Dat had u al kenbaar gemaakt. Ik verzoek u om uw betoog af te maken. U hebt nog een minuut.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Graag krijg ik een reactie van de Minister op die gezondheidszorggarantie. Hoe denkt de Minister over het probleem dat we nu zien, namelijk dat mensen soms denken iets vergoed krijgen uit de basisverzekering, terwijl het eigenlijk tot de aanvullende verzekering behoort, en dat daar een schimmig gebied aan het ontstaan is? Ik zou graag van de Minister willen weten hoe de NZa daar toezicht op houdt, want het is natuurlijk een vorm van risicoselectie als je bij de ene verzekeraar bijvoorbeeld medicinale cannabis wel vergoed krijgt en bij de andere niet. Dat kan wel degelijk een vorm van risicoselectie zijn. Is op dit punt de afbakening voldoende van het basispakket en wat daaruit vergoed wordt?

Ik zie uit naar een volgend regeerakkoord, waarin minder markt in de zorg zal zijn in plaats van meer. Als we immers bekijken waar de verkiezingsprogramma's op uitlopen, is de VVD eigenlijk nog de enige gelover in marktwerking.

De heer **Rutte** (VVD):

Voorzitter. Wat een geweldige zorg hebben wij toch in ons land. Wie gaat kijken, wie op bezoek gaat, wie gaat ervaren, kan er niet omheen: het is echt een waanzinnig mooie en goede gezondheidszorg. Ik loop een paar voorbeelden af waar ik de afgelopen tijd zelf mee te maken heb gehad. In mijn eigen stad, in Groningen, hoewel niet alleen daar, is de coöperatie ZorgnaZorg. In die ene coöperatie werken alle Groningse ziekenhuizen, twee Friese ziekenhuizen en vrijwel alle Drentse ziekenhuizen samen. Wie

beweert dat samenwerking niet mag, zit er dus echt naast. Die coöperatie zorgt ervoor dat iedere patiënt voor wie dat nodig is, de volgende dag in een verpleeghuis ligt. Kom daar maar eens om in de rest van het land; daar kan men er nog wat van leren. Maar op veel andere plekken roept men vooral «samenwerken mag niet». Het kan echter best; je moet het gewoon gaan doen. In Groningen gebeurt dat en dat is hartstikke goed. Een ander voorbeeld zijn e-healthprogramma's zoals COPD in Beeld en HartWacht. Zij worden gesteund door verschillende verzekeraars en gemonitord vanuit verschillende ziekenhuizen. Daardoor kunnen mensen met COPD of met hartfalen gewoon thuisblijven en erop vertrouwen dat zij goed in de gaten worden gehouden. Dat is een enorme winst van kwaliteit van leven.

Nog een ander voorbeeld is het Laurentius Ziekenhuis in Roermond, een extreem klantvriendelijk ziekenhuis. Het heeft klantvriendelijkheid tot in alle poriën van de organisatie doorgevoerd. Je weet niet wat je overkomt aan gastvrijheid en hospitality als je daar komt. Bij iedere medewerker die je spreekt, ervaar je dat echt. Je voelt het echt. Datzelfde ziekenhuis werkt volop samen met de andere ziekenhuizen in Limburg, waardoor ieder zijn eigen specialisme kan hebben en er voor heel Limburg de allerbeste zorg wordt georganiseerd.

Gisteren was ik in het Maasstad Ziekenhuis. Ik was erg onder de indruk van de grote passie en gedrevenheid bij specialisten en verpleegkundigen. Termen als «value based healthcare» worden daar echt doorleefd. Alles wat ze daar doen, is gericht op de beste uitkomst voor de patiënt. Zij werken al met uitkomstmetingen en gaan daar ook op sturen. Naast Santeon hebben ze nu ook contracten met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld op het gebied van borstkanker, om echt werk te gaan maken van uitkomstbepaling. Maar ik heb er ook een operatie mogen aanschouwen met de Da Vinci robot bij een patiënt met pancreaskanker, die vijf dagen na de operatie naar huis kon terwijl dat in andere ziekenhuizen soms pas na vijftien dagen kan. Prachtige innovaties, schitterende zorg!

Een voorbeeld van een goede instelling die we volgens mij allemaal wel bezocht hebben, is de praktijk ouderengeneeskunde in Velp. Daar is een specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts gevestigd, zodat heel complexe patiënten fantastisch begeleid kunnen worden. Zo wordt voorkomen dat zij steeds naar het ziekenhuis moeten worden gestuurd en wordt er enorm geïnvesteerd in de kwaliteit van leven.

We hebben geweldige zorg en het zou werkelijk roekeloos zijn om de revolutie te prediken, maar we moeten die zorg wel stap voor stap nog beter maken. Dat erken ik. Bij dat beter maken wil ik aandacht vragen voor twee punten. Het eerste sluit aan bij mijn laatste voorbeeld, de specialist ouderengeneeskunde in Velp. We zullen echt met elkaar werk moeten gaan maken van het verplaatsen van de zorg naar de eerste lijn, oftewel zorgen dat de zorg voor de patiënt, met name voor de oudere patiënt, veel dichterbij huis kan plaatsvinden. Immers, wat heb je eraan als je continu voor iedere aandoening naar het ziekenhuis moet? Je hebt er veel meer aan als je in en om je huis goed ondersteunt en goed geholpen kunt worden.

Mijn vraag aan de Minister is hoe we dit proces kunnen versnellen. In mijn eigen verkiezingsprogramma staat dat we zelfstandige financiering moeten hebben voor de specialist ouderengeneeskunde. Daar zullen we ook echt voor blijven strijden. Maar wellicht kan er nog meer. We moeten dan denken aan afspraken zoals die zijn gemaakt met het ziekenhuis Bernhoven of het Martini Ziekenhuis Groningen. Dat zijn dan meerjarige afspraken waarin staat dat ziekenhuizen een deel van de zorg niet meer gaan uitvoeren omdat die in de eerste lijn georganiseerd gaat worden. Is dat de lijn? Wat kunnen wij hier nog doen om dat proces te versterken en te versnellen, zodat de zorg aan blijft sluiten bij de samenstelling van de bevolking?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Fijn dat de VVD nu ook aangeeft dat het gaat om zorg die bij je past. Dat zijn we met elkaar eens. Wat vindt de heer Rutte van mijn oproep om daarbij een nadere invulling van de zorgplicht van toepassing te laten verklaren? Het is nu namelijk zo algemeen dat het niet gaat. Er is dus meer sturing nodig in dit stelsel.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik vind dat een ingewikkeld oproep. «Zorgplicht» is niet voor niets open gedefinieerd, er bestaat namelijk niet één vorm van zorg. Zorgplicht moet een beetje flexibel zijn. Als het gaat om heel hoogspecialistische zorg is het acceptabel dat iemand ver moet rijden om een heel goede behandeling te krijgen. Gaat het om standaardzorg, dan moet iemand daar heel snel en op korte afstand toegang toe hebben. Ik vind het wel een taak voor de NZa om helder te maken wanneer er niet aan de zorgplicht wordt voldaan. De NZa zou dan ook moeten optreden. Aan de hand van de casuïstiek kun je met elkaar verklaren waar de grenzen liggen; ik geloof niet dat je dat in betonnen regelgeving kunt gieten, daar wordt het uiteindelijk niet beter van.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Het is nu zo flexibel dat eigenlijk alles kan. Iedereen hier, ook de heer Rutte, schetst terecht het probleem met kwetsbare ouderen en mensen in de ggz. Allerlei innovaties worden beperkt doordat de zorgplicht zo breed is dat alles erin past en daardoor ook niets erin past. De heer Rutte heeft echter ook gelijk dat je het niet in beton moet gieten. Het zou volgens mij interessant zijn om een verkennende sessie te doen, niet alleen met de NZa maar ook met Patiëntenfederatie Nederland en een club als de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, om te bekijken hoe je het beter bij de mensen passend kunt maken, zodat je het als instrument inzet. Als we het laten zoals het is, als we niet gaan sturen, blijven mensen in de ggz, ouderen en al die anderen hangen omdat het te vaag gedefinieerd is. Dan kan de NZa dus ook niets, omdat «zorgplicht» dan een containerbegrip is. Vindt de heer Rutte het interessant om de Minister te vragen om daar een verkennende sessie naar uit te voeren?

De heer **Rutte** (VVD):

Het laatste punt, dat de NZa niets kan, deel ik niet. Als de NZa oordeelt – het is echt aan de NZa zelf om dat oordeel te vellen – dat de zorgplicht in het geding is, kan en moet de NZa optreden. Er staat mij bij dat in het verleden dat ook een aantal keer gebeurd is. Ik heb er helemaal niets op tegen dat er samen met betrokkenen wordt verkend wat de zorgplicht in de praktijk betekent en of her en der aanscherpingen nodig zijn. Daar is helemaal niets mis mee. Ik vind de zorgplicht een extreem belangrijk onderdeel van onze Zorgverzekeringswet; mensen moet erop kunnen rekenen. Als het aanbod er niet is, kun je weleens een wachtlijst krijgen waar je niets aan doet. Dat hebben we bijvoorbeeld in het geval van transgenders gezien. Dat is buitengewoon vervelend, maar daar helpt geen zorgplicht tegen. Als het aanbod er echter wel is, en je toch aanloopt tegen allerlei problemen, is het juist aan de NZa om op te treden. Dus verkennend wel, maar niet in beton gieten, want daar zou ik op tegen zijn. Voorzitter, ik kom bij mijn laatste punt.

