

Voorzitter

van de financieringsfunctie van decentrale overheden (31360);

- het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op de rechterlijke organisatie in verband met de aanwijzing van de nevenvestigingsplaatsen Wageningen, Gorinchem, Winschoten, Groenlo en Oude IJsselstreek als nevenzittingsplaats (31503).

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:

- het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringwet in verband met de versterking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen (31249).

De **voorzitter**: Ik heet minister Klink van harte welkom in dit huis.

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD): Er zijn naar schatting tussen de 74.000 en 184.000 mensen die illegaal in Nederland verblijven. Deze mensen hebben conform artikel 10 van de Vreemdelingenwet geen recht op deelname aan onze systemen van sociale voorzieningen en gezondheidszorg. Zij kunnen zich niet verzekeren voor de AWBZ-zorg en de zorg zoals omschreven in de Zorgverzekeringwet. Dat wil overigens niet zeggen dat zij geen zorg kunnen krijgen. Dat kan zonder meer. Zij kunnen zich echter niet tegen de kosten van die zorg verzekeren en moeten dus de verleende zorg zelf betalen. De VVD-fractie is het eens met deze uitgangspunten, die overigens ook door de minister worden gehanteerd.

De problemen beginnen echter op het moment dat de illegale vreemdeling die in Nederland verblijft de kosten voor de aan hem verleende zorg niet kan betalen. De zorgverlener wil echter zijn inspanningen financieel beloond zien. De VVD-fractie begrijpt dat. Dat betekent dat het geld ergens anders vandaan moet komen, en wel van de premiebetalers. Dit gaat om zowel de verzekerden als de werkgevers. Als premiebetalers de kosten van zorgverlening aan de illegale vreemdeling voor hun rekening moeten nemen, wordt de vraag welke vormen van zorg aan deze illegalen verleend moeten worden buitengewoon relevant. De premiebetaler betaalt er immers voor.

De minister bepaalt welke vormen van zorg, die aan illegalen worden verleend, in aanmerking komen voor een financiële vergoeding aan de zorgverleners. Dit staat overigens volstrekt los van de professionele verantwoordelijkheid van iedere beroepsbeoefenaar om zelf te beoordelen of hij iemand die in nood is of een bepaalde aandoening heeft, hulp verleent dan wel behandelt. Dit wordt bepaald op grond van de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar en door de normen en

standaarden die voor de beroepsgroep gelden, ongeacht de vraag of er al dan niet een betaling tegenover staat.

Het is niet eens zo relevant welke hulp aan illegale vreemdelingen wordt verleend. Wel is de beslissing van de minister van belang over welke vormen van zorg die wordt verleend aan illegalen, hij een financiële vergoeding aan de hulpverleners wil toekennen omdat illegalen op grond van de Vreemdelingenwet geen rechten hebben. De realiteit is dat zij meestal zelf ook geen geld hebben om de zorg te betalen.

De minister stelt dat hij niets verandert aan de geldende regelingen met betrekking tot financiering van zorg aan illegale vreemdelingen, behalve dat hij nu voorstelt om deze te stroomlijnen en te structureren. De VVD-fractie is het daar niet mee eens. De minister maakt namelijk op zijn minst impliciet ook een beleidskeuze omtrent welke vormen van zorg hij voor vergoeding in aanmerking wil laten komen.

Indertijd werd in het kader van de Koppelingswet een subsidieregeling vastgelegd op grond waarvan vergoedingen werden betaald aan zorgverleners voor hulp aan illegale vreemdelingen. Het ging om acute zorg die nodig was om verlies van essentiële functies te voorkomen of om zorg verleend in situaties waarbij er gevaar voor derden was, zoals infectieziekten, tbc en zwangerschapszorg. In de afgelopen jaren is het niet altijd duidelijk geweest welke zorg aan illegalen voor vergoeding aan de zorgverleners in aanmerking kwam. Begrippen als "acute zorg" en "medisch noodzakelijke zorg" werden soms door elkaar gebruikt, terwijl deze twee begrippen toch een duidelijk verschillende inhoud kennen.

Enige tijd geleden is de commissie-Klazinga met een advies gekomen over de omvang van het zorgpakket dat zou moeten worden verleend aan vreemdelingen als hen in Nederland iets overkomt. De term "vreemdeling" is een verzamelwoord voor veel groepen mensen. Een vreemdeling kan hier rechtmatig verblijven op grond van een verblijfsvergunning, een visum of omdat hij onderdaan is van een ander land binnen de EU. Een illegale vreemdeling heeft geen status en verblijft onrechtmatig hier te lande. De commissie scheert al deze verschillende groepen over een kam. Alle vreemdelingen zouden volgens de commissie alle "medisch noodzakelijke zorg" moeten kunnen krijgen. In feite betekent dit dat de omvang van de zorg die zij kunnen krijgen gelijk is aan het pakket dat is vastgelegd in de Zorgverzekeringwet en dat geldt voor alle verzekerden in Nederland. Dit standpunt is logisch waar het betrekking heeft op onderdanen van andere EU-landen of mensen uit landen waarmee verdragen zijn gesloten. Hetzelfde geldt als het om zorgvormen gaat waarvoor internationale verdragen gelden. Nederland heeft er in die gevallen uitdrukkelijk voor gekozen zich hiertoe rechtens te verbinden. Vaak vindt er overigens ook een financiële, meestal normatieve, verrekening plaats van de gemaakte kosten tussen de staten onderling, zoals binnen de EU. Maar de VVD-fractie vraagt de minister waarom dit ook zou moeten gelden voor mensen die onrechtmatig in ons land verblijven en niet tot de zojuist door mij genoemde categorieën behoren. De verzekerde die op basis van de Zorgverzekeringwet is verzekerd, betaalt zo'n € 1100 per jaar aan premie en de werkgever draagt jaarlijks ook nog eens eenzelfde bedrag af aan de centrale kas. Daarin zit dus ook een bedrag voor de vergoeding van verleende hulp aan illegalen die in feite dus een soort "recht" krijgen op dezelfde zorg als de verzekerde. De VVD-

Swenker

fractie vindt dit eigenlijk onaanvaardbaar en vindt dat de omvang van het zorgpakket aan illegale vreemdelingen weer teruggebracht moet worden tot de oorspronkelijke omschrijving zoals in het kader van de Koppelingwet is omschreven, te weten "het verlenen van acute zorg".

De VVD-fractie zou graag een grondige uiteenzetting van de minister krijgen van zijn keuze om in beginsel alle noodzakelijke zorg, ofte wel de totale inhoud van onze basisverzekering, verleend aan illegale vreemdelingen voor totale of gedeeltelijke vergoeding in aanmerking te laten komen. De VVD-fractie heeft de indruk dat, als de vergoedingen aan zorgaanbieders verder zouden worden beperkt, zij op grond van hun eigen verantwoordelijkheid toch preciezer zullen overwegen of de gevraagde zorg aan een illegale vreemdeling echt noodzakelijk is.

