

11de vergadering

Woensdag 13 oktober 2004

Aanvang 10.15 uur

Voorzitter: Ten Hoopen

Tegenwoordig zijn 108 leden, te weten:

Van Aartsen, Aasted Madsen-van Stiphout, Adelmund, Albayrak, Aptroot, Arib, Van As, Azough, Van Baalen, Bakker, Baemans, Blok, Blom, Van Bochove, Van Bommel, Bos, Brinkel, Buijs, Bussemaker, Van de Camp, Cornielje, Crone, Van Dam, Depla, Dezentjé Hamming, Dijksma, Dijsselbloem, Dittrich, Douma, Duyvendak, Eerdmans, Van Egerschot, Eijsink, Ferrier, Van Fessem, Geluk, Van Gent, De Haan, Van Haersma Buma, Halsema, Van der Ham, Haverkamp, Heemskerck, Hessels, Van Heteren, Van Hijum, Hirsi Ali, Hofstra, Ten Hoopen, Huizinga-Heringa, Joldersma, Jonker, Kalsbeek, Kant, Karimi, Koomen, Koopmans, Kraneveldt, De Krom, Kruijssen, Van der Laan, Lambrechts, Luchtenveld, Mastwijk, Van Miltenburg, Mosterd, Nawijn, De Nerée tot Babberich, Noorman-den Uyl, Omtzigt, Oplaat, Örgü, Ormel, De Pater-van der Meer, Rijpstra, Rouvoet, Samsom, Slob, Smeets, Smilde, Smits, Snijder-Hazelhoff, Spies, Van der Staaij, Straub, Stuurman, Szabó, Timmer, Timmermans, Tjon-A-Ten, Tonkens, Varela, Veenendaal, Van Velzen, Vendrik, Verburg, Vergeer, Verhagen, Vietsch, Van der Vlies, Bibi de Vries, Klaas de Vries, Waalkens, Weekers, Weisglas, Wilders, Van Winsen en De Wit,

en de heren Brinkhorst, minister van Economische Zaken, Hoogervorst, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en mevrouw Van Gennip, staatssecretaris van Economische Zaken.

□

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Boelhouwer, Van Heteren en Verbeet, wegens bezigheden elders, voor de middag- en avondvergadering;

Albayrak en Timmermans, wegens bezigheden elders, voor de avondvergadering;

Koenders, wegens verblijf buitenslands, ook morgen;

Eski, wegens ziekte, ook morgen.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (29483).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter. Dit debat heeft er toch nog mogen komen, al lijkt het erop dat niet alle woordvoerders hier op tijd konden zijn. Uit het gegiechel van de drie coalitiewoordvoerders, gesecondeerd door hun fractievoorzitters, vanmorgen op de radio, kon ik opmaken dat er tevredenheid is over het eigen compromis van de huisarts. Als er reden is voor

gegiechel, sta ik meestal vooraan, maar deze keer zag ik daar wat minder aanleiding toe. Ik zal dit verderop uitleggen.

Het no-claimvoorstel van het kabinet waar wij vandaag over praten, betekent dat mensen die geen zorg hebben gebruikt, aan het einde van het kalenderjaar een bedrag oplopend tot € 250 kunnen terugkrijgen. Hier staat een premieverhoging aan het begin van het jaar van gemiddeld € 63 voor alle verzekerden tegenover. Volgens de berekening van het kabinet leidt de no claim tot een gemiddelde vermeerdering van de koopkracht van ongeveer € 20.

Over het algemene oordeel van de GroenLinks-fractie over het voorliggende wetsvoorstel kan ik kort zijn. No claim is ronduit een slecht idee en het is ten principale een verkeerde keuze. De argumenten die het kabinet ten grondslag heeft gelegd aan de no claim, namelijk het vergroten van de individuele keuzevrijheid en het verminderen van de zorgconsumptie, zijn ondeugdelijk.

De hoofdbezwaren van mijn fractie vallen in drieën uiteen. Het wetsvoorstel no claim is onrechtvaardig, ondoelmatig en onhaalbaar. Deze kwalificaties hanteren wij niet voor het eerst. Tijdens de hoorzitting over de no claim heeft Eveline Tonkens deze drie kwalificaties al voorgelegd aan alle genodigden. Twee van de drie kwalificaties werden door alle aanwezigen onderschreven. Wij staan dus niet alleen in ons negatieve oordeel.

Laat ik beginnen met de kern van onze kritiek: het wetsvoorstel is onrechtvaardig. Dit is door de minister eigenlijk zelf treffend geïllustreerd in een interview in het Dagblad Trouw van 16 augustus

Halsema

jongstleden. Hij betoogde daar dat de no claim uitdrukking geeft aan omkering van de solidariteit. Dit is een intrigerende, maar ook enigszins perverse vondst.

Kenmerk van onze georganiseerde solidariteit is namelijk dat er herverdeling van welvaart plaatsvindt vanuit de gedachte dat wie het goed heeft, wie sterke schouders heeft, kan bijdragen aan degenen die het minder goed hebben. Afhankelijk van inkomen en uitgangspositie wordt er belasting geheven, premies geïnd en herverdeelt de Staat geld, kansen en welzijn, van rijk naar arm, van kansrijk naar kansarm, van gezond naar ziek. Daar stoelt onze verzorgingsstaat op en daar stoelt ± zij het steeds minder ± ook politieke consensus op.