De **voorzitter**:

En dan gaat u ook richting een afronding.

De heer **Rutte** (VVD):

Ja, dan ga ik afronden.

Bij een rondgang langs zorgaanbieders hoor je wel de klacht, en die nemen ook toe, dat er bij de inkoop te weinig aandacht is voor kwaliteit.

Dit is ook in lijn met het rapport dat de NZa gisteren bekendmaakte. Dit zit hem vooral, zo hoor ik, in een afname van de kwaliteit van degene die komt inkopen. Daar waar er in het verleden een voormalig arts zat, zit er inmiddels iemand met een economische achtergrond. Dat is niet de goede weg. Ik denk echt dat verzekeraars hier een verkeerde afslag nemen. De verzekeraar heeft een dure plicht om in te kopen op prijs, maar vooral ook op kwaliteit. Het gesprek over kwaliteit moet je voeren met iemand die daar voldoende verstand van heeft. Ik doe echt een harde oproep aan zorgverzekeraars: investeer in medewerkers met verstand van zaken op het gebied van zorg en laat hen de gesprekken voeren, dan zetten we echt nog een heel grote stap vooruit. We zullen met elkaar onze geweldige gezondheidszorg moeten koesteren, maar we kunnen ook dingen doen om die iedere dag nog een stapje beter te maken.

Mevrouw **Leijten** (SP):

We hebben anderhalve week geleden een interessant debat gehad in de Kamer, waarin de VVD zich opwierp als woordvoerder van Achmea. Wat vindt de VVD ervan dat Achmea openlijk heeft gezegd uit te zijn op winstuitkeringen over zijn zorgverzekeringspremie?

De heer **Rutte** (VVD):

Ik ben geen woordvoerder van Achmea.

Mevrouw **Leijten** (SP):

De vraag was wat de VVD ervan vindt dat Achmea openlijk heeft gezegd voor winstuitkering over de zorgverzekeringspremie te zijn, iets waarvan de VVD altijd heeft betoogd dat die er niet zou komen en dat die misschien ook niet wenselijk is. Wat vindt de VVD ervan dat de grootste zorgverzekeraar, met 5,5 miljoen verzekerden, zegt «wij zijn uit op winstuitkeringen»?

De heer **Rutte** (VVD):

Het is een onvoorstelbaar kwalijk en onterecht frame dat de SP aan de woorden van Achmea heeft gehangen. Achmea heeft in het verleden geld van één onderdeel van de organisatie naar het zorgonderdeel gebracht, omdat dat op dat moment nodig was om te zorgen dat dat zorgonderdeel op de benen bleef. Achmea heeft nu aangegeven het van belang te vinden, en er ook altijd op gerekend te hebben, dat geld weer te kunnen uitkeren op het moment dat dat kan. Dat is wat er in de brief staat. Ik snap dat Achmea met die verwachting dat heeft gedaan. Dat kun je framen als «wij willen winst uitkeren», dat kan er heel leuk uitkomen, campagnetaal, maar uiteindelijk is dat helemaal niet waar het om ging.

De **voorzitter**:

Omdat de eerste vraag zo kort beantwoord werd, geef ik nog een afrondende vraag aan mevrouw Leijten, maar daar blijft het dan ook bij.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het is geen frame. Achmea schrijft in zijn brief: als wij op voorhand hadden geweten dat er nooit winstuitkering was gekomen, hadden wij als verzekeraar niet meegedaan in het particuliere verzekeringsstelsel. Dat is een openbaring, omdat Achmea elders altijd zegt geen winstoogmerk te hebben en wel een coöperatief karakter. Nu kun je geen winstoogmerk maar wel een coöperatief karakter hebben, maar als je wel rekent op winstuitkeringen, is dat natuurlijk een ander verhaal. Ik vraag toch aan de VVD wat die ervan vindt. Vindt de VVD het goed dat een zorgverzekeraar in al zijn uitingen zegt er niet op te zitten wachten maar als puntje bij paaltje komt, bij de wetsbehandeling, letterlijk opschrijft: als wij dit op voorhand hadden geweten, hadden we niet eens meegedaan? Met ander woorden: Achmea rekent erop en wil het ook.

De voorzitter:
Afrondend, mijnheer Rutte.

De heer Rutte (VVD):
Ik denk dat partijen zijn ingestapt op basis van de spelregels zoals die zijn afgesproken. Die spelregels zijn tussentijds veranderd door de SP. Daar gaat de premiebetaler een heel hoge prijs voor betalen. Ik zou daar maar niet zo heel erg trots op zijn.

De voorzitter:
Dank u wel. Mevrouw Bouwmeester heeft aangegeven op een ander punt nog een heel korte vraag te hebben.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
Ja, ik heb een vraag over de inkoop op kwaliteit. Het doet mij heel goed dat de VVD nu ook zegt dat er te weinig wordt ingekocht op kwaliteit en dat dat haar zorgen baart. De heer Rutte zei heel mooi dat inkopers niet alleen met een financiële blik moeten inkopen maar ook met hun hart. Daar werd ik helemaal blij van. Maar het punt is dat degenen die de zorgverzekeraars legitimiteit verschaffen, mensen zijn die verzekerde en patiënt kunnen zijn. Wat vindt de heer Rutte dan van het idee dat het niet alleen maar iemand van de zorgverzekeraar is, maar dat je de patiënt juist in stelling brengt, met de zorgverleners, om te bekijken wat objectieve en subjectieve kwaliteit is en hoe ze samen kunnen komen tot zorg die bij de verzekerden past?

De heer Rutte (VVD):
In de gehele ontwikkeling van de richtlijnen aangaande de kwaliteitsstandaard zit die patiënt aan tafel. Dat moet ook, want uiteindelijk maak je zorg voor de patiënt. Daarmee is het geborgd. Ik vind dat daar in de praktijk invulling aan moet worden gegeven. Ik heb er helemaal niets op tegen als de verzekeraar zegt ambitieuzer te zijn dan de richtlijn. Dan moet die ook goede informatie gebruiken om dat hard te maken. Om meer ambitie te hebben is medische informatie nodig, maar ook patiëntinformatie, zoals mevrouw Bouwmeester ook al zei. Onder de streep mag dat van mij, maar nog steeds vind ik het heel belangrijk dat het gesprek dat gevoerd wordt dan ook gedaan wordt door iemand met verstand van zorg. Die moet de onderhandelaar zijn. Ik hoor echt te vaak dat dat niet het geval is, of, sterker nog, dat het aantal gevallen waarin dat wel het geval is, afneemt. Dat baart mij zorgen.

De voorzitter:
Afrondend en kort, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):
Dat was toch een beetje een systeemantwoord: we hebben een systeem, en een proces, en een procedure, en een richtlijn, en een uitspraak, en ... Maar de vraag was gewoon: vindt de heer Rutte niet dat zorgverzekeraars legitimiteit krijgen van hun verzekerden en dat je die dus ook veel meer in stelling moet brengen bij de inkoop? Dan is het dus niet nog steeds die ene persoon van de zorgverzekeraar, want de inkoper die het ziekenhuis in gaat, heeft misschien wel een heel groot hart. En dan komt hij in de witte fabriek, zoals we de zorgverzekeraar noemen, en dan zeggen ze: hupsakee, de helft van het budget eraf. Het zit dus 'm dus in meer dan alleen die inkoper op de werkvloer. Het zit 'm in de cultuur en in de legitimiteit en het gebrek daaraan. Die kun je vergroten door juist die mensen in stelling te brengen. Bent u dat met de PvdA eens?

De heer Rutte (VVD):

De zorgverzekeraar koopt zorg in voor al zijn verzekerden. Ik word moe van het geklets dat dat «het systeem» zou zijn. Uiteindelijk koop je in voor de mensen. Die inkoper zal zich moeten vergewissen van wat er nodig is. Er wordt steeds gezegd dat die inkoper niet naar patiënten luistert en daar niets mee doet. Maar als die verzekeraar zijn werk goed doet, vergewist hij zich heel intensief van wat er speelt bij patiënten. Ik heb daar veel voorbeelden van. Er zijn verzekeraars die permanent platforms hebben waar zij elke dag in contact staan met hun patiënten en die de informatie die ze zo verkrijgen, direct gebruiken voor de inkoop. Ik ben daar heel erg voor; ik vind het extreem belangrijk. Het is echter een illusie om te denken dat het zorginkoopgesprek gevoerd gaat worden door een patiënt. Dat kan nou net niet. Maar uiteraard moet degene die namens de verzekeraar inkoop, zich vergewissen van wat voor de patiënt van belang is. Als hij verstandig is, zal hij daartoe ook gesprekken voeren met een aantal patiënten en patiëntenorganisaties. Ik ben het niet eens met de suggestie dat dit per definitie niet zou gebeuren.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Het is interessant om te lezen dat de Nederlandse Zorgautoriteit nu ook vaststelt dat het met de contractering verkeerd gaat. Ik ondersteun de hartenkreet van de VVD dat het bij de zorgverzekeraars meer zorginhoudelijk moet zijn. Daar heb ik nog wel een vraag over. Op heel veel vlakken wordt allerlei beleid gemaakt over zorg – denk aan kwaliteitsnormen en dat soort zaken – maar ook dat beleid wordt niet gemaakt door zorgprofessionals. Sterker nog, veel beleid wordt bepaald door economen, consultants en noem maar op, die niet van de werkvloer komen. Denkt de VVD niet dat dat een van de problemen is waardoor het nu vastloopt? De stem van de werkvloer, van degenen die het werk moeten doen, wordt evenals de stem van de patiënt onvoldoende gehoord doordat de zorgverzekeraars, de consultants en de inkopers een heel andere taal spreken.