Een ander punt uit het advies van de commissie-Klazinga is, dat bij de beoordeling of de vraag om hulp tot de medisch noodzakelijke zorg behoort, de verblijfsduur van de betrokken vreemdeling in Nederland mede een rol speelt. Ten aanzien van de vreemdelingen die hier rechtmatig verblijven, is deze verblijfsduur meestal niet zo moeilijk vast te stellen; of het is een onderdaan van een andere EU-lidstaat voor wie in ieder EU land geldt dat het basispakket van het verblijfsland ter beschikking staat, of betrokkene heeft een verblijfsvergunning dan wel een visum voor bepaalde tijd. Dat is gemakkelijk te controleren. Bij een illegale vreemdeling is dit volstrekt onduidelijk. Hoewel, beter gezegd, eigenlijk ook volstrekt duidelijk: hij had al weg moeten zijn maar hij is hoogst waarschijnlijk van plan zo lang mogelijk hier te blijven.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik zou mevrouw Swenker graag een vraag willen stellen. Zij stelt dat hij al weg zou moeten zijn maar dat hij hoogstwaarschijnlijk van plan is zo lang mogelijk te blijven. Het is haar niet bekend dat veel van deze mensen misschien wel weg willen maar gewoon niet weg kunnen, omdat er geen mogelijkheden zijn?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik heb ook begrepen, dat dit soms ook te maken heeft met het feit dat zij hun papieren hebben vernietigd en dat het land zij niet wil terugnemen. Zij waren er ook zelf bij toen zij dat deden.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Maar ik heb het over de categorie die niet weg kan. Wat moeten wij daarmee aanvangen?

Mevrouw **Swenker** (VVD): Acute zorg verlenen!

In de memorie van antwoordt stelt de minister dat zorgverleners het advies van de commissie een bruikbaar handvat vinden en artsen gewend zijn aan het gebruik van handvatten, richtlijnen en protocollen. Dat is zo, maar ondanks een zoektocht is mij geen enkel protocol bekend, waarin staat welke zorg aan illegale vreemdelingen, gelet op hun verblijfsduur, wel en niet verleend moet worden. Graag zou de VVD-fractie van de minister enkele voorbeelden tegemoet zien waarin dit duidelijk en expliciet is geregeld. Wij wachten de antwoorden van de minister af.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Mijn fractie is blij dat vandaag dit wetsvoorstel wordt besproken,

want alles wijst erop dat de minister van plan is het financieringssysteem dat de tegemoetkoming in de kosten van zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg leveren aan illegaal in ons land verblijvende personen per 1 januari wil laten ingaan. Een vragenronde door het land bij de direct betrokkenen leerde mij dat er rond de uitvoering en implementatie van deze wijziging van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ nog veel onduidelijk is. Misschien lukt het ons vandaag om deze onduidelijkheid in ieder geval deels weg te nemen door de juiste vragen te stellen. Ik ken deze minister zo langzamerhand wel zo goed dat ik er vertrouwen in heb dat hij de vragen die mijn fractie nog heeft en die voortkomen uit de dagelijkse hulpverleningspraktijk op waarde zal schatten en serieus zal nemen. De belangrijkste vraag vandaag zal dan zijn of invoering per 1 januari verantwoord is.

Dat serieus nemen heb ik niet altijd kunnen afleiden uit de antwoorden op door ons gestelde vragen in de memorie van antwoord. Af en toe bekroop me het gevoel in een heel andere wereld te leven, in een andere werkelijkheid. Ik werd weer getroffen door de afstand die er ligt tussen de theorie en de praktijk, tussen ratio en emotie, tussen rechtlijnigheid en rekkelijkheid. Die afstand die me regelmatig treurig en fatalistisch maakt, omdat ik eraan twijfel of beide elkaar wel kunnen ontmoeten, de afstand ook die me af en toe woedend maakt en energie geeft om juist ook in dit huis mijn stem te laten horen.

In de Miljoenennota werd onder de doelstelling het versterken van de rechtspositie van patiënten het wetsvoorstel de Zeven rechten voor de cliënt in de zorg aangekondigd. Mijn fractie juicht deze versterking van de patiëntenrechten toe. Echter, vandaag hebben wij het echter over patiënten zonder rechten, illegale vreemdelingen. Zij zijn vanwege hun verblijfsstatus uitgesloten van toegang tot onze sociale zorgverzekeringen, zijn daarom niet verzekerd op grond van de AWBZ of de Zorgverzekeringswet en zij hebben een inkomsten en uitkeringsverbod. Wij zullen hen dan ook niet hier op de tribune aantreffen met spandoeken, noch hebben zij ons de afgelopen weken met een e-mailbombardement lastiggevallen. Zij passen er wel voor op al te zichtbaar te worden! Willen wij weten om wie het gaat en hoe het met hen gaat, dan moeten wij het hebben van de informatie van zorgaanbieders en instellingen en maatschappelijke organisaties die hen regelmatig tegenkomen en zich hun lot aantrekken. Het enige fundamentele mensenrecht waarop deze groep mensen zich kan beroepen, is het recht op gezondheid, een recht dat uitgaat van de noden van de zwakkeren en niet van de wensen van de sterkeren. Is de minister het eens met dit uitgangspunt?

Met dit wetsvoorstel wordt de financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegale vreemdelingen geregeld. Het stroomlijnt de bestaande regelingen, te weten de regeling via het koppelingfonds voor eerstelijnszorg en de regeling dubieuze debiteuren waar ziekenhuizen gebruik van maken. Ook wordt zorg gegeven door een AWBZ-instelling met dit voorstel gefinancierd. Het wetsvoorstel regelt dat zorgaanbieders, die vanuit hun professionele verantwoordelijkheid verplicht zijn zorg te verlenen, aanspraak kunnen maken op vergoeding als zij ondanks aantoonbare inspanningen de kosten niet kunnen verhalen op de patiënt. Het geld

Slagter-Roukema

komt uit een fonds dat het College voor zorgverzekeringen gaat beheren.

Mijn fractie vindt het een vooruitgang dat er één financieringssysteem komt. Ook is het goed dat er een einde komt aan de onzekerheid van instellingen die AWBZ-zorg leveren en die geconfronteerd werden met niet te innen rekeningen. Als gevolg van deze nieuwe regeling zullen ziekenhuisbedden niet meer onnodig lang bezet blijven, omdat plaatsen in een AWBZ-instelling ook worden gefinancierd. Is overplaatsing geïndiceerd, dan kan dat.

Wel hebben wij een aantal bedenkingen bij de uitvoering van dit wetsvoorstel. Dat is in de eerste plaats het onderscheid dat gemaakt wordt tussen planbare en acute zorg en tussen direct toegankelijke en niet-direct toegankelijke zorg. Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat dit onderscheid steeds messcherp is te maken en dat het daarom mogelijk is op basis daarvan een onderscheid te maken in de tegemoetkoming van de zorgkosten. Ik denk dat dit helemaal niet zo gemakkelijk kan en zal dat ook toelichten.

Iemand met een acute galblaasontsteking wordt met spoed in een niet-gecontracteerd ziekenhuis opgenomen. Hij moet ook snel geholpen worden want een niet behandelde acute galblaas kan ten gevolge van een daaruit voortkomende buikvliesontsteking dodelijk zijn. Na de acute behandelphase, die bestaat uit antibiotica en rust, kan vervolgens gepland de galblaas verwijderd worden. Moet hij daarvoor naar een gecontracteerd ziekenhuis worden vervoerd? En moet de baby die prematuur en veel te licht is geboren in een niet-gecontracteerd ziekenhuis – er was acute hulp nodig, want het kind werd ongepland geboren – vervolgens voor de verdere verzorging op een neonatale unit overplaatst worden naar een contractziekenhuis? Wat betekent dat voor de continuïteit van zorg en voor de behandelrelatie?

Over de kosten en tarieven voor niet-direct toegankelijke zorg, waaronder ook farmaceutische hulp, worden contracten en afspraken gemaakt tussen de zorgaanbieder en de instelling en het CVZ. Voor deze zorg is een verwijzing, recept of indicatie nodig. Gecontracteerde zorg komt in aanmerking voor 100% vergoeding. Graag hoort mijn fractie van de minister hoe het staat met de contracten. Zijn er al contracten afgesloten en wat is de inhoud? Hoe hoog wordt de vergoeding en is er überhaupt animo onder zorginstellingen om een contract af te sluiten? In de memorie van antwoord staat op bladzijde 4 dat er in de contracten afspraken kunnen worden gemaakt over de toepassing van het begrip "medisch noodzakelijke zorg". Mijn fractie vraagt van de minister de toezegging dat de conclusies zoals neergelegd in het rapport van de commissie-Klazinga "Arts en vreemdeling" hiervoor te allen tijde uitgangspunt zullen zijn en dat de arts in de concrete situatie hieraan invulling geeft.