Blijkens dit interview wil de minister daar nu vanaf, althans in de gezondheidszorg. Hij zegt in Trouw dat het een vorm van omgekeerde solidariteit is dat de chronisch zieken helpen om het gezondheidszorgsysteem in stand te houden. Het zijn namelijk de gezonden, zegt hij, die al zoveel betalen. Omkering van de solidariteit. Dit betekent zoveel als tegen de bijstandsgerechtigde zeggen dat zijn uitkering wordt verlaagd ter verhoging van het wachtgeld van de minister, omdat die het ook zo zwaar heeft. Het is alsof tegen de vakkenvuller van Albert Heijn wordt gezegd dat zijn inkomen naar beneden gaat ten gunste van de bonus van de topondernemer omdat die ook hard werkt.

Toegepast op de gezondheidszorg betoogt minister Hoogervorst dat het terecht is dat chronisch zieken de kosten van de no claim betalen ten gunste van een gemiddeld douceurtje van € 20 voor mensen die niets of veel minder onder de leden hebben. Mijn fractie vindt dat ronduit onrechtvaardig. Ten eerste laten mensen zich niet vangen in statistische gemiddelden. In de gezondheidszorg kennen wij gezonde mensen, minder gezonde mensen, een beetje zieke mensen, meer zieke mensen en ernstig zieke mensen. Het gemiddelde voordeel dat minister Hoogervorst claimt als resultaat van zijn wetsvoorstel kan niet verhullen dat de meeste mensen slechter worden van de no claim. De no claim is uiteindelijk een grootscheepse bezuinigingsoperatie die niet het oogmerk heeft van financieel voordeel voor gemiddelde mensen.

Achter de aantrekkelijke retoriek van de autoverzekering gaat schuil dat het kabinet ervan uitgaat dat het aantal mensen dat er beter van wordt veel kleiner is dan de groep mensen die er financieel nadeel van ondervindt. De crux van het wetsvoorstel is dat het nadeel groter wordt naarmate men vaker of ernstiger ziek is, terwijl gezond zijn wordt beloond.

Omkering van de solidariteit is onrechtvaardig in het algemeen, maar in de gezondheidszorg in het bijzonder door het ontbreken van vrije, individuele keuze. Mensen die ziek zijn, zeker mensen die chronisch ziek of gehandicapt zijn, door ouderdom last hebben van meer gebreken of door arbeidsongeschiktheid vaak naar de arts moeten, hebben geen vrije keuze. Zij zijn voor hun bestaan afhankelijk van goede en drempelloze gezondheidszorg. Voor een reumapatiënt, een diabetespatiënt of iemand die geïnfecteerd is met het HIV-virus is het geen lolletje om een abonnement te hebben op specialistische zorg. Dat is een bittere noodzaak.

De heer **Bakker** (D66): Mevrouw Halsema spreekt over consensus. In alle discussies van de afgelopen weken gaat het veelal over consensus. Hoe kijkt zij aan tegen het SER-advies, waar GroenLinks over het algemeen zoveel waarde aan hecht, van vier jaar geleden waarin unaniem, ook door de vakbeweging, werd vastgesteld dat het goed was om per verzekerde een eigen risico van € 200 in te voeren. Zoals bekend, is de no-claimregeling een vervanging van dat eigen risico. Was mevrouw Halsema daar destijds ook al tegen? Was de hele SER gek geworden of had zij toen wel enige waardering voor het idee?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het feit dat de fractie van GroenLinks hecht aan sociaal overleg, anders dan D66, wil niet zeggen dat zij het altijd met de uitkomst eens is. Zij erkent in dezen het politiek primaat. GroenLinks is geen voorstander van eigen bijdragen en eigen risico. Het is ondoelmatig omdat het niet leidt tot vermindering van zorggebruik maar wel het gevaar herbergt van zorgmijndend gedrag hetgeen uiteindelijk zelfs kan leiden tot meer in plaats van minder zorgkosten.

De heer **Bakker** (D66): Bent u wel

voorstander van vraagsturing, van een zorgstelsel waarin de patiënt samen met de verzekerde toegang heeft tot de dokter in plaats van het volledig gecentraliseerde systeem dat wij tot dusver kennen en waarmee wij geen van allen blij zijn?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): U weet dat wij voorstander zijn van vraagsturing. De aanbodssturing van de afgelopen jaren, ook onder minister Borst, heeft de gezondheidszorg niet altijd goed gedaan, zeker niet met die plafonds. De gezondheidszorg moet echter wel drempelloos en toegankelijk blijven, met name voor mensen met lage inkomens en een gebrekkige gezondheid.

De heer **Bakker** (D66): Naar uw mening moet gezondheidszorg, ongeacht gebruik en prikkels, dus in alle gevallen voor iedereen gratis zijn?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Wij zijn groot voorstander van een stelsel van inkomensafhankelijke premies. Wij gaan bij de bijdrage aan de gezondheidszorg dus uit van inkomen en positie van mensen. Wij maken ons met u grote zorgen over de stijgende zorgkosten. Anders dan u denken wij echter niet dat de oplossing schuilt in de privatisering van de zorgkosten, zoals wordt voorgestaan door het kabinet. Daarmee worden de kosten in de zorg niet verminderd, maar worden deze voornamelijk gelegd bij de mensen die het meeste gebruik maken van zorg. Wij vinden dat onrechtvaardig. De aandacht moet juist gericht worden op het teveel aan bureaucratie; daarvoor moeten oplossingen worden gezocht, zoals het vereenvoudigen van de procedures in de zorg. De gezondheidszorg moet juist op die manier goedkoper worden gemaakt.