De heer **Rutte** (VVD):

Dat zijn allemaal heel algemene termen. Sommige verzekeraars hebben zich heel intensief, echt heel intensief, verdiept in de kwaliteit van zorg. Eén grote verzekeraar heeft daarvoor een jarenlang programma gehad. Dat was geen consultantsprogramma, maar een programma met artsen en patiënten. Die kennis is daar voor een heel groot deel dus wel aanwezig. Vervolgens zie ik echter – dat baart mij zorgen – dat degene die met die informatie de inkoop zou moeten doen, niet met die informatie de inkoop doet maar zich toch te veel laat sturen door niet-zorginhoudelijke argumenten. Dat vind ik zorgwekkend. Ik denk dat we dat beiden vinden. Dat moet beter. Dat moet gewoon beter. Maar dit betekent niet dat de informatie er niet is. Die informatie wordt wellicht veel te weinig gebruikt.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Wat mij nou zo zorgen baart, is wat bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit zegt. De zorgverzekeraars willen strenger gaan inkopen op de spoedeisendehulpdiensten. We weten ook dat ze aansturen op minder ziekenhuizen, omdat ze denken dat dat beter is voor de betaalbaarheid van de zorg. Nu heeft het veld op verzoek van, zeg maar, iedereen kwaliteitsindicatoren opgesteld. En de zorgverzekeraars geven nu al aan dat ze niet van plan zijn om die in te zetten. Hoe kan nu het hele veld druk zijn over kwaliteitsindicatoren die zijn afgedwongen door politiek en zorgverzekeraars, en kunnen zorgverzekeraars vervolgens zeggen: we

houden ons daar mooi niet aan? Dat is toch verkeerd, VVD? Dat is toch niet goed?

De heer **Rutte** (VVD):

Volgens mij heb ik net gezegd dat verzekeraars zich juist wel aan die kwaliteitsindicatoren moeten houden. Die zijn er niet voor niks. Meer ambitie mag, maar dan moet je vanuit de zorg en vanuit de patiënten wel kunnen bewijzen dat dat goed is. Mevrouw Leijten wekt de suggestie dat verzekeraars eropuit zijn dat er minder ziekenhuizen komen. Dat vindt ze leuk om te zeggen voor haar achterban. Dat klopt natuurlijk niet. Dat is klinkklare nonsens. Dat is bangmakerij. Dat wordt ook in mijn regio aan alle kanten rondgestrooid. Daar is geen bewijs voor. Dat is zeker geen beleid van verzekeraars. Ik ben dit wel een beetje beu. Ik vind het werkelijk schandalig dat je via bangmakerij je politieke boodschap wilt brengen. Ik wil het hierbij laten. Het doet afbreuk aan de uitstekende en mooie gezondheidszorg die we hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Daar wil ik wel even op reageren.

De **voorzitter**:

Dat is niet de bedoeling.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Waarom niet? Ik word letterlijk aangesproken.

De **voorzitter**:

U wordt niet persoonlijk aangesproken.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik word erop aangesproken dat ik zou zeggen dat het bangmakerij is. Ik verwijs gewoon naar interviews van voorzitters van zorgverzekeraars waarin ze zeggen dat 40 van de 100 ziekenhuizen makkelijk gesloten kunnen worden. Ik stel vast dat zij dat zeggen en dat zij dat nog steeds overeind houden. Dat komt dus niet uit mijn koker.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Hiermee zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. Ik geef de Minister graag de gelegenheid om te antwoorden in eerste termijn. Ik stel de leden voor dat ik in deze termijn per woordvoerder drie interrupties toesta.

Minister **Schippers**:

Voorzitter. We hebben in de afgelopen jaren heel veel debatten gevoerd over het stelsel. Functioneert het goed of niet goed? Waar zou het beter kunnen? Of moet het helemaal anders? Ik denk niet dat we daarover in dit AO ineens consensus zullen bereiken, omdat we er evident verschillend tegen aankijken. Dat geldt ook ten aanzien van de boodschappen die je hoort wanneer je op werkbezoek gaat. Ik ben recentelijk veel op werkbezoek geweest en krijg dan steeds de boodschap: alsjeblieft, laat ons eens even met rust. Dat is een andere boodschap dan hier vaak wordt verteld. Die boodschappen bestaan dus naast elkaar.

Wat betreft de spoedeisende hulp zeg ik het volgende. Ik ken ook voorzitters van verzekeraars die hebben aangegeven: «Zorg ervoor dat er meer ziekenhuizen open blijven, want ik heb voor het contracteren meer ziekenhuizen nodig. Als ik afhankelijk ben van één ziekenhuis, dan heb ik een probleem, want dan ben ik afhankelijk.» Ook die voorzitters van verzekeraars heb ik gehoord. Dus ook op dit punt is het beeld genuanceerd.

Mevrouw Bouwmeester vroeg: kunnen we de zorgplicht niet nader definiëren? Ik denk dat we de zorg in die zin hebben gedefinieerd dat de zorg moet worden verleend volgens richtlijnen en protocollen die door de professionals zelf zijn opgesteld, in samenspraak met patiënten als gelijkwaardige partij. Op basis daarvan heb je recht op bepaalde zorg. Dan kun je zeggen: we zouden die zorg iets nader moeten invullen. Dat hebben we natuurlijk al wel gedaan, bijvoorbeeld: de zorg moet op redelijke afstand en binnen een redelijke tijd worden verleend, afhankelijk van het type zorg dat je nodig hebt. Er zijn, recentelijk nog, dingen nader ingevuld ten aanzien van de zorgplicht en ten aanzien van datgene waaraan de verzekeraar moet voldoen. Denk aan de dieetvergoeding. Daarover is gezegd: als zorgverzekeraars moet je de patiënt meerdere keuzes bieden en dan voldoe je aan je zorgplicht. De andere kant is de inkoop door de zorgverzekeraar. Daarvoor ligt er een wetsvoorstel bij de Raad van State, dat ik eerdaags terug verwacht, waarmee we de invloed van de verzekerde op de inkoop door de verzekeraar echt stevig versterken. Dat wetsvoorstel verwacht ik ieder moment terug. Er wordt dus aan gewerkt. Het punt is dat dé zorg niet bestaat. De zorg bestaat uit ongelooflijk veel onderdelen. Soms is het nodig om de zorg nader in te vullen en soms voldoet een meer algemeen geldende invulling. We hebben bijvoorbeeld recentelijk nog aan de NZa gevraagd of er voor de eerste lijn aanvullende normen nodig zijn. Daarop gaf de NZa aan dat dat niet nodig is. Maar als het wel nodig is, dan doen we het. Zie het voorbeeld van de dieetvoeding. Zie ook een aantal andere groepen waarmee we in gesprek zijn over de zorgplicht.

Over het Beheersinstrumentarium Zorguitgaven zegt mevrouw Bouwmeester: de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving ...

De voorzitter:

Mevrouw Bouwmeester heeft nog een vraag.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik kan een heel eind meegaan met de Minister. Dé zorg bestaat niet en ook dé patiënt bestaat niet. Je kunt dus ook niet dé norm hebben. Ik ben echter nog een beetje op zoek. De Kamer heeft gevraagd om nadere regelgeving voor dieetvoeding. Dat heeft ze ook gevraagd voor hulpmiddelen. Ondanks de huidige zorgplicht, vallen mensen toch tussen wal en schip. Het gaat om kwetsbare ouderen, mensen met psychische aandoeningen en zo nog een aantal groepen. Er is nu wel een norm – bijvoorbeeld de treeknorm, voor hoe snel je hulp moet krijgen, maar vaak is het toch nog te laat – maar op welke manier kun je casusgericht bekijken welke nadere invulling nodig is? Als je dit namelijk niet doet, dan is de vervolgvraag: wat gaan we dan wél doen?