Er is toegezegd dat er een dekkend regionaal aanbod van gecontracteerde zorg komt. Wie bepaalt of de dekking voldoende is en of er voldoende zorg beschikbaar en toegankelijk is? Als dit wetsvoorstel inderdaad met ingang van 1 januari in werking zal treden dan moet er vaart gemaakt worden, waarbij ik me toch afvraag hoe reëel het is op deze datum te koersen. Klopt het dat de beleidsregel dubieuze debiteuren in zijn huidige vorm in ieder geval per die datum vervalt of is dat afhankelijk van

de haalbaarheid van de ingangsdatum van deze nieuwe financiering?

Illegaal in ons land verblijvende personen dienen voor planbare zorg, die per definitie niet acuut is, een beroep te doen op de gecontracteerde instellingen. Voor acute zorg, die direct toegankelijk moet zijn, kunnen ze terecht bij alle eerstelijns zorgaanbieders en bij alle ziekenhuizen. De kosten van deze laatste zorg worden tot maximaal 80% vergoed. De resterende 20% dient door de zorgaanbieder of zorginstelling te worden verhaald op de illegaal en wordt daarmee aangemerkt als ondernemersrisico.

In de memorie van antwoord staat ter toelichting op bladzijde 2 dat er geen volledige vergoeding van de direct toegankelijke, niet planbare of acute zorg plaatsvindt omdat het anders voor de zorgaanbieder aantrekkelijk is deze regeling ook te gebruiken om de zorgkosten voor onverzekerden vergoed te krijgen. Ik snap dit argument helemaal niet. De onverzekerbaren waar dit wetsvoorstel over gaat, zijn toch goed af te grenzen van de onverzekerden, mensen die wel zijn ingeschreven in de GBA, met wel een burgerservicenummer, maar zonder inschrijving bij een zorgverzekeraar, die hen overigens wel moet accepteren als ze zich aanmelden. Over deze groep van onverzekerden en de inspanningen die geleverd moeten worden door zorgverzekeraars, zorgaanbieders, instellingen en gemeenten om hun aantal zo klein mogelijk te maken, komen wij te spreken als het wetsvoorstel bronheffing in deze Kamer plenair aan de orde komt. Graag een toelichting van de minister waarom juist dit argument wordt gehanteerd om de 80% vergoeding plausibel te maken.

Wordt de regeling die dit wetsvoorstel bevat, nu gezien als een prikkel voor de zorgaanbieder om kosten te verhalen op de illegaal of als een prikkel of drempel voor de illegaal? Dit klemmt temeer omdat de eerstelijnszorg erop heeft gewezen dat het opwerpen van een drempel zal leiden tot uitstelgedrag bij de illegaal en tot verschuiving van goedkope naar duurder zorg door toedoen van de zorgaanbieder.

In de memorie van antwoord staat dat de illegaal zich bewust moet zijn dat hij eigenlijk de kosten zelf moet betalen. Denkt de minister nu echt dat deze zich dat niet bewust is? De reden dat hij veelal zelf de kosten van een medische behandeling niet kan betalen en daarom de gang naar de dokter ook uitstelt, ligt in zijn desolate toestand. Ik citeer Frans Sikken, een van de huisartsen in Rotterdam die veel illegalen ziet. Hij zegt dat het in werkelijkheid gaat over mensen die een gebrek aan alle primaire levensbehoeften hebben, die zich onveilig, onrustig en angstig voelen. Velen kunnen niet terug naar het land van herkomst en leiden een uitzichtloos bestaan. Het gaat daarom ook eerder om onmacht dan om onwil van de betrokkenen om bij te dragen aan onze solidariteit.

Misschien moet de minister zich ter plekke, in Rotterdam, eens op de hoogte stellen om wat voor mensen het gaat. Dan kan hij misschien direct het punt helder krijgen waarom sommige huisartsen ongelimiteerd illegale patiënten zorg verlenen en niet doorverwijzen naar andere praktijken, waardoor zij ook extra getroffen worden door de 80%-regeling. Ik denk overigens ook dat het veel efficiënter en kostenbesparender is als een beperkt aantal praktijken zich bekommert om deze zorg, omdat er nogal wat bij komt kijken. Het

Slagter-Roukema

gaat om bewerkelijke en complexe patiënten! Is de minister daartoe bereid?

Zorgaanbieders worden met dit wetsvoorstel klemgezet tussen hun professionele verantwoordelijkheid om zorg te verlenen en hun ondernemersrisico. Een oneerlijke spagaat. Natuurlijk onderschrijven zij het uitgangspunt dat ze zich voldoende moeten inspannen om de rekening bij de illegalen zelf neer te leggen, de KNMG heeft dat bevestigd. Het is echter onverteerbaar dat ze niet volledig tegemoet worden gekomen als de vordering oninbaar blijkt te zijn. Heeft de minister aanwijzingen dat zorgaanbieders zich onder de huidige regeling onvoldoende inspannen? En zo dat al zo is, wat zou daar dan de achtergrond van zijn?

Wat is de reden dat de rekening voor een maatschappelijk vraagstuk eenzijdig bij artsen en overige zorgaanbieders wordt neergelegd? Welke inspanningen dient een zorgaanbieder te verrichten om in aanmerking te komen voor een al dan niet gedeeltelijke vergoeding? Wordt daarvoor een eenduidig protocol ontworpen? Hoe is overigens te controleren dat getracht is de kosten op de illegaal te verhalen? Onderkent de minister dat deze inspanningen, waaronder mogelijk inschakeling van een incassobureau of deurwaarder, de kosten alleen maar opjagen? Dat zijn ongetwijfeld kosten die niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Het is goed dat het CVZ de moeilijkheden die zorgaanbieders met de invoering van dit systeem ondervinden, gaat monitoren. Misschien is het echter nog wel belangrijker om te monitoren welke problemen de illegalen zelf tegenkomen bij de toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg. Het probleem is echter hoe je gegevens daarover boven tafel krijgt. Zoals eerder gezegd, gaat het vaak om bijna onzichtbare mensen. Ik hoop dat de minister wil toezeggen dat hij in overleg wil treden met de stuurgroep Lampion, het samenwerkingsproject van alle partijen die te maken hebben met de illegalenproblematiek. Ik verwacht dat deze groep nuttige aanwijzingen kan geven hoe het probleem in kaart te brengen zal zijn, want zij bundelt veel deskundigheid. Ook verzoek ik de minister te bevestigen dat hij het met Lampion eens is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de uitoefening van het toezicht de standpunten van de commissie-Klazinga als kader zou moeten hanteren.

Tot slot nog twee punten. Welke rol is voor de Stichting Koppeling en de regionale platforms weggelegd in de overgangsfase en daarna en hoe wordt voorkomen dat daar kennis en ervaring verloren gaan? Werken CVZ en Stichting Koppeling al samen aan de ministeriële regeling om vast te leggen welke gegevens bij declaraties moeten worden overgelegd? Wie bewaakt dat daarbij de privacy gewaarborgd blijft?