De heer **Nawijn** (LPF): U noemt een aantal schrijnende gevallen in de gezondheidszorg. Ik ga daarin helemaal met u mee. Kunt u evenwel eens concreet aangeven op welke punten door de no-claimregeling de mensen die ziek zijn en zorg behoeven erop achteruitgaan, los van de idealistische achtergronden?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik ben blij dat u mij in de gelegenheid stelt om daarover uit te wijden. De

Halsema

no claim gaat gepaard met een premieverhoging van gemiddeld € 63. Die moet betaald worden door de chronisch zieken en gehandicapten die niet in aanmerking komen voor de teruggave aan het einde van het jaar simpelweg omdat zij te veel zorgkosten maken. Uit de cijfers die gisteren door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Kamer overhandigd zijn, blijkt dat bijna de helft van die groep ten minste een koopkrachtverlies van 1% tegemoet kan zien, oplopend tot een koopkrachtverlies van meer dan 3%. Vindt u dat rechtvaardig?

De heer **Nawijn** (LPF): Het is duidelijk dat dat de nadelige gevallen zijn. U hoeft niet steeds de moeilijke situatie van chronisch zieken te schetsen, want dat punt gaat ons ook aan het hart. U noemt nu de verhoging van de premie, het niet in aanmerking komen voor teruggave en de koopkrachtachteruitgang. Dat zijn de punten die u noemt.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik wil dat koopkrachtverlies niet bagatelliseren, zeker niet in deze tijd en zeker niet als het gaat om chronisch zieken en gehandicapten. Zij hebben vaak heel lage inkomens en krijgen met allerlei tegenvallers te maken. Er kan niet zomaar gezegd worden dat het maar een klein aspect van de no claim is. Bovendien betwist GroenLinks het mechanisme dat schuilgaat achter de no claim. Mijn fractie ervaart dat als zeer onrechtvaardig omdat daarmee simpelweg wordt gesteld: naarmate iemand zieker wordt, wordt het financiële voordeel kleiner en als iemand gezond is, heeft hij meer kans om geld terug te krijgen. Minister Hoogervorst heeft dit punt treffend verwoord toen hij zei dat het gaat om omkering van de solidariteit. GroenLinks acht die onwenselijk.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik ben het er mee eens dat het koopkrachtverlies voor de genoemde groepen ernstig is. Dat wilde ik even van u horen.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): In dat geval neem ik aan dat dit wetsvoorstel ook voor de LPF-fractie onacceptabel is.

Als iemand reuma heeft, diabetespatiënt is of HIV heeft, dan is het geen lolletje om een abonnement te hebben op specialistische zorg. Dat is dan een bittere noodzaak. Naar het

oordeel van de GroenLinks-fractie is het dan ronduit zuur als de minister zegt dat mensen zuiniger moeten zijn in hun zorgconsumptie. Het kan geen nieuws zijn dat veel chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met lage inkomens, die afhankelijk zijn van de gezondheidszorg, dikwijls ervan dromen dat zij minder zorg nodig hebben. Zij dromen van een bestaan zonder doktoren, zonder terugkerend ziekenhuisbezoek en zonder de terugkerende gang naar de apotheek. Dat geldt ook voor mensen die plotseling getroffen worden door ernstige ziekte. Het moge uit het interruptiedebat zo-even met de heer Nawijn duidelijk zijn geworden dat voor ons veel pijn zit in de effecten die het wetsvoorstel heeft, met name voor mensen die ziek zijn. Samen met de fracties van de PvdA, de SP en de ChristenUnie heb ik een amendement ingediend. Ik excuseer mij voor het feit dat het amendement nog niet verspreid is. Wij hebben het gisteren definitief ingediend bij het Bureau wetgeving, dus ik neem aan dat het elk moment verspreid kan worden. Wij hechten zwaar aan dit amendement. Het beoogt namelijk de meest negatieve effecten van de no-claimregeling voor chronisch zieken, voor gehandicapten, voor ouderen en arbeidsongeschikten met hoge zorgkosten te repareren. Terwijl deze groepen naar ons idee nooit de mogelijkheid krijgen om aan het einde van het jaar de no-claim-teruggaaf te incasseren, worden zij door het amendement in de gelegenheid gesteld om via de inkomstenbelasting de premieverhoging terug te vragen. Daarmee repareren wij het koopkrachtverlies dat volgens de gegevens van Sociale Zaken voor bijna de helft van de groep 1% bedraagt en die voor mensen met een lager inkomen zelfs kan oplopen tot 3%. Overigens wil ik graag van de minister een reactie op de cijfers die gisteren gepresenteerd zijn door Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Mevrouw Halsema weet dat het de bedoeling is om de Wet op de zorgtoeslag per 1 januari 2006 gelijk met de Zorgverzekeringswet in te voeren. Komt dat enigszins overeen met wat zij voorstelt of niet?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Nee. Nog afgezien van de vraag of de zorgtoeslag toereikend zal zijn ±