Minister Schippers:

Ik ben het met mevrouw Bouwmeester eens dat je iets moet doen als er op een gegeven moment iets op je pad komt waarvan je zegt: dit is te algemeen en daardoor gaat het als blubber door je handen. Maar neem nou de wijkverpleegkundige. Die hebben we in de Zorgverzekeringswet (Zvw) gebracht. Waarom? Juist omdat de financiering van de wijkverpleegkundige en die van de huisarts dicht bij elkaar zitten, en het dan door één zorgverzekeraar daadwerkelijk wordt ingekocht om te voorkomen dat er gaten vallen. We hebben hier regelmatig gesproken over samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars opdat mensen niet tussen wal en schip vallen. Ik ben gisteren nog naar Drenthe geweest, ook om te bekijken hoe het daar staat met de eerstelijnsbedden en hoe ze het in die regio oplossen. Een paar weken geleden heb ik hetzelfde in Noord-Nederland gedaan. De oplossingen zijn per regio heel verschillend, omdat de regio's heel verschillend zijn. Het is aardig om te zien dat eerstelijnsbedden soms heel dicht bij de tweede lijn worden georganiseerd, maar

soms juist ook heel dicht bij de eerste lijn. Ik denk dat het allebei nodig is, want enerzijds wil je dat mensen die geen medisch-specialistische behandeling nodig hebben vanuit het ziekenhuis naar een eerstelijnsbed kunnen en anderzijds moeten mantelzorgers en mensen in de thuissituatie ontlast worden door een patiënt vanuit de tweede lijn naar een eerste-lijnsbed te brengen.

Hiermee wil ik aangeven dat ik me kan voorstellen dat, ondanks de recente nadere invulling op onderdelen, we nog wel vaker tegen dingen zullen aanlopen waarvan we zeggen: op dit punt zou de zorgplicht echt nader moeten worden ingevuld, omdat we er anders te weinig oog voor hebben.

In het eerste debat vanmorgen heb ik het gehad over oncologische behandelingen in specialistische centra. Daarvoor geldt een heel ander verhaal, maar toch is gevraagd of ik de NZa kan laten kijken naar de zorgplicht. Als je klaar bent met de heel dure en heel ingewikkelde behandeling in dat specialistische centrum, kun je de nazorg thuis krijgen. Doen de zorgverzekeraars op dat punt voldoende? Mij is gevraagd om de NZa te vragen of dat niet onderdeel zou moeten zijn van de zorgplicht. Dat is een voorbeeld van een praktische invulling van iets waar je in de praktijk tegen aanloopt en waarvan je denkt: dat gaat niet goed. Ik denk dat we het zo, incrementeel, dus stapje voor stapje, moeten doen. Soms kan het algemeen. Huisartsenzorg moet gewoon bij jou in de buurt zitten. Dat is heel generiek. Maar het voorbeeld van de specialistische centra gaat over een eventuele nadere duiding in het kader van de zorgplicht. Ik heb de Kamer vanmorgen toegezegd dat ik de NZa zal vragen om daarnaar te kijken. We zijn het dus niet met elkaar oneens. Mijn insteek is: laten we het benoemen als we ergens tegen aanlopen en dan aan de NZa advies vragen. Dat laatste heb ik vanmorgen ook beloofd te zullen doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik dank de Minister voor deze praktische manier van aanvlagen. Ik ben het daarmee eens. Ik zou twee casussen willen aandragen. De eerste casus gaat over mensen met psychische problemen in de wijk. Dat betreft de voldoende inkoop van de methode van vakteams of een andere methode. Er is steeds discussie over of die mensen tijdig voldoende hulp aan huis krijgen om opname te voorkomen. De tweede casus gaat over de eerstelijnsbedden. Zou het helpen als je de zorgplicht zo invult dat je het principe vastlegt en het verder mensvolgend maakt, waarbij ervoor wordt gezorgd dat men ongeacht de regio wel krijgt wat men nodig heeft?

Minister **Schippers**:

Wij hebben een uitgebreid debat gevoerd over de ambulante zorg. Die moet beter en die is ook niet overal voldoende opgebouwd. Ik zal de NZa vragen om de FACT-teams (flexible assertive community treatment) en de eerstelijnsbedden mee te nemen in het advies over de zorgplicht dat ze zal uitbrengen. Ik weet nu al dat ik aan verwachtingenmanagement moet doen, want de eerstelijnsbedden zitten pas nu voor het eerst in de inkoop van verzekeraars. Het was altijd een subsidieregeling. Verzekeraars hebben dat dus nog nooit ingekocht. Dit is het eerste jaar dat ze dat doen. De NZa kan daarover alleen maar globaal iets zeggen: hoe gaat dat en waar zien we ze verschijnen? Meer zal het niet zijn. Vanmorgen heb ik gezegd dat de NZa voor dat advies nog drie maanden nodig heeft. Ik hoop dat dit in die drie maanden ook daarin kan worden meegenomen. Misschien wordt het vier maanden, omdat we de NZa nu ineens, dus vanmorgen en in dit overleg, extra opdrachten geven. Maar goed, ik wil best vragen of de NZa dit wil meenemen in het advies over de zorgplicht. Ik kom op het Beheersinstrumentarium Zorguitgaven. Daar is inderdaad een werkgroep voor in het leven geroepen. Ik wil dit samen met het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving doen. Ik heb inmiddels in het kader van het komende AO Innovatie/verspilling in de

zorg een brief naar de Kamer geschreven over de e-healthweek. Ik weet niet of die al ontvangen is. Waarschijnlijk niet. Waarschijnlijk gaat die morgen weg. O, ik hoor dat die net is verstuurd. Dan hebben de leden die ook pas net in hun postvak. In die brief heb ik ook het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving meegenomen. Deze raad heeft heel nuttige aanbevelingen gedaan, die ik van harte ondersteun en ook overneem. Ik ga daarmee aan de slag.

De e-healthweek neem ik er ook bij mee. Ik ben blij met het enthousiasme van mevrouw Bouwmeester. We hebben hierbij van onderop gewerkt. Het was niet: we gaan van bovenaf even vertellen hoe het moet. Ik noem als voorbeeld de vrijwilligers van Unie KBO die ouderen leren hoe ze met hun iPad niet alleen hun eenzaamheid kunnen bestrijden maar ook contact kunnen maken met hun zorgverleners. Het gaat van dit soort simpele maar wel heel belangrijke toepassingen tot veel complexere zaken. Wij hebben besloten, zoals ook in de brief staat, dat we maandelijks in iedere regio één ontbijt organiseren, waarbij we iedereen uitnodigen, om de spirit en het tempo hoog te houden. Verder evalueren we de e-healthweek. Als die evaluatie positief is, dan moeten we dit initiatief herhalen.

De werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven gaat ook over creativiteit ten aanzien van het beheersen van de uitgaven. Ik vind dat zelf heel belangrijk, omdat er natuurlijk jarenlang werd gezegd: als we geld nodig hebben, hakken we iets uit het pakket of gaat het eigen risico omhoog. We hebben het in deze periode voor het eerst anders gedaan. We hebben gezegd: we gaan zorginhoudelijk bekijken wat er in het pakket hoort en wanneer welke zorgverlener dat moet doen; dan is het in het pakket en voor anderen is het dan niet in het pakket. Het is dus minder zwart-wit. Wij hebben deze werkgroep gevraagd: denk daar nou eens op door; zijn er niet meer creatieve manieren – een hoofdlijnenakkoord, anders naar het pakket kijken – om de kosten in de hand te houden zonder dat de patiënt daar last van heeft? Dat is dus eigenlijk de opdracht aan deze werkgroep.

Ik ben net al ingegaan op de rol van de verzekeraar tussen de domeinen en het beter organiseren van de zorg. Ik denk dat dat ongelooflijk belangrijk is, maar dat is niet alleen aan de zorgverzekeraar. Ook gemeenten zijn daarbij nodig. Beide partijen hebben inmiddels behoorlijk geïnvesteerd in het overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars om het beter te doen.

De 1.300 behandelingen worden momenteel verwerkt in de richtlijnen. Als die in de richtlijnen zijn verwerkt, dan handelt de professional op basis van die richtlijn. De zorgverzekeraar kan daar in zijn contractering nu al daadwerkelijk aandacht aan besteden. Ik vind het echt heel belangrijk en ik prijs het ontzettend dat de partijen in de zorg daarmee zelf aangeven hoe belangrijk het is dat we met elkaar de goede dingen doen.

In een eerder overleg hebben we met elkaar gesproken over de wachtlijsten in de ggz. We hebben ook gesproken over de maatregelen die ik heb genomen om dit heel scherp in beeld te krijgen, ook waar het misgaat. Er zijn natuurlijk verschillende situaties van wachtlijsten. Spoedeisende zorg is spoedeisende zorg en moet altijd direct geleverd worden. Voor de rest gelden natuurlijk de treeknormen. Die zijn vastgesteld door de sector zelf. Ik heb recentelijk gevraagd: moeten we die niet aanpassen voor de geestelijke gezondheidszorg? Ik heb als antwoord teruggekregen dat de treeknormen eigenlijk wel voldoen, maar dat er veel actiever op gestuurd moet worden. Ik heb vorige week aangegeven wat ik doe om daar actiever op te sturen. Ik vind het namelijk van belang dat mensen die zorg nodig hebben, zorg kunnen krijgen binnen de tijd die daar medisch voor staat.