Ik begon mijn bijdrage met de vaststelling dat de beantwoording van mijn vragen in de memorie van antwoord mij treurig had gestemd. Alsof er verschillende werkelijkheden zijn. Dat contrast kwam ik in zijn meest schrille vorm tegen bij de beantwoording van de vragen naar de financiering van medisch noodzakelijke tandzorg, die wordt gelimiteerd tot 21 jaar. Het argument dat tandartsenzorg voor volwassenen buiten de Zorgverzekeringswet en de AWBZ valt en dat er daarom geen bijdragemogelijkheid voor de aanbieder van tandartszorg kan zijn, is formeel juist. Maar wij weten ook allemaal dat geen enkele illegaal zich aanvullend zal kunnen verzekeren voor tandheelkundige zorg, zoals wij dat wel

hebben kunnen doen, zodat wij hier zitten met verzorgde gebitten, geen vieze smaak in de mond en nooit meer echte kiespijn.

Het is bekend dat in praktijken waar veel illegalen gezien worden, tot 15% van deze groep ernstige tandheelkundige problemen heeft. En het moet de minister toch ook bekend zijn dat zeer slecht onderhouden gebitten grote andere gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken. Met het nu voorliggende vergoedingssysteem van tandheelkundige hulp voor deze mensen nog onbereikbaar worden en een aanzienlijk deel van hen zal veel pijn en andere complicaties krijgen. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Daarom tot slot de vraag aan de minister of hij zich serieus wil bezinnen op een oplossing voor dit probleem.

Ik wacht de beantwoording van de minister met belangstelling af. Mede aan de hand daarvan zal mijn fractie de finale beoordeling van dit wetsvoorstel bepalen.

□

De heer **Klein Breteler** (CDA): Mevrouw de voorzitter. In een beschaafd land heeft elk mens recht op direct noodzakelijke zorg en behandeling. Dit geldt dus ook voor vreemdelingen zonder rechtsgeldige verblijfsvergunning. Gelukkig staat dit principe ook in ons land niet ter discussie. Toch is dit principe in onze wetgeving moeizaam geregeld. Immers, in de zogenaamde Koppelingwet van juli 1998 is geregeld dat zij die niet rechtmatig in ons land verblijven, geen toegang hebben tot onze sociale- en zorgverzekeringen. Artikel 10 van de Vreemdelingenwet sluit namelijk de toegang tot deze verzekeringen voor hen af.

Aan de andere kant kent ons land geen wetgeving die het verlenen van medische zorg aan wie dan ook verbiedt. Integendeel. Ook blijkt de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel zijn zorgaanbieders uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomende gevallen in aanmerking komende zorg te verlenen. Iedere vreemdeling, ook zij of hij die hier niet rechtmatig verblijft, is er in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van de geleverde zorg worden betaald. Dit laatste leidt natuurlijk wel vaak tot deels onbetaalde rekeningen, omdat illegaal verblijvende vreemdelingen gemiddeld vaker in een betalingsonmacht verkeren. Ondanks eerder genoemde wettelijke regelingen, of beter het gebrek hieraan, hebben wij in ons land een in de praktijk redelijk werkende oplossing gevonden voor de financiële schade die zorgaanbieders hierbij kunnen oplopen. Met name de Stichting Koppeling heeft hierin een goede rol vervuld in de eerstelijnszorg en de beleidsregel "dubieuze debiteuren" in de tweedelijnszorg.

Niettemin steunt mijn fractie het voorstel van het kabinet om via deze wijziging van de Zorgverzekeringswet een meer eenduidige en transparante regeling tot stand te brengen. Zij tekent hierbij aan dat dit geen semiverzekering is, maar een financiële bijdrage voor zorgaanbieders die medisch noodzakelijke, of beter gezegd medisch verantwoorde zorg hebben verleend aan illegale vreemdelingen met betalingsonmacht en dientengevolge inkomsten derven. Het kabinet wijst erop dat deze groep ook een particuliere verzekering zou kunnen afsluiten. Wil de minister in eerste termijn uiteenzetten hoe het kabinet dit ziet in de huidige situatie

Klein Breteler

van ons verzekeringsstelsel? Zijn er trouwens dergelijke particulier verzekeringsinstellingen in ons land beschikbaar? Zo ja, hoe zou het kabinet het gebruik daarvan kunnen en willen bevorderen voor deze doelgroep?

Namens mijn fractie dank ik de minister voor zijn uitvoerige antwoorden op de vele vragen uit deze Kamer, zoals vastgelegd in het voorlopig verslag van 17 juni jongstleden. Dit wil niet zeggen dat alle vragen ook eenduidig zijn beantwoord. Uit de memorie van antwoord van 9 september jongstleden blijkt dat er voor het kabinet ook nog veel onbekende aspecten zijn, gezien de aard van de doelgroep. Immers, de geschatte omvang van de doelgroep varieert tussen 74.000 en 184.000 personen. Daarom juicht mijn fractie het toe dat als dit wetsvoorstel wordt aangenomen en er derhalve een op zich transparante regeling ontstaat, de werking ervan nauwlettend wordt gevolgd in de zogenaamde VWS-verzekerdenmonitor. Wij zullen het op prijs stellen als de Eerste Kamer die periodieke rapportage op hetzelfde tijdstip ontvangt als de Tweede Kamer.

Het kabinet heeft ons nog niet overtuigd dat de vergoeding voor zorgaanbieders niet 100% kan zijn. Het antwoord van het kabinet op de vraag naar de gevolgen hiervan voor zorgaanbieders die bovengemiddeld veel illegalen in hun praktijk hebben, is ook niet overtuigend. Juist in steden waar wij een wijkgerichte aanpak willen, is dit vaak een gewenste situatie. Immers, het ligt voor de hand dat de zorg voor illegale patiënten specifieke kenmerken heeft van behandeling en bejegening. Door ervaring hiermee zal een huisarts expertise opbouwen en deze ervaring kan dan ook ten dienste staan aan de eerder genoemde wijkgerichte aanpak door de gemeenten en/of andere instanties. Daarom vraag ik de minister of het niet verstandiger zou zijn in dergelijke huisartspraktijken met bovengemiddeld aantal illegalen patiënten, ook de zogenaamde niet-direct toegankelijke zorgregeling via contractering door het CVZ van toepassing te laten zijn. Wil de minister daarnaar nog eens kijken? De stelling dat de vergoeding maximaal 80% is, omdat de overige 20% tot het zogenaamde ondernemersrisico behoort, roept bij mijn fractie vraagtekens op en dit geldt zeker voor de eerder genoemde praktijken. Ik wacht het antwoord van de minister met spanning af, omdat dit mede bepalend zal zijn voor het eindoordeel van mijn fractie.

Het is ook niet duidelijk wat deze regeling zal kosten. Het kabinet kan dit voor met name de eerstelijnszorg ook niet aangeven. De eerdergenoemde monitoring moet hierin in de toekomst inzicht bieden. Is het kabinet bereid om, indien dit blijkt mee te vallen en de kosten derhalve lager zijn dan de geschatte 44,2 mln., te overwegen om de vergoeding voor de direct toegankelijke zorg hoger vast te stellen dan 80%?

Overigens lopen ook tweedelijnszorgaanbieders bij direct toegankelijke zorg aan een substantieel aantal illegalen het risico dat de boeking hiervan in de kostprijs van hun dbc's tot een verslechterde marktpositie leidt ten opzichte van bijvoorbeeld ziekenhuizen die nauwelijks te maken hebben met dit gegeven. Dit zou een verkeerde vorm van concurrentie zijn in het B-segment. De achtergrond van mijn opmerkingen over een mogelijke hogere vergoeding van 80% is ook dat mijn fractie wil voorkomen dat de doelgroep een bezoek aan de huisarts zo lang mogelijk zal uitstellen c.q. afwenteling op de tweedelijnszorg wordt bevorderd met alle gevolgen van dien.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De heer Klein Breteler zegt dat dit tot een verslechtering van de concurrentiepositie kan leiden. Dat zou best kunnen, maar volgens mij weten wij dit allemaal niet zo goed. Is hem iets bekend over het beslag op ziekenhuizen door dubieuze debiteuren? Zullen wij de minister vragen of daarover cijfers beschikbaar zijn, want dan kunnen wij beter overzien wat de consequenties zijn?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Wij kunnen het zeker vragen, maar ik weet niet of de minister over die cijfers kan beschikken, maar misschien is dit wel het geval. Het is echter zeker zo dat ziekenhuizen waarop door relatief veel illegalen een beroep wordt gedaan, net als op huisartsen in bepaalde wijken waar veel illegalen zijn, de kosten moeten opnemen in de kostprijs als door de nieuwe dbc-systematiek de beleidsregel dubieuze debiteuren verdwijnt. Daardoor kan de kostprijs hoger worden en dit kan de concurrentiepositie van het ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen negatief beïnvloeden.