dat is nog helemaal te bezien, te meer daar deze waarschijnlijk zal uitgaan van genormeerde zorgkosten en niet van de reële ± is wat wij voorstellen in lijn met het reeds bestaande ziekenforfait. Wij zeggen dat mensen die volgens de normen van de inkomstenbelasting in aanmerking komen voor het chronischziekenforfait ook in aanmerking moeten komen voor teruggave van de premieverhoging. Ik doe natuurlijk met name een appel op de CDA-fractie om heel goed naar dit amendement te kijken. Van haar weet ik immers dat zij chronisch zieken en gehandicapten altijd een warm hart heeft toegedragen en dat zij zich ook uiterste zorgen maakt over het koopkrachtverlies, met name voor de mensen die het al moeilijk hebben. Het interessante aan het amendement is namelijk dat het budgetneutraal is. Daar zult u ook zeer gevoelig voor zijn. Het betekent wel ± als ik dit even mag afronden ± dat de premie nog enkele euro's verhoogd zal worden, met name voor de incidenteel zieken en de gezonden, om de teruggave voor chronisch zieken en gehandicapten mogelijk te maken. Daarmee repareren wij enigszins de teloorgang van de solidariteit die een effect is van de no-claimregeling.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik wil niet te ver in de techniek van het amendement duiken dat wij nog onder ogen moeten krijgen, maar ik heb een vraag ter verheldering. De zorg van mijn fractie gaat uit naar dezelfde doelgroepen, dat is helder. Zou uw voorstel kunnen leiden tot een negatieve belastingaanslag? Immers, niet iedereen heeft een inkomen en betaalt inkomstenbelasting. Stel je bent van een uitkering afhankelijk, dan zit je in een heel andere situatie. Zou uw voorstel via de verzilveringstechniek die wij vorig jaar hebben geïntroduceerd, kunnen leiden tot een negatieve belastingaanslag?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ja, precies. Daar komt het op neer. Middels de verzilveringsregeling ± dat wordt allemaal technisch en erg ingewikkeld ± zorgen wij er ook voor dat mensen die geen inkomsten hebben wel in staat worden gesteld om de premieverhoging via de inkomstenbelasting terug te vragen.

De heer **Nawijn** (LPF): Wij hebben

Halsema

het amendement nog niet, daarom vraag ik het maar aan u. Mijn vraag betreft de chronisch zieken waar u het over hebt. Geldt de belastingaftrek voor alle chronisch zieken of wordt er onderscheid gemaakt naar inkomen? De ene chronisch zieke zit immers op de laagste rand van de inkomens, terwijl anderen een modaal of hoger inkomen hebben.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Wij hebben ziek en gezond en de solidariteit daartussen als uitgangspunt genomen. Ik moet het zelf ook even goed controleren. Wij hanteren overigens de definitie van chronisch ziek en gehandicapt die de regering ook hanteert. Wij introduceren dus geen nieuwe onderscheiden. Het amendement stelt dat mensen die in aanmerking komen voor het ziekenforfait ook in aanmerking komen voor teruggave van de premieverhoging. De simpele gedachte daarachter is dat premieverhoging niet rechtvaardig is voor mensen die zo afhankelijk zijn van de gezondheidszorg en op wie financiële prikkels niet van toepassing kunnen en mogen zijn omdat zij geen vrije keuze hebben.

Als minister Hoogervorst in het genoemde interview in Trouw zegt dat het niet de bedoeling is om de chronisch zieken te pakken ± dat waren zijn woorden ± dan is het volgens mij niet meer dan logisch dat voor hen geen oneigenlijke financiële drempels worden opgeworpen voor zorggebruik. Zij moeten ook niet de prijs gaan betalen voor de onnodige zorgconsumptie, als die al bestaat, van gezonde of incidenteel zieke mensen. Uitsluiting van deze groep mensen uit de no-claimregeling is niet alleen rechtvaardig, maar ook doelmatig. De financiële prikkels die het wetsvoorstel beoogt te introduceren, hebben namelijk geen effect op mensen die niet kunnen variëren in hun zorggebruik en die niet vrij zijn in hun aanspraken op de zorg. De regeling vergroot wel het gevaar dat mensen die wel zorg nodig hebben zorg gaan mijden.

Het wetsvoorstel bevat een onopgeloste paradox en daar wil ik een reactie op van de minister. De minister zegt dat er dankzij de no-claimregeling geen financiële drempels worden opgeworpen voor zorggebruik omdat, anders dan bij het eigen risico, mensen niet direct aan het begin van het jaar worden

geconfronteerd met een geweldige verhoging. Zij merken pas aan het eind van het jaar wat zij terugkrijgen. Tegelijkertijd veronderstelt de minister wel een financieel effect. Dat kan niet allebei waar zijn. Het kan niet zo zijn dat mensen om financiële redenen zuiniger omgaan met hun zorggebruik en tegelijkertijd geen financiële drempels ervaren. Dat kan volgens mij niet goed naast elkaar bestaan. Ik wil daar uitleg over.

Vergroting van de individuele verantwoordelijkheid is het parool van het kabinet. De vraag is om wiens verantwoordelijkheid het hier eigenlijk gaat. Gaat het om de verantwoordelijkheid van de aanstellers? Een krant kopte dat de regeling beoogt een einde te maken aan de aanstelleritis. Minister Hoogervorst gaf daarvan een voorbeeld in het interview in Trouw. Hij zei dat men bij het Europees kampioenschap voetbal het ziekteverzuim omhoog ziet gaan. Ik vind dat voorbeeld weinig overtuigend. Hij heeft vast gelijk. Ik kan mij voorstellen dat er mensen zijn die plotseling een grote verkoudheid voorwenden om naar een wedstrijd te kunnen kijken. Dat zijn echter niet de mensen die gebruikmaken van de zorg. Dat zijn mensen die gewoon een dagje thuisblijven.