Ik kom op de NZa. De contractering gebeurt nog onvoldoende op kwaliteit. Alle zorgverzekeraars besteden wel aandacht aan gepast gebruik bij de zorginkoop, zowel van de medisch-specialistische zorg als bij de

ggz. Het gaat om vragen als wanneer je een behandeling start, wanneer je een behandeling stopt et cetera. Sommige van die afspraken worden meer vastgelegd dan andere. Verzekeraars doen het goed op een aantal punten, maar kunnen het op een aantal punten duidelijk beter doen. Ik ben er heel erg tevreden over dat meerjarencontractering van ziekenhuizen een enorme vlucht neemt, want dat past helemaal in het systeem. Men maakt eigenlijk een transitie door, waarbij niet altijd alles maar op groei gericht is, maar waarbij men ook inziet dat er minder gedaan kan worden en dat de zorg daadwerkelijk meer in de wijken gegeven kan worden. Dat is het afgelopen jaar echt van de grond gekomen. Daar ben ik dus heel tevreden over.

Ik ben nog niet tevreden over het gebruik van de gezamenlijk ontwikkelde kwaliteitsindicatoren. Dat komt nog niet goed van de grond. De transparantie daarover komt onvoldoende van de grond. De NZa voert als verzachtende omstandigheid aan dat deze kwaliteitsindicatoren nog maar recentelijk zijn ontwikkeld; misschien zijn ze dus nog onvoldoende ingeregeld. Ik vind wel dat we hier heel goed de vinger aan de pols moeten houden. We hebben met elkaar afspraken gemaakt. Ik wil dat die dan ook worden nagekomen en dat de kwaliteitsindicatoren daadwerkelijk gebruikt worden door iedereen.

Mevrouw **Leijten** (SP):

In het verleden zijn de Minister en de SP het over weinig dingen van het zorgstelsel eens geweest, maar een van de dingen waarover we het wel redelijk eens waren, was dat er een kwaliteitsinstituut zou moeten komen. Dat zou een beetje een onafhankelijke scheidsrechter kunnen zijn als er discussie is over de vraag wat kwaliteit nou is. De kwaliteitsindicatoren zijn daar een uitvloeisel van. Nu blijkt dat die niet worden gebruikt door de zorgverzekeraars. De VVD had het over aandringen bij de zorgverzekeraars. De Minister vindt dat de zorgverzekeraars zich op de kwaliteitsindicatoren moeten baseren bij de inkoop. Maar wat kunnen we nou precies doen als ze dat niet doen? Wat gaan we doen met zorgverzekeraars die zeggen: allemaal hartstikke leuk, iedereen is er heel druk mee geweest en het is een mooi paradepaardje voor iedereen, maar we leggen het naast ons neer? Wat gebeurt er dan?

Minister **Schippers**:

De kwaliteitsindicatoren zijn nog recent. Dat vind ik wel een verzachtende omstandigheid. Tegelijkertijd zijn we het er absoluut over eens dat we dit traject niet voor niets hebben afgesproken. De NZa houdt daar toezicht op en brengt ons er nu ook verslag van uit. Zij moet met naam en toenaam publiek maken welke verzekeraars zich er wel op baseren en welke niet. Ze moet als toezichthouder op een gegeven moment ook gaan optreden. Er is nu in kaart gebracht dat het niet goed van de grond komt. We moeten eerst het gesprek aangaan met verzekeraars om te vragen hoe zij het beter gaan doen. We verwachten namelijk dat zij daadwerkelijk nakomen wat we hebben afgesproken.

Mevrouw **Leijten** (SP):

Ik vind dat eigenlijk een beetje te mager. Dit zorgstelsel wordt met vele premissen verkocht. We denken er anders over; ik kan een hele opsomming maken, maar laat ik dat niet doen. Er werd gezegd dat we de zorgverzekeraars nodig hebben voor de kwaliteit, maar nu blijkt dat juist dat echt niet gebeurt. Dan wordt er gezegd: ja, maar het is pas recentelijk ontwikkeld en ze hoeven er nog niet aan te voldoen. Nee, dit moesten ze vanaf het begin doen. Dat lukte ze niet. Er zijn dus een kwaliteitsinstituut en kwaliteitsindicatoren gekomen. Daarvan zeggen ze nu: toedeledokie, we doen er niks mee! Dan moet er op een gegeven moment toch gewoon gezegd worden: nu is het basta? Wat gaat de Minister nou doen? Gaat ze het nog een keertje vragen? Dat lijkt me niet. Wanneer gaat ze optreden?

Wanneer wil ze dat de NZa gaat optreden? In 2018, 2019, 2020? Wat is volgens de Minister het moment waarop het klaar moet zijn?

Minister Schippers:

Er is wel een verschil. Mevrouw Leijten zegt dat verzekeraars niks met kwaliteit doen, terwijl ik juist gezegd heb dat ik in de afgelopen contracteringsronde heb gezien dat verzekeraars meerjarenafspraken hebben gemaakt op basis van de inhoud van de zorg. Ze hebben dus niet de laptop opengeklapt en gezegd: we doen volgend jaar op alles 1% meer en dan zijn we weer klaar met onderhandelen. Ze zijn juist meerjarentrajecten aangegaan die op inhoud zijn gebaseerd. Er wordt geconstateerd dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van wat recentelijk is ingezet, van de tripartite kwaliteitsindicatoren. Ik wil dat er volgende keer in de NZa-monitor expliciet staat hoe die per verzekeraar worden gebruikt. Dan kunnen wij zien en zelf beoordelen en bediscussiëren welke verzekeraar de tripartite kwaliteitsindicatoren wel actief gebruikt en welke niet. Ik denk dat dat de manier is om daarmee om te gaan.

De voorzitter:

Tweede interruptie van mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik wil hier toch op doorgaan. Feitelijk zegt de Minister: daarmee maken we inzichtelijk wie zich er wel en niet aan houdt en dat is onze handhaving. Dan laat ze het dus aan de verzekerden om daarop te sturen en over te stappen. Maar de verzekerden stappen niet over. Laten we Achmea nemen. Achmea, de grootste zorgverzekeraar, heeft altijd gezegd niet op winstuitkering uit te zijn, maar heeft daar toch wel op gerekend, gezien het debat van anderhalve week geleden. Achmea zegt dus het één en wil het ander. In reclamespotjes staat natuurlijk hartstikke mooi dat Achmea op kwaliteit kiest maar uit de NZa-monitor blijkt dat Achmea de kwaliteitsindicatoren naast zich neerlegt. Is dan de enige handhaving van het stelsel dat de Minister zegt: dan moet de verzekerde maar beter kiezen?

Minister Schippers:

Ik vind het op zich helemaal niet zo gek dat Achmea dat zegt, want ik zie niet zozeer het verschil tussen rendement betalen aan een pensioenfonds en rente betalen aan een bank, maar dat debat hebben wij al eerder gevoerd. Ten aanzien van het toezicht heb ik gezegd: volgend jaar is de eerste stap dat van iedere zorgverzekeraar zichtbaar wordt op welke manier hij met kwaliteitsindicatoren omgaat. Dit gesprek hebben we tripartite gevoerd: verzekeraars, patiënten en aanbieders bepalen met elkaar de kwaliteitsindicatoren. Ik vind dat je dat traject niet met elkaar ingaat om je er vervolgens niet aan te houden. Er moet dus transparant worden wie zich er wel en wie zich er niet aan houdt. Met degenen die zich er niet aan houden, moeten we daadwerkelijk het gesprek verder aangaan. De tripartite afspraak is namelijk gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. Hoofdlijnenakkoorden sluit je met elkaar om je er allemaal aan te houden. De verzekeraars hebben mij zelf gezegd dat ze via deze weg willen werken. Dan moeten ze ook via deze weg werken. Als wij zien dat het transparant is en dat ze zich er goed aan houden, dan is het prima, maar anders moeten wij toch het gesprek aangaan. Dat moet de Minister doen, maar ook de NZa. Zij moet eventueel handhaven als het onvoldoende gebeurt. Daar is een toezichthouder als de NZa voor neergezet. Zij doet dat op haar manier.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Je hoeft de VVD niet uit te leggen dat een lening bij een bank een andere eigendomsconstructie met zich meebrengt dan wanneer iemand geld belegt in een organisatie, daarbij mede-eigenaar wordt en ook over de inhoud gaat. Het debat hierover zullen we zeker nog voeren. Het gaat mij erom dat de Minister zegt: als zorgverzekeraars zich niet aan afspraken houden, dan gaan we het gesprek aan. In de hoofdlijnenakkoorden stond dat ziekenhuizen of ggz-instellingen die zich niet aan de afspraken houden, generiek worden gekort. Hoppa, de zeis eroverheen! De aangekondigde zeis heeft de hele sector in de houding doen schieten. Denkt de Minister nou echt dat de zorgverzekeraars in de houding gaan schieten als ze zegt: we gaan nog een keertje thee drinken, of koffie, of misschien wilt u een spaatje rood? Dat mag allemaal wel. Wanneer gaat de Minister handhaven? Kunnen we boetes opleggen? Kunnen we gewoon zeggen: u mag bepaalde activiteiten niet meer ontplooiën? Kunnen we ze onder curatele stellen? Ik wil graag beleid waarvan de zorgverzekeraars ook in de houding schieten in plaats van weer eens een kopje thee met ze gaan drinken.