Mijn fractie juicht het toe dat het amendement-Arib ook de steun heeft van het kabinet. Dit blijkt ook uit de wijze waarop het dit amendement heeft uitgewerkt. Het is alleen nog niet duidelijk of de 100% vergoeding van de kraamzorg ook betekent dat de kinderen ook toegang hebben tot het Rijksvaccinatieprogramma met 100% vergoeding. Of is dit geregeld in de regeling niet-direct toegankelijke zorg via contractering door het CVZ op basis van de AWBZ? Wil de minister ons hierover informeren in zijn eerste termijn? Hij antwoordt immers in de memorie van antwoord op vragen van de SP-fractie enerzijds dat illegale kinderen niet zijn uitgesloten van vaccinaties en anderzijds dat de zorg voor het geboren kind voor 100% vergoeding in aanmerking komt zolang het kraamzorg betreft. Het moge helder zijn dat mijn fractie niet alleen voor het kind zelf, maar ook voor zijn of haar omgeving toegang tot het Rijksvaccinatieprogramma uit volksgezondheidsoverwegingen van groot belang acht.

Daarnaast is het de vraag of de uitwerking van het amendement ook op een aantal andere punten voldoende helder is. Onduidelijkheid kan toch weer leiden tot onwenselijke barrières voor deze vrouwen om adequate zorg te vragen of te ontvangen. De minister stelt in de memorie van antwoord dat de vrouw in geval van verwijzing door een verloskundige bij complicaties bij de bevalling, naar een gecontracteerd ziekenhuis moet worden verwezen terwijl hier bijna altijd sprake is van een acute situatie. Is dit verantwoord en praktisch haalbaar? Dit kan ook betekenen dat een poliklinische bevalling in een gecontracteerd ziekenhuis buiten het werkgebied niet door de eigen verloskundige begeleid kan worden. Een andere vraag van mijn fractie is of bij complicaties bij de zwangerschap, bijbehorende behandeling en medicamenten ook onder de 100%-regeling vallen evenals het doorgaans gebruikelijke bloedonderzoek.

Mijn fractie heeft grote waardering voor het heldere rapport van de commissie-Klazinga. De hieruit volgende protocollen en richtlijnen zijn inmiddels ook door de beroepsgroepen verwelkomd. Een arts kan de schatting van de duur van het illegale verblijf in Nederland laten meewegen bij het al dan niet starten van een behandeling. Mijn fractie vindt het desondanks wel gewenst dat in de volgende jaren geëvalueerd wordt hoe de

Klein Breteler

professionals hiermee omgaan. Immers, het is niet gewenst dat er grote verschillen van uitkomst zijn voor de patiënt. Zou dit niet een mooie tweede opdracht kunnen zijn voor de commissie-Klazinga?

Het kabinet heeft mijn fractie niet overtuigd van de redenen om tandartsenzorg niet in de regeling mee te nemen. Er is begrip voor de stelling van het kabinet dat er geen ruimere invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg mag zijn voor illegaal verblijvend ten opzichte van personen die wel bijdragen aan de solidariteit en hier wel rechtmatig verblijven. Echter, ernstige kiespijn reken ik, gezien mijn ervaringen, wel tot acute zorg. Daarnaast kan het standpunt van het kabinet leiden tot veel duurdere ingrepen in de tweedelijnszorg. Is het kabinet bereid dit nog eens te heroverwegen? Desnoods moet dit ook maar vallen onder de regeling gecontracteerde zorg door het CVZ. Overigens heeft deze laatste regeling onze instemming. Wel zien we met belangstelling uit naar de rapportage daarvan in de jaarlijkse VWS-verzekerdenmonitor op basis van de motie-Smilde c.s.

Ten slotte nog een tweetal onderwerpen. Op de eerste plaats de administratieve lastendruk van deze regeling. Op de vragen van onze fractie waarom Actal komt tot onwaarschijnlijk lage kosten voor administratieve handelingen, € 50.000 op jaarbasis, antwoordt de regering dat het niet "onwaarschijnlijk laag" is maar "zeer gering". Onze fractie ontgaat het materiële verschil. Daarnaast kan het ook niet! Immers, vele professionals zullen heel wat administratief werk hebben om een zo'n hoog mogelijke incasso te hebben en daarna moeten zij een dubbel declaratiesysteem opzetten richting het CVZ om aan te tonen dat men zich voldoende heeft ingespannen om 100% incasso te bereiken. Voor niet-direct toegankelijke zorg zullen in verband met de contractering door het CVZ via aanbestedingen businesscases moeten worden opgesteld. En dat alles voor maar € 50.000 macro op jaarbasis? Het lijkt onze fractie sterk, maar de toekomst zal het leren. Is de regering ook hier bereid, wanneer ervaringsgegevens beschikbaar zijn, onze Kamer te informeren?

Mijn laatste punt betreft de positie van minderjarigen. Mijn fractie vindt dat de regering op dat punt een te rigide standpunt inneemt. Onze fractie bepleit, voor minderjarige patiënten geen enkele drempel op te werpen in het kader van de toegang tot de zorg. De regering meent dat dit wetsvoorstel geen drempel opwerpt, omdat het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder is om zorgvuldig af te wegen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Dit moet losstaan van de vraag of hij/zij al dan niet een volledige vergoeding kan krijgen. Volgens de regering verandert dit wetsvoorstel hier niets aan. Op zich formeel juist, maar realiseert de regering zich ook dat er in ons land illegaal verblijvende kinderen en minderjarigen zijn zonder gezins- en familieleden? Ook daarmee heb ik zelf helaas praktijkervaring. Een betalingsonmacht ligt dan wel erg voor de hand. Een rijk land als Nederland zou onzes inziens niet moeten willen dat juist deze, waarschijnlijk zeer kleine groep, bij doorgaans gebrek aan inkomen en betalingsalternatieven aarzelen of zij hulp inroepen. Kan de regering voor deze groep, dus kinderen en minderjarigen zonder gezinsleden en andere familieleden, dus een zeer kwetsbare groep, ter zake geen uitzondering maken?

Warmer is de regering bij de toezegging op vragen van de leden van de SP-fractie in de Tweede Kamer dat

de minister met zijn collega's voor Jeugd en Gezin en van Justitie de situatie aan het onderzoeken is van kinderen van illegalen die met een kindbeschermingsmaatregel in een AWBZ-instelling verblijven. Onze fractie is verheugd dat voor illegale jeugdigen met een kindbeschermingsmaatregel een (tijdelijke) verblijfsvergunning kan worden aangevraagd wegens bijzondere individuele omstandigheden.