Uit onderzoek blijkt dat 4% van de mensen na afloop van een bezoek aan de huisarts zegt dat het bezoek eigenlijk onnodig was. Ik raak niet ondersteboven van dat percentage. Ik vind het eigenlijk nogal laag. Bovendien is niet gezegd dat het bezoek van de huisarts daadwerkelijk onnodig was. Wij kennen allemaal de situatie dat wij denken dat wij iets onder de leden hebben en dat wij ons daar zorgen over maken. Wij gaan dan naar de huisarts en die zegt dat het niets is en dat het wel meevalt. Wij gaan dan weer gerust naar huis. Dat wil niet zeggen dat het bezoek onnodig was. Je kunt misschien achteraf zeggen dat het onnodig was, maar je bent wel gerustgesteld. Die 4% kan dus worden gerelativeerd.

Het voorbeeld dat ik geef over het zogenaamde onnodige huisartsbezoek, tekent wel het belang van de huisarts in ons Nederlandse zorgsysteem. Laat ik maar bekennen dat het voor mijn fractie vanaf het begin heilloos is geweest om de huisarts op te nemen in de no claim. Niet alleen vindt mijn fractie het

onrechtvaardig dat drempels worden opgeworpen voor het huisartsenbezoek; zij vindt het ook uitermate ondoelmatig. Iedereen, ook de minister, zegt dat de huisarts een belangrijke poortwachter is bij doorverwijzing. Hij is eigenlijk de controleur op onnodig gebruik.

De **voorzitter**: Hoeveel tijd hebt u nog nodig? U hebt ingetekend voor tien minuten. U hebt uw spreektijd al met vier minuten overschreden.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter. Eerlijk gezegd, vind ik dat niet echt schokkend. Dit is een wetsbehandeling. Ik zal in ieder geval niet nog uren praten, al moet ik bekennen dat ik voor de behandeling van het wetsvoorstel heb overwogen om te gaan "filibusteren" door vier dagen te praten, zodat de deadline voor de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel niet wordt gehaald. Als uitermate consciëntieus parlementariër doe ik dat niet. Ik heb nog vijf minuten nodig.

Opname van de huisarts in de no claim is onrechtvaardig en uitermate ondoelmatig. Laat ik dan ook beginnen met de heer Buijs van de CDA-fractie een compliment te maken. Tussen het gegiechel door werd vanmorgen op de radio duidelijk dat de heer Buijs het pleit gewonnen heeft en dat hij erin is geslaagd om de huisarts ook voor de avond-, nacht- en weekenddiensten buiten de no-claimregeling te plaatsen. Ik begrijp dat de heer Buijs dit nu gaat relativeren omdat het uitermate kwetsbare coalitiecompromis niet verder onder druk mag worden gezet.

De heer **Buijs** (CDA): Hoe raadt u het? In ieder geval beschouw ik het als een compliment aan de coalitie die lang heeft gezocht naar een oplossing. U zult in ons amendement lezen welke oplossing wij hebben gevonden. De echte winnaar is in mijn ogen de patiënt.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Zoals u misschien verwacht van mij als lid van de parlementaire oppositie, hebben de complimenten die ik geef dikwijls een zwart randje. Dat is ook nu het geval. U zegt dat de patiënt uiteindelijk de winnaar is, maar dat valt nog te bezien. Wij kennen het amendement van de coalitie nog niet. Hoe goed het ook is dat de huisarts buiten de



De heer Buijs (CDA)

© M. Sablerolle ± Gouda

no-claimregeling wordt geplaatst en hoe belangrijk dat ook is om de kosten in de zorg beheersbaar te houden, als de dekking er inderdaad zo uitziet als tot dusver in de media beschreven, dan is het een sigaar uit eigen doos, om het maar eens in goed Haags jargon te zeggen. Huisartsen moeten het namelijk zelf gaan betalen. Laten wij wel wezen: de patiënten zijn daarvan uiteindelijk de dupe. De huisartsen hebben het namelijk niet gemakkelijk in dit land. Er zijn grote tekorten, er zijn wachttijden, er zijn grote problemen. Verdere kortingen, bezuinigingen op het huisartsenbudget zijn dus volstrekt ondoenlijk voor de huisartsen. Als de minister daarop bezuinigt, bijt hij in zijn eigen staart. Juist als men van mening is dat toegang tot de huisarts moet zijn gewaarborgd, moet het huisartsenbudget niet worden gekort. Daarmee wordt namelijk de drempelloze toegang tot de huisarts in gevaar gebracht. Bovendien is het niet de enige dekking die wordt gezocht; de tweede dekking moet voortkomen uit de oplopende premies. Ik vind dat wrang. Wat moet ik anders zeggen? Het maakt de onmogelijkheid en de onrechtvaardigheid van de gehele no-claimregeling eens te meer zichtbaar. Wat is er namelijk aan de hand? De mensen die bij uitstek gebruikmaken van de huisarts, zijn de incidentele gebruikers van de

gezondheidszorg. Chronisch zieken, ernstig zieken en gehandicapten zijn natuurlijk in veel grotere mate aangewezen op specialistische hulp, op ziekenhuishulp. Het buiten de no-claimregeling houden van de huisarts met behulp van een oplopende premie betekent dat met name de chronisch zieken en gehandicapten de kosten daarvoor dragen. De premie die zij moeten betalen, wordt namelijk verhoogd als mijn amendement niet wordt aangenomen.