De voorzitter:

Uw punt is duidelijk.

Minister Schippers:

Mevrouw Leijten zou ze het liefst meteen opheffen als sanctie. Laten we heel eerlijk zijn: als we bekijken wat er uit de hoofdlijnenakkoorden niet is nagekomen, dan zijn er ook door de verzekeraars ingebrachte punten niet nagekomen. Het idee dat aanbieders voortdurend in de houding springen en dat verzekeraars maar met alles kunnen weggomen, is echt feitelijk onjuist. We hebben wel met elkaar afgesproken dat we transparant zijn en dat we op kwaliteit inkopen. Het systeem is er overigens op gebouwd dat er niet alleen op prijs wordt ingekocht maar ook op kwaliteit. Vervolgens hebben we een hele discussie gehad over de vraag wat kwaliteit is. Dat hebben we met zijn drieën vastgesteld, maar dat is echt nog heel nieuw. Het feit dat het niet goed van de grond komt in het eerste jaar dat we daarnaar kijken, is niet goed. Daar moet dus wel wat aan gebeuren. Ik wil per verzekeraar, met de naam erbij, zien wie wel en wie niet op basis van de kwaliteitsindicatoren inkoopt. Als tweede stap hebben wij een toezichthouder die kan handhaven. Ik hoef de toezichthouder niet te zeggen wat hij moet doen. We hebben hem onafhankelijk vastgesteld. De toezichthouder bepaalt dus of hij een kopje thee gaat drinken. De toezichthouder bepaalt uiteindelijk of hij een ander instrument gaat inzetten.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

Ik heb een vraag over het hoofdlijnenakkoord. Ik begrijp wat de Minister zegt. Wij horen allemaal spannende geruchten over een nieuw hoofdlijnenakkoord dat in de maak zou zijn. Dat is vrij logisch, want het huidige hoofdlijnenakkoord loopt in 2018 af. Ik hoor van de patiënten en de zorgaanbieders dat zij snakken naar een hoofdlijnenakkoord op kwaliteit, naar kwaliteitsafspraken die leiden tot betere zorgverlening, die bij mensen past en daarmee ook hulpverspilling tegengaat. Is dat ook de inzet van de Minister?

Minister Schippers:

Wij starten binnenkort een ronde waarin we inventariseren wat iedereen in het akkoord wil afspreken. Ik heb in die zin bescheiden verwachtingen, omdat het heel lastig is om over één jaar een akkoord te sluiten. Veel meer in de zorg strekt zich namelijk over langer dan een jaar uit. Overal waar ik op basis van kwaliteit een akkoord zou kunnen sluiten, zal ik dat zeker doen. Mevrouw Bouwmeester weet dat ik op dit onderdeel missionair ben, want de Kamer heeft mij zelf gevraagd om een hoofdlij-

nenakkoord te sluiten. Dat lijkt me ook verstandig, omdat we voor de zomer moeten besluiten hoe het anders zit. Daarmee voorkomen we ook dingen. Maar we zijn dus nog gewoon aan het inventariseren. Het hangt ook af van wat partijen inbrengen. De patiëntenverenigingen kunnen gewoon hun eigen onderdelen inbrengen. De aanbieders kunnen hun onderdelen inbrengen. Daarna gaan we alles bijeenvegen en bekijken wat we ervan kunnen maken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Ik vraag het heel specifiek omdat een hoop kwaliteitsafspraken uit het huidige akkoord eigenlijk niet zijn nagekomen. Dat zegt de Algemene Rekenkamer ook. Vandaar dat extra focus hierop heel belangrijk is. Ik denk dat patiënten en zorgaanbieders zeker hun eigen belangen kunnen vertegenwoordigen, maar de vraag is welk perspectief de Minister kiest. Kiest ze het perspectief van degene om wie de zorg draait of kiest ze een ander perspectief? Of ziet de Minister dat anders? Dat bepaalt natuurlijk wat er uiteindelijk in het akkoord komt. Dan kan de NZa – ik hoop dat zij daarbij betrokken wordt – daarin een heel belangrijke rol gaan spelen.

Minister **Schippers**:

Veel van de kwalitatieve afspraken die we hebben gemaakt, zijn wel nagekomen. De Algemene Rekenkamer heeft mij geadviseerd om het strakker te meten en bij te houden. Ik vind dat de Algemene Rekenkamer daarover goede adviezen heeft gegeven. Maar het is niet zo dat er helemaal geen inhoudelijke afspraken in het akkoord staan en dat die ook niet zijn nagekomen. Ik vind het prima om een heel breed akkoord te sluiten, maar ik ben natuurlijk zeer afhankelijk van partijen. Mijn onderhandelingsruimte is beperkt, omdat het over één jaar gaat. Ik kan moeilijk een akkoord sluiten voor vier jaar. Daarbij zou je natuurlijk veel meer onderhandelingsruimte hebben dan bij een akkoord over één jaar. Als er dus kwalitatieve aspecten zijn waarvan iedereen zegt dat die eigenlijk hartstikke belangrijk zijn, dan lijkt het mij dus dat we daar zeker iets mee moeten gaan doen. Waarom zouden we dat immers uitstellen? Ik denk zelf dat e-health een belangrijk onderdeel is, want wij kunnen echt veel meer zorg op maat leveren, waar patiënten ook enorm baat bij kunnen hebben. Er is 100 miljoen gegaan naar ziekenhuizen om daadwerkelijk aan het persoonlijk gezondheidsdossier te kunnen gaan leveren. Ik vind dat allemaal heel belangrijke aspecten. Ik zal zeker proberen om daar goede afspraken over te maken, maar ik kan niet vooruitlopen op de uitkomsten. Er is gevraagd naar de gezondheidszorggarantie. Ik ken de Zweedse definitie van de gezondheidszorggarantie niet, maar wij hebben een zorgplicht. Die garandeert natuurlijk ook dat je op basis van de Zorgverzekeringswet daadwerkelijk voorzien wordt in wat er in de polis zit en dat de verzekeraar dat voor jou moet inkopen, tijdig en goed bereikbaar. Er is een schimmig gebied tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Medische cannabis is nooit onderdeel geweest van het basispakket. Dat is echt een misverstand geweest. Het zat in de aanvullende verzekering. Zorginstituut Nederland heeft oudere gegevens bij elkaar gehaald en gezegd: op basis van een analyse van de oudere gegevens zien wij niet dat de cannabis een meerwaarde heeft in de behandeling. Ik heb net aan de NZa gevraagd om dat eens over te doen met nieuwe, veel recentere onderzoeksgegevens van andere landen. Kan het op basis daarvan niet opnieuw beoordeeld worden? Bij zo'n herbeoordeling is het ook belangrijk dat onze eigen producent gegevens aanlevert, net als een andere farmaceut, zodat Zorginstituut Nederland daar echt een advies over kan geven. Medische cannabis is nooit onderdeel van het basispakket geweest. Er is gevraagd of het specialisme ouderengeneeskunde naar de eerste lijnszorg kan gaan. Ik ben daar echt een groot voorstander van. De heer Rutte vroeg: hoe zouden we dat proces kunnen versnellen? Je kunt

zeggen «geld volgt zorg», maar je kunt ook zeggen «zorg volgt geld». Naar mijn bescheiden mening zou het een goed advies zijn om in nieuwe hoofdlijnenakkoorden echt te bekijken hoe er geld overgeheveld kan worden en ervoor gezorgd kan worden dat het dan daar georganiseerd wordt. Nu is het heel lastig. Als je onderdelen uit de medisch-specialistische zorg moet krijgen, ben je afhankelijk van de specialisten. Zij moeten zeggen: dit omvat zo veel geld. Dan pas kan de huisarts of iemand anders in de eerste lijn die het wil doen, zeggen: ik kan het eigenlijk goedkoper. Dat gaat dus echt moeizaam. Ik zou dat echt omdraaien in de toekomst.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik deel met de Minister dat er misschien duidelijk met budget moet worden geschoven, maar daar hoort wel iets bij. Er moet in de eerste lijn ook aanbod zijn dat het kan oppakken. Dat is er niet altijd. Het is een illusie om te denken dat de huisarts het allemaal zelf kan. Je hebt diezelfde medisch specialist misschien nodig om mee te bewegen in de richting van de eerste lijn. Is het nog mogelijk om afspraken te maken over de mate van regie die daarvoor nodig is? Of is ook op dit punt het lastige dat de horizon op dit moment niet langer dan één jaar is?

Minister **Schippers**:

Dat gaat dus heel lastig worden voor het transitieakkoord, maar daarna is er ook nog een wereld. Uiteindelijk moet je het dwingend doen als je het sneller voor elkaar wilt krijgen. Overigens zijn er naast de huisarts nog een heleboel andere eerstelijnsaanbieders. Er zijn daar ook heel goede initiatieven genomen. Waarschijnlijk hebt u op werkbezoeken ook gezien wat er allemaal kan. Ook de andere aanbieders kunnen veel doen. Een goed voorbeeld vind ik dat je in plaats van een operatie in een ziekenhuis een fysiotherapiebehandeling krijgt. Ik denk dus dat er echt veel meer kan, maar we moeten daar meer druk op zetten.