De CDA-fractie steunt de regering in het eenduidig en transparant maken van welke mogelijkheden niet-rechtmatig in ons land verblijvende vreemdelingen hebben voor de direct toegankelijke en niet-toegankelijke zorg en behandeling. Dat hierbij het voertuig is gekozen van een wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de regeling van inkomstenderving van zorgaanbieders, is te begrijpen. Gelet op de specifieke kenmerken van deze doelgroep van patiënten, is nog niet geheel duidelijk hoe een en ander na aanvaarding van dit wetsvoorstel in de praktijk zal verlopen. Er is wel sprake van schattingen en veronderstellingen. Er is nog een aantal vragen, ook bij onze fractie, met name over de praktijken met een bovengemiddeld aantal illegalen. Graag hoort mijn fractie hierover het standpunt van de regering.

□

De heer **Laurier** (GroenLinks): Voorzitter. Uit mijn eigen wethouderspraktijk in Leiden herinner ik mij de situatie toen de Koppelingswet werd ingevoerd. Het was mensen niet duidelijk op welke wijze men aanspraak kon maken op medische zorg. Dit leverde schijnende situatie op in humanitair oogpunt, veroorzaakte onduidelijkheid bij zorgverleners en stelde sommige dienstverleners in de zorg voor dilemma's. Dat er een aantal verhelderingen zou komen, heb ik altijd erg toegejuicht. Vanuit humanitair oogpunt is het ook verlenen van medische zorg aan illegaal in Nederland verblijvende mensen van groot belang. Dat is echter niet de enige reden om een goede en toegankelijke gezondheidszorg te hebben voor deze groep inwoners van Nederland. Een goede regeling is ook van belang vanuit het perspectief van de volksgezondheid. Mensen die gezondheidszorg mijden, kunnen voor de volksgezondheid een risico vormen. Dit zijn twee belangrijke redenen om een goede regeling te treffen. In dat kader juicht mijn fractie dit initiatief van het kabinet toe.

Om te beoordelen of het een goede regeling is, moet de vraag worden beantwoord of er geen drempels zijn voor de gezondheidszorg. Die drempels kunnen er zijn vanuit het oogpunt van de betrokkene, bijvoorbeeld de kosten die ermee zijn gemoeid of de beschikbaarheid van dienstverleners in de zorg. In dat kader is mijn fractie bijzonder geïnteresseerd in wat de minister zich voorstelt bij de regionale dekking. Welke criteria legt hij daarvoor aan?

Ook vanuit het oogpunt van de zorgverlener kunnen er drempels ontstaan. Sprekers voor mij hebben al gewezen op het ondernemersrisico van 20%. Dat is mijn fractie een doorn in het oog. Er zit een merkwaardige dubbelheid in de redenering. Enerzijds wordt gewezen op de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverleners. Anderzijds wordt verwezen naar het ondernemersrisico. Buiten dat zit er feitelijk al een toets in. Eerst zal moeten worden vastgesteld of de betrokkene inderdaad betalingsonmachtig is. Het lijkt ons dus wat dubbelop.

Laurier

Het kan zo zijn dat juist het feit dat het de zorgverlener in de portemonnee kan raken, voor sommigen een drempel kan vormen om de hulp te verlenen die nodig is. Ook de administratieve last die volgt uit de inning van de bijdrage, kan een drempel zijn. Het kan ook in andere aspecten zitten, zoals de bepaling van de verblijfsduur in relatie tot de behandeling. Dit is een enigszins merkwaardig criterium. Hoe kan een arts daarover een oordeel vellen? Dat geldt zeker in de situatie van illegaliteit. Ook op dat punt krijgen wij graag een toelichting van de minister. Ten slotte kunnen er drempels zitten in de doorzichtigheid van het systeem, of eigenlijk de ondoorzichtigheid van het systeem. Mevrouw Slagter-Roukema en de heer Klein Breteler hebben al verwezen naar de scheiding tussen planbare en acute hulp. Mijn fractie heeft dus een aantal zorgpunten. Leiden die niet tot verwarring en daarmee tot verlies aan kwaliteit van de gezondheidszorg aan illegalen?

De tandheelkundige zorg voor volwassenen is in dit geval uitgesloten. Mijn fractie lijkt dat geen goed zaak. Wij roepen de minister daarom op om dat punt alsnog te bezien. Duidelijkheid van de regeling is voor de kwaliteit van groot belang. Kortheidshalve sluit ik mij aan bij de opmerkingen die mevrouw Slagter en de heer Klein Breteler hebben gemaakt naar aanleiding van de brief van het KNOV van 21 oktober jongstleden.

Mijn fractie wacht de beantwoording van de vragen met belangstelling af.

□

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Voorzitter. Met deze wijziging van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ wil de regering het inmiddels tien jaar bestaande, erg ingewikkelde systeem voor de financiering van de gezondheidszorg aan illegale vreemdelingen vereenvoudigen en verbeteren. De PvdA-fractie juicht dit voornemen toe en deelt de visie van de regering dat met dit nieuwe voorstel de zorg aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning transparanter wordt voor zowel de betrokkenen als de hulpverleners.

In dit nieuwe voorstel worden twee centrale uitgangspunten van de Koppelingswet gehandhaafd: het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. En het principe dat de illegale patiënt zelf moet betalen. Wij kunnen deze uitgangspunten op hoofdlijnen onderschrijven maar wij hebben moeite, zoals uit mijn bijdrage zal blijken, met de wijze waarop deze twee uitgangspunten in dit wetsvoorstel zijn uitgewerkt.

In het nu voorgestelde systeem komt er één fonds voor alle zorg aan illegalen. Dat is een goede zaak. Het beheer van het fonds en de uitvoering van de regeling zijn in handen gelegd van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het is de bedoeling dat het CVZ zorginstellingen contracteert en jaarlijkse afspraken opdat zorgverlening gegarandeerd is en de kosten beheersbaar blijven. Wij gaan ervan uit dat het CVZ voldoende is toegerust voor deze nieuwe taak en horen graag de visie van de minister op dit punt. Kan het CVZ als adviesorgaan deze uitvoeringstaak goed aan? Wat is er gedaan om dat te borgen en de kennis die op dit gebied onder het regime van de Koppelingswet is opgedaan, over te dragen aan het CVZ? Meer in het bijzonder vragen wij ons af of in het nieuwe systeem de voorlichtingsfunctie voldoende is belegd.

In deze bijdrage zal ik nog enkele andere vragen met de minister bespreken. Deze vragen zijn ook in de schriftelijke voorbereiding aan de orde geweest, maar naar het oordeel van mijn fractie onvoldoende verduidelijkt. In sommige gevallen blijven wij van mening verschillen en ik hoop dat wij vandaag dit verschil kunnen overbruggen. Het gaat om een aantal kwesties die door de vorige sprekers ook al zijn aangehaald: de medisch noodzakelijke zorg; de 80/20-regeling; de spreiding van de zorg; de tandheelkundige zorg en het monitoren van het beleid.

Ik ga eerst in op de medisch noodzakelijke zorg. Een van de uitgangspunten van dit voorstel is dat illegalen recht hebben op medisch noodzakelijke zorg. In het rapport van de commissie-Klazinga is het begrip "medisch noodzakelijke zorg" duidelijk omschreven. Daarbij zijn de normen en de beoordeling van de arts leidend. In de memorie van antwoord wordt – als wij het goed begrijpen – in antwoord op de vraag naar de financieringsregeling vermeld dat "in de contracten tussen CVZ en zorgaanbieder afspraken kunnen worden gemaakt over de toepassing van het begrip medisch noodzakelijke zorg". Deze toelichting bevreedt ons. Naar ons oordeel kan er geen misverstand bestaan over wat medisch noodzakelijke zorg is en wie dat beoordeelt. Naar ons oordeel is het aan de zorgaanbieder, op basis van zijn professionele kennis en ervaring, om te beoordelen of er in een specifiek geval al dan niet sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Het is daarom niet wenselijk om dit uitgangspunt onderdeel te laten zijn van de onderhandelingen bij het afsluiten van een contract. Graag ontvangen wij een toelichting van de minister op dit punt. Wij hopen dat hij ondubbelzinnig zal kiezen voor het primaat van de professional.