De **voorzitter**: Ik geef kort het woord aan de heer Buijs, want het amendement is nog niet in de Kamer. Wij kunnen er dus eigenlijk niet concreet over spreken.

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil toch even een rectificatie geven, voorzitter, want anders blijft dit onduidelijk. Ik ben het eens met de woorden van mevrouw Halsema over de positie van de huisarts, maar het is niet waar dat de huisarts die 4% straks zelf zal moeten betalen. Ik zal dit zo dadelijk toelichten.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik wil voor het vervolg van mijn betoog eigenlijk wel weten hoe het dan wel betaald zal worden, want dan zou er een gat in uw begroting ontstaan.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie):

Even een punt van orde, voorzitter. U zei zojuist dat wij niet goed over het amendement kunnen spreken omdat het nog niet is rondgedeeld, maar dat maakt het natuurlijk nog moeilijker om dit debat te voeren, nu er gisteren van alles in de publiciteit is gekomen. Het debat was op verzoek van de coalitiefracties uitgesteld en het lijkt mij dat wij in deze eerste termijn wel degelijk over dat amendement moeten kunnen spreken. Het is behelpen omdat het er nog niet ligt, ik erken het, maar het zou niet zinnig zijn om dat amendement buiten bespreking te laten, omdat het eigenlijk al een vaststaand besluit is.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik sluit mij bij deze opmerking aan, voorzitter. Ik merk dat ik nu moet speculeren over een amendement van de coalitie en over de financiering ervan. Ik zou graag na een schorsing mijn betoog vervolgen en ik ga ervan uit dat u het mij dan niet kwalijk zal nemen als ik nog een paar minuten extra nodig heb als ik eenmaal weet hoe het amendement wordt gefinancierd.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik begrijp het probleem en het is jammer dat zowel het amendement van mevrouw Halsema als dat van mij nog niet beschikbaar is. Ik bied haar aan, in mijn betoog uitdrukkelijk in te gaan op de inhoud van mijn amendement. Zij kan mij dan daarover de vragen stellen die zij nog heeft.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat het amendement van mevrouw Halsema in gewijzigde vorm inmiddels wordt rondgedeeld. Ik ga ervan uit dat het amendement van de heer Buijs beschikbaar zal zijn als hij aan het woord komt. Laten wij het dan op die manier bespreken.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter. Er is nog geen besluit genomen over mijn voorstel van orde. Ik verzoek u om een schorsing van tien minuten om het amendement te kunnen lezen.

De **voorzitter**: Het lijkt mij beter om het debat voort te zetten, want er komt ook nog een tweede termijn. En ik heb van de heer Buijs begrepen dat zijn amendement beschikbaar zal zijn als hij aan het woord komt.

Halsema

De heer **Nawijn** (LPF): Voorzitter. Mevrouw Halsema legt de nadruk op de solidariteit en uiteraard moeten de maatregelen betaald worden. Vindt zij nu dat het de goede kant op gaat met de solidariteit als haar amendement wordt aangenomen, of ziet zij dan nog steeds problemen op dit punt?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat laatste is juist. Om een aantal redenen vinden wij de no-claimmaatregel geen goed voorstel, wij vinden het onrechtvaardig. Met ons amendement wordt de ergste onrechtvaardigheid weggenomen, maar het neemt niet weg dat het mechanisme van "ziek betaalt voor gezond" in stand blijft. Maar wij vinden de maatregel ook ondoelmatig, want wij geloven niet dat de zorgconsumptie door de introductie van no claim zal verminderen. Sterker nog, wij denken dat dit wel eens zou kunnen leiden tot hogere kosten van de zorg. Bovendien kan er zorgmijdend gedrag door ontstaan, wat wij om menselijke en om financiële redenen uitermate ongewenst vinden. Wij beschouwen het wetsvoorstel ook als onhaalbaar.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik begrijp waarom u al die argumenten aanvoert, maar die hebben niets met solidariteit te maken.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Nee, maar het ontbreken van solidariteit in het wetsvoorstel \pm de bestaande solidariteit wordt zelfs afgebroken \pm is voor ons een reden om tegen het wetsvoorstel te stemmen. Dat wilde u waarschijnlijk horen. Aangezien wij weten dat het wetsvoorstel op een meerderheid kan rekenen omdat de coalitie het steunt, willen wij met een amendement proberen om de meest schrijnende effecten weg te nemen.

Ik keer terug naar de stelling van het kabinet dat door de introductie van financiële prikkels de individuele verantwoordelijkheid van de zorggebruikers wordt vergroot, wat zou leiden tot verminderde zorgconsumptie. Wij bestrijden eigenlijk die stelling. Ook gezonde, incidenteel zieke mensen hebben hun zorgkosten niet in de hand. Wij zijn niet de enige die daarop wijzen. Ook de Raad van State heeft er in zijn advies op gewezen. Wij vinden dat de regering daarop onvoldoende is ingegaan. Wij vinden het eerlijk

gezegd nogal wild dat minister Hoogervorst al een forse bezuiniging inboekt op basis van de gedachte dat de zorgconsumptie zal verminderen. Er is sprake van een vermeend volume-effect van 190 mln, terwijl onduidelijk is en door velen bestreden wordt dat de consumptie van zorg zal verminderen. Mijn vraag aan de regering is de volgende. Als geen vermindering optreedt van de zorgconsumptie, hoe zal de minister dan toch zijn geplande bezuiniging inboeken? Leidt dit dan tot een verdergaande premieverhoging?