Ik denk dat ik antwoord heb gegeven op de vragen over te weinig aandacht voor kwaliteit.

De **voorzitter**:

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de Minister. Ik kijk naar de leden of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):

Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Volgens mij hebben we nog nooit zo'n snel AO gehad, maar dat heeft te maken met de kleine vertegenwoordiging van Kamerleden.

Ik dank de Minister voor haar toezegging over de zorgplicht en de praktische invulling die zij gaf aan de twee casussen, ggz en kwetsbare ouderen.

Ik heb nog een vraag over de Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven. Hij heeft vooral tot opdracht om te kijken naar minder uitgaven. Mijn vraag was vooral: kijkt hij ook naar meer kwaliteit, meer innovatie en daarmee lagere kosten? Ik vraag me ook af vanuit welk perspectief deze werkgroep kijkt. Als je vanuit het perspectief van de patiënten kijkt, ligt er al een enorme berg rapporten waarin staat op welke manier het beter, anders en ook goedkoper kan. Dan komt er wel een hoofdlijnenakkoord, maar uiteindelijk kun je ook politiek sturen en zeggen: nu komt de politiek op voor de belangen van patiënten en verzekerden en we gaan dit gewoon doen. Even kort door de bocht: je zou gewoon kunnen zeggen dat er vanaf nu heel netjes patiëntgericht gecommuniceerd wordt; ik zeg maar wat. Er hoeft dus niet per se gepolderd te worden met de sector, maar de politiek kan soms ook zeggen: wij vinden het belangrijk om het op te nemen voor de patiënten, omdat zij continu de

zwaksten in het stelsel zijn, terwijl het hele stelsel gebaseerd is op de patiënten. De vraag aan de Minister is dus welk perspectief zij daarbij kiest.

Mijn laatste punt gaat over e-health. Hartstikke goed, de Minister sprak mooie woorden. Ze gaat eigenlijk iets heel hups doen: elke maand ergens ontbijten en dan aansluiten bij het lokale «ecosysteem». Als je iets wilt veranderen in de zorg, moet je daarbij aansluiten. Grote complimenten daarvoor dus. Ik heb nog wel een vraag over de evaluatie van de eHealth Week. Die evaluatie lijkt me heel goed, maar het zou zonde zijn als de hele beweging die daarmee op gang is gekomen, eerst helemaal wordt stopgezet. Dat zou heel Haags zijn. Dan hebben we het geëvalueerd, is er een debat over geweest en gaan we het weer helemaal opnieuw opzetten. Is het nou zo dat de beweging, de verbinding van de mensen, de enorme energie die daar tot stand is gekomen, doorgaat? Kan de Minister dat regelen? Of wordt het eerst stopgezet, geëvalueerd en dan weer opnieuw gestart? Dat zou zo zonde zijn, want de Minister is op dit gebied heel goed bezig.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Ik vind de discussie die de Minister en ik hadden over inkoop op kwaliteit wel exemplarisch. Vanaf het begin is dat het reclamepraatje van dit zorgstelsel geweest. Het gaat niet goed. Het was dusdanig niet goed dat de Minister en de SP het er zelfs over eens waren dat er een onafhankelijk instituut moest komen om daarin een beetje helderheid te scheppen, zodat niet alle zorgverzekeraars iets anders gaan doen. Dan blijkt dat het niet werkt en geven we het nog even tijd, gaan we koffie drinken en het bekijken, maar zijn er eigenlijk geen sanctiemaatregelen. Maar als de zorgkosten te veel stijgen of als we vinden dat een bepaalde sector het niet goed doet, dan gaat daar de zeis overheen, huppakee. Dan weet de Minister heel goed in te grijpen. Maar als de zorgverzekeraars niet functioneren, bouwen we er iets naast om ze goed te laten functioneren. Als ze zich daar niet aan houden, doen we daar niks mee.

De Minister vertelde dat zij veel werkbezoeken brengt en dat de mensen daar zeggen dat ze het liefst geen verandering willen. Ik breng ook ontzettend veel werkbezoeken. Daar hoor ik de zucht: geef ons minder regels, geef ons de ruimte om samen te werken en verander dat wél. Wij zijn ook bezig met het maken van een alternatief: van concurrentie naar samenwerking, van het aanwakken van aanbod naar zorg plannen en organiseren op basis van behoefte. Dat alternatieve stelsel zal in de plaats komen van het huidige marktwerkingsstelsel. Het geloof in marktwerking is aan het kantelen, zo zeg ik tegen de Minister. Er zal een ander stelsel komen. De vraag is alleen: wanneer?

De heer Rutte (VVD):

Voorzitter. Het is vandaag exact tien jaar geleden dat mijn vader overleed aan kanker. Ik moet zeggen dat ik, mede dankzij het prachtige werk dat ik momenteel mag doen, onvoorstelbaar veel fantastische zorg mag zien, mag ervaren, bijvoorbeeld op oncologisch gebied. In mijn eigen stad, Groningen, is een waanzinnig oncologisch centrum binnen het UMCG. Dat centrum werkt samen met vrijwel alle ziekenhuizen, beoordeelt multidisciplinair gevallen en biedt nieuw perspectief aan patiënten. Dat gebeurt allemaal binnen de kaders van het huidige stelsel, inclusief samenwerking. Er zijn allerhande mensen die op ideologische gronden verkondigen dat je niet mag samenwerken en dat het allemaal niet kan. Die mensen willen graag een revolutie en dingen kapotmaken. Ik wil dat wij onze zorg iedere dag een stukje beter blijven maken. Daar zal ik voor blijven knokken. Daar laat ik het voor vandaag bij.

Minister Schippers:

Voorzitter. Bij de technische werkgroep speelt niet alleen geld een rol, maar ook wel degelijk de vraag welke kwaliteit daarbij zit en of er sprake is van innovatie. Uiteindelijk gaat het natuurlijk om de kwaliteit, en innovatie is de weg daarnaartoe. Is dat nou nodig, want er ligt al veel? Waar je altijd tegen aanloopt – dat is bij verkiezingsprogramma's zo en bij een formatie ook – is dat je een goed idee hebt, dat je dat wilt inbrengen en dat het CPB dan zegt: ja, maar dat maakt het duurder. Je moet dus wel kwantificeren. Dat is nou juist de bedoeling van deze werkgroep. Hij gaat bekijken: kunnen we nou eens op basis van de inhoud – dan wordt er dus uitgegaan van de patiënt en de kwaliteit – op een creatieve manier kosten besparen, zodanig dat het misschien tegelijkertijd betere kwaliteit oplevert? Om dat te kunnen kwantificeren is het belangrijk dat we ook dit soort technische werkgroepen, die niet met een politiek oog kijken, laten bekijken of het kan, wat de gevolgen zijn en wat het oplevert. In die werkgroep zitten mensen van VWS en van Financiën. We hebben ook een ibo innovatie. Daarin wordt interdepartementaal en onder een onafhankelijke voorzitter weer op een andere manier bekeken wat dat kan betekenen. Het klinkt altijd saai, maar ik denk dat het toch cruciaal is dat je dingen daadwerkelijk onderbouwd kunt krijgen, ook bij een formatie. Dat is dus een beetje de bedoeling.

De voorzitter:

Volgens mij is de Minister nog niet klaar met de beantwoording van alle vragen van mevrouw Bouwmeester. Zullen we uw interruptie aan het eind van dit blokje doen of nu, mevrouw Bouwmeester? U hebt één interruptie.

Mevrouw Bouwmeester (PvdA):

We hebben gelukkig nog heel veel tijd. Begrijp ik dus goed dat de uitdaging voor deze werkgroep is om het CPB te «verslaan» – oftewel: aantonen dat er ook nog andere rekenmethodes zijn dan de CPB-rekenmethode – en dat je door het te kwantificeren dus misschien sneller gelijk krijgt, waardoor het wel degelijk makkelijker te implementeren is?

Minister Schippers:

Ik zou zeggen: aanvullend op. Ik heb ook met het CPB gesproken en dat ziet best wel mogelijkheden, maar heeft geen tijd om het zo ingewikkeld uit te rekenen. Vandaar dat de werkgroep al langer bezig is om te bekijken hoe dit daadwerkelijk financieel onderbouwd kan worden als je er op een andere manier naar kijkt. Ik weet helemaal niet hoe de werkgroep ervoor staat, want hij is niet politiek. Ik krijg dus geen tussenverslagen of zo, maar we hebben wel deze opdracht gegeven: kijk creatief en kijk naar de inhoud van de zorg. Als voorbeeld gaf ik het pakket. Vroeger zeiden we gewoon: we hebben 300 miljoen nodig, wat kan er voor 300 miljoen uit het pakket? Nu zeggen we: wat is de beste inhoud van zorg? Of wordt iets nu gegeven aan de hele groep, terwijl het eigenlijk voor de helft niet geldt? Voor de ene helft zit het dan niet meer in het pakket en voor de andere helft wel. Dat is een heel andere manier van kijken.