In dit verband vraag ik ook om een nadere toelichting op de vraag die aan de zorgaanbieder wordt gesteld. Hij of zij moet bij het beoordelen of het om acute of planbare zorg gaat, de te verwachten duur van het verblijf van de patiënt meewegen. Kan de minister toelichten hoe hij zich dat voorstelt? Moeten de hulpverleners eerst in contact treden met de IND of anderen om dit te kunnen vaststellen en gaat deze eis de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener niet ver te buiten?

De sprekers hebben ook al gewezen op de 80/20-regeling. In dit wetsvoorstel wordt een onderscheid gemaakt tussen direct toegankelijke en niet-direct toegankelijke zorg. Bij direct toegankelijke zorg gaat het om de huisarts, de kraamzorg, kortom alle vormen van zorg waar men zonder verwijzing toegang toe heeft. De direct toegankelijke zorg wordt voor 80% vergoed en de niet-direct toegankelijke zorg waarvoor het CVZ contracten met zorgaanbieders sluit, wordt 100% vergoed. De minister geeft aan dat hij hierbij uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid van de aanbieder en van de illegale vreemdeling en dat het belangrijk is, een prikkel in te bouwen zodat illegalen worden aangespoord een deel van de kosten voor hun rekening te nemen.

In de mondelinge voorbereiding hebben wij gevraagd om een nadere onderbouwing van dit standpunt. Wij zijn nog niet echt tevreden met het antwoord. Waaruit blijkt dat deze prikkel nodig is? Het is op zijn minst een merkwaardige redenering om in antwoord op onze vraag te stellen dat als er geen prikkel zou zijn, dit ertoe zou kunnen leiden dat de illegale vreemdeling niet op zijn verantwoordelijkheid wordt gewezen omdat de zorg-

Meurs

aanbieder de kosten toch vergoed krijgt. Naar het oordeel van mijn fractie is dit wel een erg utilitaristische opvatting over het handelen van hulpverleners.

Los van dit punt heeft de PvdA-fractie nog een ander bezwaar tegen de 80%-vergoeding van met name de huisartsenzorg. Wordt op deze manier niet juist een drempel opgeworpen voor mensen die ziek zijn en een beroep willen doen op de eerstelijnszorg en die daarmee kunnen voorkomen, als dat tijdig gebeurt, dat zij een beroep op ziekenhuiszorg moeten doen? Uit de praktijk is ons gebleken dat illegaal verblijvende vreemdelingen zo lang mogelijk een bezoek aan de huisarts uitstellen en alleen als het echt nodig is naar de dokter gaan. Is het dan niet te verkiezen om de direct toegankelijke zorg ook in financiële zin direct toegankelijk te maken en dus voor 100% te vergoeden? Dit laat onverlet dat huisartsen de illegalen kunnen aansporen om mee te betalen. Het punt van onze fractie is dat met een 100%-vergoeding de relatie niet wordt belast met een onderhandeling over geld. Ik spreek dan niet eens over de ingewikkelde rekensommen als een illegaal zijn zakken leegschudt en bijvoorbeeld € 13,87 neertelt.

Ook vragen wij ons af hoe de minister het public-healthbelang wil borgen. Is het niet veel belangrijker om deze groep patiënten zonder enig voorbehoud door te geleiden naar de huisarts, om zo vroegtijdig mogelijk eventuele infectieziekten en soa's te kunnen opsporen en adequaat te kunnen behandelen?

Ik vervolg met de spreiding van de zorg. Wij hebben in onze schriftelijke voorbereiding ook gewezen op het ervaringsfeit dat illegale vreemdelingen vaak een beroep doen op dezelfde huisartsen, verloskundigen en gezondheidscentra in arme wijken. Deze zorgverleners zullen door de 80%-vergoeding onevenredig getroffen worden. In zijn antwoord stelt de minister dat hij zich kan voorstellen dat ook andere artsen bereid zijn, een deel van de werkzaamheden voor hun rekening te nemen, maar de praktijk is een andere. Uit eerder onderzoek blijkt die concentratie veroorzaakt te worden door mond-tot-mondreclame in het illegalencircuit en door doorverwijzing van collega's: die huisarts heeft meer illegalen in zijn praktijk en hij weet hoe het systeem in elkaar zit, dus ga daar maar naar toe. Het is dus niet te verwachten dat het makkelijk zal zijn om een verdeling van de caseload af te spreken, zoals de minister veronderstelt. Ook in dit opzicht is die 80/20-regeling niet wenselijk. Graag een reactie van de minister op dit punt.

De tandheelkundige zorg is ook al door anderen genoemd. De redenering van de minister is dat met de voorgestelde regeling is gekozen voor de systematiek van de Zorgverzekeringswet en daarin is de tandheelkundige zorg voor volwassenen ook niet opgenomen. Het verschil is echter dat burgers zich dan kunnen bijverzekeren en dat illegalen dat per definitie niet kunnen. De redenering om voor uitsluiting te kiezen, is dat illegalen op geen enkele manier bijdragen en bovendien niet rechtmatig in het land verblijven. Dit zou niet een ruimere interpretatie van de regeling rechtvaardigen en van het begrip "medisch noodzakelijke zorg". De fractie van de PvdA hoort graag een nadere toelichting van de minister op dit punt en of het toch niet wenselijk of noodzakelijk is om een vorm van tandheelkundige hulp mogelijk te maken onder de uitgangspunten die voor de hele wet gelden: medisch noodzakelijk met inspanning tot eigen bijdrage. Anders gezegd, zou het niet mogelijk zijn om ook te spreken van medisch noodzakelijke

tandheelkundige zorg? Graag een reactie van de minister op dit punt.

Ik kom bij mijn laatste punt: het monitoren. In de beantwoording van de minister komt naar voren dat het voorgestelde monitoren, als wij dat goed hebben begrepen, zich beperkt tot betaalde zorg, dat wil zeggen, de zorg die wel verleend is. Er wordt niet gemonitord waar zich toegankelijkheidsproblemen voordoen, hoe de financiële drempels in de praktijk uitpakken, of er sprake is van overheveling naar de tweedelijnszorg, en hoe de spreiding van voorzieningen in de praktijk werkt. Evenmin is monitoren voorzien in het feitelijk toepassen van het criterium "medisch noodzakelijke zorg". In de memorie van antwoord wordt veel overgelaten aan de inspectie. Gegeven de summier wijze waarop de IGZ zich nu over deze kwestie heeft gebogen en de overbelasting van de IGZ, acht de PvdA dit niet voldoende. Kan de minister er nader op ingaan hoe hij het monitoren van deze wet ziet en of hij met de PvdA-fractie van oordeel is dat een bredere monitor dan nu voorgesteld, op zijn plaats is en dat dit alleen kans van slagen heeft als er een concrete opdracht wordt verleend aan IGZ en CVZ met taakstellingen en termijnen? Wij zien met belangstelling de antwoorden van de minister tegemoet.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Het wetsvoorstel heeft tot doel om de financiering van medisch noodzakelijke hulp aan vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven te regelen. Onze fracties, van SGP en ChristenUnie, waarderen het wetsvoorstel positief. De toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de zorg wordt voor de beoogde doelgroepen mogelijk gemaakt. Wel hebben onze fracties nog een aantal vragen.

Door de 80%-regeling die onder meer gaat gelden voor de huisartsen, plaatsen wij hen in de categorie "risicodragende ondernemers". Ook de onderverdeling in planbare en niet-planbare zorg, doet denken aan een soort zorgmarkt. Zal deze regeling, zo vragen wij de minister, er niet toe leiden dat noodzakelijke medische zorg wordt uitgesteld? Dat is schadelijk voor de patiënt zelf, maar kan ook een gevaar vormen voor de volksgezondheid in het algemeen. Denk maar aan besmettelijke ziekten.