Ik heb al een paar keer gezegd dat het voorstel wel degelijk het risico in zich draagt van het gaan mijden van de nodige zorg. Op termijn \pm en dat is ook een argument van doelmatigheid \pm kan dit leiden tot hogere zorgkosten. Wij kennen allemaal de redenering dat niet naar de huisarts gaan en een bezoek uitstellen kan leiden tot het optreden van complicaties, waardoor mensen later worden geconfronteerd met veel hogere zorgkosten. Ik wil dat de regering daarbij nog eens stilstaat.

De kosten in de zorg dienen verminderd te worden, maar wij vinden dat veel meer de nadruk moet worden gelegd op het verminderen van de kosten bij de aanbieders van zorg. In het rapport van de heer Bakker van TPG staan een aantal voorstellen waarnaar naar onze mening veel grondiger moet worden gekeken.

Naar onze mening is het wetsvoorstel ondoelmatig. De financiële prikkels die met de no-claimteruggaaf worden geïntroduceerd, zijn ongewis of werken niet, terwijl er een reëel risico is van zorg mijden waardoor de kosten van de zorg oplopen.

Het wetsvoorstel is voor ons niet alleen onrechtvaardig en ondoelmatig. Wij beschouwen het wetsvoorstel ook als onhaalbaar. Ook daarin zijn wij niet de enige. Zorgverzekeraars hebben er bijvoorbeeld op gewezen dat voor 15 oktober een besluit moet zijn gevallen. Minister Hoogervorst heeft daarvan gemaakt dat de Tweede Kamer een besluit moet hebben genomen voor 15 oktober. Nu lijkt het mij dat het moet gaan om een besluit van de Tweede en Eerste Kamer. Dat lijkt mij voor 15 oktober al niet meer haalbaar. Nog los daarvan dreigt er per 1 januari een administratieve chaos. Velen hebben daar al op gewezen. Bovendien wordt naar de mening

van velen de administratieve lastenverzwaring die het effect is van deze wet, door de minister onderschat. Ik hoop dat de minister in zijn eerste termijn daar nog eens uitgebreid bij stilstaat.

Een groot aantal organisaties heeft hier gisteren geprotesteerd onder de slogan "No claim? No way!". En ik zal dat zo meteen vertalen, mijnheer Bakker. Het zal niet verbazen dat mijn fractie in volle overtuiging achter het protest van al die organisaties staat. In goed Nederlands zeg ik: voor ons is de no claim geen begaanbare weg; het is een dwaalspoor waarvan ik hoop dat de regering en de coalitiepartijen zullen terugkeren.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat het amendement van de heer Buijs is rondgedeeld, zodat wij dat kunnen bespreken. Ik maak mevrouw Halsema erop attent dat haar amendement er nog niet is, omdat er nog enige wijziging nodig is.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het amendement is er wel. Het is ook juist rondgedeeld. De twee namen die ik niet kon vinden, staan aan de achterkant.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat het in het kader van technische zaken nog niet is rondgedeeld. Maar goed, het gaat erom dat het amendement er komt, zodat het onderwerp van bespreking kan zijn.

De heer **Bakker** (D66): Is er in de achterkamertjes over dat amendement overlegd?

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het is rondgezonden voor medeondertekening en het staat open voor verdere ondertekening.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik zal eerst iets citeren: "Het kabinet staat voor een delicate afweging. Enerzijds is er de noodzaak de autonome opwaartse druk op de kosten van de volksgezondheid af te remmen. Daartoe kan het versterken van de eigen verantwoordelijkheid van verzekeren bij het gebruik maken van medische voorzieningen een instrument zijn. Anderzijds dienen de toegankelijkheid tot de zorg en solidariteit bij de financiering gewaarborgd te blijven." Zo begint het advies van de Raad van State die

Buijs

daarmee onderkent dat verschillende factoren een rol spelen bij de beoordeling van dit wetsvoorstel: in de eerste plaats kostenbeheersing, in de tweede plaats doelmatigheid en in de derde plaats toegankelijkheid van de zorg. Dat zijn drie criteria die mijn fractie hanteert bij de beoordeling van dit wetsvoorstel. Ik zal eerst ingaan op de nu gekozen no-claimregeling in algemene zin. Daarna zal ik onderbouwen waarom de huisartsfunctie mede in het kader van de toegankelijkheid niet dient te worden meegenomen in deze no-claimregeling.

In het hoofdlijnenakkoord werd overeengekomen dat er een verplicht eigen risico wordt ingevoerd van € 200. Later werd dit verhoogd tot € 250 als gevolg van het debat over de pakketmaatregelen. Achteraf is berekend dat deze verhoging ten minste 200 mln euro meer opbrengt dan nodig was. De minister schrijft dat ook in de nota naar aanleiding van het verslag. Die 200 mln zijn nodig om te voorkomen dat er op andere terreinen binnen de zorg voor hetzelfde bedrag aan bezuinigingen zou moeten worden doorgevoerd. Ik zal maar een einde maken aan de discussie: mijn fractie kan zich vinden in dit argument, maar zij heeft nog wel een vraag over dat bedrag van 200 mln euro. Op welke terreinen is deze opbrengst ingezet? Welke terreinen hebben gezorgd voor de tekorten waarvoor die 200 mln is ingezet? Graag een toelichting in de termijn van de minister. Kan dat niet nu, dan mag het wat mij betreft ook bij de behandeling van de begroting.