Ik kan mevrouw Bouwmeester geruststellen: we gaan gewoon door met e-health. We zitten heel actief in het netwerk en we proberen aan alle kanten te duwen. Er is ontzettend veel enthousiasme geweest. Ik heb er dus ook een heel groot vertrouwen in dat de evaluatie goed gaat. Wij gaan er zeker mee door. Er wordt niet iets gestopt of zo. Daar hoeft mevrouw Bouwmeester zich dus geen zorgen over te maken.

Ik kom op de inkoop op kwaliteit. De inspectie kijkt natuurlijk naar de kwaliteit en houdt daar toezicht op. Dat is het allerbelangrijkste. Uiteindelijk zie je langzaam maar zeker dat verzekeraars op basis van inhoud anders gaan kijken. Dat geldt ook voor de samenwerking. Er wordt heel vaak gezegd: o, het is zo'n systeem van marktwerking, er wordt helemaal niet in samengewerkt. Kijk naar Santeon: een groep van zes grote

topklinische ziekenhuizen verspreid over heel Nederland. Santeon heeft een meerjarig contract gesloten met zorgverzekeraars CZ, Menzis en Multizorg over borstkankerzorg. Men heeft op een echt innovatieve manier afspraken gemaakt over in dit geval de borstkankerzorg. Er wordt echt bekeken wat de toegevoegde waarde van een behandeling is. Dat is dus de richting die we op moeten gaan. Ik denk ook dat het heel belangrijk is dat verzekeraars en aanbieders hier nu zo ongelooflijk in zitten en mee experimenteren. Er gebeurt dus wel degelijk veel op het gebied van kwaliteit.

Ik vind dat we over het inkopen op kwaliteitsindicatoren – dat is maar een beperkte set als je kijkt naar de hele zorg – niet voor niks afspraken hebben gemaakt, maar daar heb ik voldoende over gezegd.

Mevrouw Leijten (SP):

Als deze groep zo ontzettend goed is in kankerzorg, vind ik het geweldig dat ze zo'n goed contract krijgt. Maar dat is dan wel weer met maar een paar zorgverzekeraars; het geldt dus niet voor alle verzekeren. Dat is het probleem, dat is nu precies het punt. Je kunt natuurlijk altijd wel met goede voorbeelden komen om je stelsel te verdedigen. Dat vind ik best, maar het gaat er natuurlijk om dat we échte samenwerking nodig hebben, bijvoorbeeld om ook in krimpregio's de ziekenhuiszorg overeind te houden. Dan is het wel verdomd moeilijk om samen te werken. Neem Achmea, dat bijvoorbeeld in de regio Drenthe, waar de Minister ook was, behoorlijk aan de knoppen zit bij wat er wel en niet mag.

Minister Schippers:

Ik ben dat helemaal niet met u eens, maar dat zal niemand verbazen. Ik denk dat we met één verzekeraar, een overheidsverzekeraar die zegt wat de blauwdruk is en hoe er wordt ingekocht, veel minder kwaliteitswinst zouden krijgen. Nu krijg je juist verzekeraars die het op een bepaalde, met elkaar afgesproken manier willen gaan proberen. Als die manier succesvol is, kan die worden uitgebreid naar anderen die zo'n succesvolle methode ook willen toepassen. Je krijgt dan veel meer creativiteit en er gebeurt dan veel meer dan wanneer één verzekeraar zoiets over heel Nederland zou uitrollen. Ik heb gezien dat er vele karikaturen bestaan van dat samenwerken. Ik heb ook gezien dat er veel meer kan dan vele mensen denken. Dat laatste is ook gebleken. Kijk naar de ACM, de Autoriteit Consument & Markt: er blijkt voor alle partijen die uiteindelijk bij de ACM komen met de vraag of iets mag, altijd wel een manier te zijn. We hebben met de ACM afgesproken dat zij eerst kijkt, dan adviseert, en dat er pas daarna een boete komt als men echt niet naar die adviezen luistert of de wet echt overtreedt. Dit gebeurt dus allemaal heel pragmatisch. Die regels zijn er uiteindelijk om de patiënt te beschermen, zodat die keuzevrijheid heeft. Ik zie die samenwerking dus echt anders. Wat in de afgelopen periode in de samenwerking tussen verzekeraars en aanbieders van de grond is gekomen, is echt indrukwekkend.

De voorzitter:

Afrondend nu, mevrouw Leijten.

Mevrouw Leijten (SP):

Als iets goed is voor de verzekerden van de partijen die de Minister net noemde, is het goed voor allen. Dat verschil gaat ontstaan. En dat is dan meteen het ondoorzichtige ervan. Het gaat bijvoorbeeld om de ondoorzichtigheid van wat de zorgverleners moeten doen: een fysiotherapeut moet voor elke verzekerde een map uit de kast pakken, omdat hij met de ene zorgverzekeraar andere maximumafspraken heeft dan met de andere. Dat zegt niks over kwaliteit en niks over de toegang en de patiënt. De Minister zegt dat wij één grote verzekeraar willen, die alles gaat beslissen. Ik zou haar aanraden om eens te kijken op www.nationaalzorgfonds.nl.

Daar kan zij namelijk zelf zien dat dat niet zo is. Daar staat ook hoe wij nadenken over de bouwstenen van een nieuw stelsel. De Minister is natuurlijk altijd welkom om zich bij ons aan te sluiten.

Minister Schippers:

Ik heb ook weleens een kraampje van de SP gezien waarin ik zag: «Geen eigen risico!»; «Fysiotherapie in het pakket!»; «De tandheelkunde komt in het pakket». En raad eens: bijna niemand zou daarvoor meer hoeven te betalen, waarschijnlijk omdat dat via de belastingen zou worden gedaan. Maar ja, die moeten ook worden betaald, maar het komt dan alleen op een ander deel van je loonstrookje te staan. Ik denk dat het een eerlijkere voorstelling van zaken is om mensen een eerlijke propositie te geven door hun te zeggen: er is geen gratis lunch. Als je meer in het pakket doet, wordt het pakket nu eenmaal duurder. En of die kosten via een premie worden betaald of via de belastingen, ze moeten nu eenmaal worden opgebracht. Het is niet zo dat ik mij niet heb verdiept in de voorstellen van de SP. Sterker nog, ik heb mij in het veld daarover laten voorlichten en ik ben daarvan geschrokken. Ik ben dus niet overtuigd van het systeem dat nu wordt voorgesteld. Maar goed, dat mag geen verrassing zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Leijten, desgevraagd geef ik u nu het woord voor nog één opmerking over wat u niet zou hebben gezegd.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik vroeg de Minister helemaal niet naar de aanvullende verzekering. Wel is het mooi dat ze daarop ingaat. Overigens betaalt 83% van de mensen die aanvullende verzekering al wel, dus als dit in de basisverzekering wordt opgenomen, gaat het gewoon om een schuif. De Minister weet dat ook. Maar daar vroeg ik haar dus niet naar. Ik zei dat zij het heeft over één verzekeraar...

De voorzitter:

Uw punt was duidelijk.

Mevrouw Leijten (SP):

... die de dienst zou uitmaken. Volgens mij is dat beter dan negen. Maar wij hebben dus niet een model van één verzekeraar. Dat had de Minister ook kunnen weten.

De voorzitter:

Dat is duidelijk. U heeft uw opmerking nu kunnen maken. Het woord is weer aan de Minister.

Minister Schippers:

Bij mijn werkbezoeken kom ik het veld tegen. Dat veld zegt: geef ons alsjeblieft rust. Dat betekent niet dat er niets te verbeteren valt. Mevrouw Leijten zei dat ze op haar werkbezoeken mensen tegenkomt die zeggen: geef ons alsjeblieft minder regels. Ik kom die mensen ook tegen. Ik denk dat we minder regels in de zorg moeten hebben en dat we echt met elkaar het traject in moeten gaan om minder regels te krijgen. Ik denk alleen dat een staatsuitvoering van de zorg niet per definitie leidt tot minder regels. Dat blijkt ook uit andere sectoren. Maar ook ik vind dat er te veel regels zijn en dat we daar met elkaar aan moeten werken. Momenteel zijn we in gesprek met de fysiotherapeuten en de andere paramedische beroepen, en ook met de ggz, om dat traject daadwerkelijk in de praktijk zichtbaar te maken en mensen ook echt te laten merken dat er iets gebeurt.

De voorzitter:

Daarmee zijn we aan het eind gekomen van de tweede termijn van de Minister. Ik heb één toezegging genoteerd: de Minister zal aan de NZa vragen om in het advies over de zorgplicht ook de FACT-teams en de eerstelijnsbedden mee te nemen.

Ik constateer dat we dit debat hiermee hebben kunnen afronden. Ik dank de Minister, haar ondersteuning, de Kamerleden en alle mensen die dit debat hier dan wel op een andere plaats hebben gevolgd.

Sluiting 15.26 uur.