Naar de mening van onze fracties bevordert de vergoedingssystematiek voor de planbare zorg niet dat de ongewenste effecten van doorverwijzen, afschuiven en uitstellen van de zorg die nu vaak waarneembaar zijn worden opgelost. Onze zorg is, dat het uiteindelijke doel van het wetsvoorstel, dat illegalen daadwerkelijk moeten kunnen rekenen op toegang tot hulpverleners voor medisch noodzakelijke zorg onvoldoende zal worden gerealiseerd. Wil de minister hier eens op ingaan?

Aandacht van de minister vragen wij ook voor die huisartsenpraktijken of gezondheidscentra, waar de zorg aan illegalen is geconcentreerd. Dit is het geval in een aantal grote steden en in bepaalde achterstandswijken. Deze praktijken zullen extra zwaar worden getroffen door de 80%-maatregel. Wij vinden dat niet billijk.

De regionale platforms hebben in hun regio's een belangrijke rol, onder leiding van de GGD's, in het verzamelen van informatie van de zorgvraag en het zorgaanbod. Zo kan bekeken worden of de zorgverlening aan illegalen goed verloopt. De monitoring van de

gezondheidstoestand is belangrijk omdat ziekten ook kunnen doorwerken in de rest van de bevolking. Volgens de inspectie hoort de overheid ervoor te zorgen dat die gegevens verzameld kunnen worden. Bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wordt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verantwoordelijk voor de financiering. Er dreigt nu een probleem omdat het CVZ geen rol ziet voor de instandhouding en financiering van de regionale taken. Het standpunt van het CVZ is dat het ministerie niet aangeeft wat zij gemonitord wil hebben en dat er ook geen geld voor beschikbaar is. Mogen wij hierover de visie van de minister vernemen?

Als wij het goed hebben begrepen, wordt door het College voor zorgverzekeringen behalve in de drie grootste steden, per gemeente één apotheek gecontracteerd voor de farmaceutische zorg. Op grond van de bovengenoemde indeling van zorg en zorgverleners, kan de illegaal wel bij elke huisarts terecht, maar niet bij elke apotheek. Dit zal in steden met veel apotheken tot problemen leiden. Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Kwaliteitswet zorginstellingen moet een illegale patiënt met een zorgvraag aan de apotheek adequaat worden geholpen. Er is immers sprake van een behandelrelatie. Een apotheek die niet is gecontracteerd, moet een illegale patiënt dus ondanks de zorgplicht van die apotheker wegsturen. Conflicteert dit wetsvoorstel op dit gebied met andere wetten en zo ja, moet dit dan niet worden opgelost?

Wij vinden het een goede zaak dat het wetsvoorstel er via het amendement-Arib c.s. in voorziet, dat de direct toegankelijke verloskundige zorg voor 100% wordt vergoed. Hierdoor is er geen drempel meer voor de zorg voor de aanstaande moeder en het nog ongebooren kind. Toch vragen wij ons af of er zich in de uitvoering geen problemen zullen voordoen. Dit betreft namelijk de niet-direct toegankelijke verloskundige zorg die op verwijzing door een eerstelijns verloskundige noodzakelijk wordt gevonden. De minister geeft aan dat in bepaalde gevallen toch slechts 80% vergoed zal worden. Daarom vragen wij de minister om het zo te regelen dat de zorg die wordt geleverd of wordt ingeroepen door een verloskundige en die samenhangt met de zwangerschap, voor 100% vergoeding in aanmerking komt. Wij vragen ons vervolgens af of de beperking voor de 100%-regeling tot uitsluitend gecontracteerde ziekenhuizen, in de uitvoering ook niet tot problemen zal leiden. Er kunnen zich toch situaties voordoen, dat de verloskundigen in het belang van de moeder en/of het kind, moet verwijzen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, ook al is dit ziekenhuis niet gecontracteerd. In deze situatie is er toch sprake van acute zorg? Graag vernemen wij hierop de visie van de minister.

Het begrip "medisch noodzakelijke zorg" en de toepassing daarvan kan alleen binnen het kader van het rapport van de commissie-Klazinga. Is het juist dat dit ook de enige afspraak is die het CVZ kan maken met te contracteren instellingen? Als instellingen niet bereid zijn verliesgevende contracten af te sluiten, hoe wordt dit dan opgelost? De problematiek van de tandheelkundige zorg is door een aantal fracties aan de orde gesteld. Ik sluit mij daar namens onze fracties graag bij aan.

Met belangstelling wachten wij op het antwoord van de minister.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- het wetsvoorstel Wijziging van de Kieswet in verband met het verlenen van het kiesrecht voor de verkiezing van de leden van het Europees Parlement aan alle Nederlanders die in de Nederlandse Antillen en Aruba woonachtig zijn (31392).

De **voorzitter**: Ik heet de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van harte welkom.

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Hermans** (VVD): Voorzitter. De VVD-fractie heeft op dit punt een heel korte inbreng. Tijdens de uitvoerige behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer en twee schriftelijke ronden in de Eerste Kamer zijn forse debatten gevoerd over de manier waarop deze ommissie wordt geregeld. Wie is bevoegd om het kiesrecht voor het Europees Parlement te verlenen aan Nederlanders die ingezetenen zijn van de Nederlandse Antillen en Aruba? Met name in het nader verslag geeft de regering volgens mijn fractie een adequaat antwoord op deze vraag op basis van artikel 46. Daarin staat de regeling ten aanzien van actief en passief kiesrecht. De Nederlandse wetgever kan de toekenning van het kiesrecht beperken tot ingezetenen van Nederland, maar heeft ook de vrijheid om dit recht toe te kennen aan Nederlanders die buiten Nederland wonen. Deze mogelijkheid is gerealiseerd toen in 1985 zowel voor de Tweede Kamer als voor het Europees Parlement het actief kiesrecht werd uitgebreid tot alle Nederlanders in het buitenland.

De VVD-fractie wil hierover een aantal opmerkingen maken. In de eerste plaats stellen wij de vraag of het logisch en ook wenselijk is dat Nederlanders, ongeacht of zij kort of lang in het buitenland verblijven, actief en passief kiesrecht krijgen voor het Europees Parlement. Over deze vraag kunnen wij lang debatteren. Laat duidelijk zijn dat de VVD-fractie voor het wetsvoorstel zal stemmen. Toch ligt deze vraag wat mijn fractie betreft hierachter. In vele gevallen verblijft men al jarenlang in het buitenland. Zeker als men niet op Europees grondgebied verblijft, is het vreemd dat men dit kiesrecht krijgt.

In de tweede plaats heb ik namens de VVD-fractie een vraag gesteld in het verslag over de verandering van de LGO- en de UPG-status die nu ontstaat. De staatssecretaris verwijst hiervoor naar een brief aan de Tweede Kamer hierover. Dit lijkt mij een erg interessant punt, want als deze status gaat veranderen, is wat wij nu doen slechts van tijdelijke aard. De staatssecretaris antwoordt dat er vooralsnog niets verandert aan de status binnen de Europese Unie van de eilanden die straks in de bijzondere positie komen. Welke status onder het verdrag van de Europese Unie wenselijk c.q. mogelijk is, zal volgens de staatssecretaris onderwerp van nader overleg zijn. Met andere woorden – dit klinkt misschien wat zwaar – wij zorgen hier voor noodwetgeving, reparatiewetgeving en snelle wetgeving. Wij zouden heel principieel kunnen bezien of dit de allerbeste weg is. Het weghalen van de ommissie is echter hierbij ten principale een belangrijk element.