Niet langer wordt een verplicht eigen risico gehanteerd van € 250. Er is nu sprake van een no-claimregeling die een bijdrage verlangt van elke ziekenfondsverzekerde. Het gaat om een bedrag van € 63 op jaarbasis, te voldoen in maandelijkse termijnen. De CDA-fractie kan akkoord gaan met deze systematiek als vervanging voor het verplichte eigen risico, omdat deze regeling de liquiditeit van de verzekerden en de chronisch zieken minder in gevaar brengt dan het verplichte eigen risico. Ten tweede zadelt deze systematiek de chronisch zieken ofwel degenen die veel gebruik maken van zorg niet op met € 250 per jaar, maar met € 63. Dat is een aanzienlijk verschil. Naar onze mening tast deze regeling de solidariteit minder aan dan een

verplicht eigen risico van € 250. Dat is overigens uit een oogpunt van kostenbeheersing noodzakelijk.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U kunt volgens mij wel rekenen. Het maakt totaal niet uit of je de no claim vooruit betaalt of uiteindelijk iets terugkrijgt. Het verschil tussen ziek zijn of gezond zijn, is in beide gevallen € 255. Gezonde mensen krijgen € 255 terug. Zieken krijgen dat bedrag niet terug. Er is dus een verschil gecreëerd. Het maakt niet uit of je het vooruit betaalt of achteraf terugkrijgt. Dat kun je bij een verzekeraar ook nog via gespreide betaling regelen. De solidariteit wordt dus wel aangetast. U zegt dat het toch een goede regeling is. Geeft u eens drie voorbeelden van onnodige zorg die door deze no-claimregeling teruggedrongen worden?

De heer **Buijs** (CDA): Het eerste voorbeeld is het oneigenlijke gebruik van de spoedeisende hulp voor de huisartsfunctie. Ik kom daar dadelijk nog op terug. Bij een gebrek aan huisartsen wordt de spoedeisende hulp veelvuldig gebruikt voor de huisartsfunctie. Dat is een ongewenste situatie omdat die hulp veel duurder is. Bovendien ben ik van mening dat de huisarts als familiedokter beter in staat is om die klachten te beoordelen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat is het eerste voorbeeld. Als u vindt dat de huisarts zo'n belangrijke en bereikbare functie moet zijn, moet u niet bezuinigen op die huisarts. Dan moet u er juist voor zorgen dat de huisarts extra middelen krijgt en beter bereikbaar wordt. Uw amendement leidt tot een taakstelling voor de bezuiniging, dus u keert hiermee een enorme sigaar uit eigen doos uit. Welke twee andere voorbeelden van onnodige zorg zijn er, die als gevolg van de no claim teruggedrongen zullen worden?

De heer **Buijs** (CDA): Ik zal later in mijn betoog uitgebreid op de positie van de huisarts terugkomen en dan ook nog een aantal andere voorbeelden noemen, als u dat wilt.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik heb het juist niet over de huisarts. Het gaat erom dat u dit een goed wetsvoorstel vindt. Geeft u dan eens twee andere voorbeelden.

De heer **Buijs** (CDA): Ik begrijp dat u doelt op voorbeelden in het kader van onnodig gebruik. Ik wil die wel noemen, maar dan komt toch weer de huisarts ter sprake. U maakt nu enigszins een rommeltje van mijn betoog dat ik juist zo keurig had opgebouwd.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Dat komt omdat het een rommelig wetsvoorstel is.

De heer **Buijs** (CDA): Laat ik een voorbeeld noemen. Op dit moment loopt een uitgebreide discussie over taakherschikking in de zorg door middel van de inzet van praktijkondersteuning, praktijkverpleegkundigen en noem maar op. Die zorgverlener kan heel eenvoudig zelf bloeddruk controleren, suikerpatiënten prikken e.d., waardoor een bezoek aan de huisarts kan worden voorkomen. Door taakherschikking kan dus onnodig gebruik van de huisarts worden voorkomen. Ik kan meer van dit soort voorbeelden noemen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het gaat om...

De **voorzitter**: Dit is de laatste keer, mijnheer Heemskerk, want u stelt drie keer dezelfde vraag.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar ik krijg drie keer geen antwoord. Mijn vraag is: vallen die ondersteunende taken in de huisartspraktijk nu binnen of buiten de no claim? Volgens mij zorgt u er juist voor dat die taken buiten de no claim blijven, dus ook hier treedt niet het effect op van het remmen van onnodige zorgvraag.

De heer **Buijs** (CDA): Daarover verschillen wij van mening. Ik benadruk nog eens dat dit wetsvoorstel twee doelstellingen heeft: aan de ene kant kostenbeheersing, dus het tegengaan van de opwaartse druk waar de Raad van State over heeft gesproken, aan de andere kant tegengaan van onnodige zorgvraag. Ik ken ook het rapport "Gepast gebruik" van de Raad voor de Volksgezondheid en zorg, maar uit bijvoorbeeld NIVEL-onderzoek blijkt dat er 4% onnodig gebruik van de huisarts wordt gemaakt. Of dat helemaal terecht is, is een tweede, maar ik heb een aantal voorbeelden gegeven op basis waarvan ik denk

Buijs

dat wij doelmatiger met de functie van de huisarts om kunnen gaan. Op de stelling dat de huisarts 4% zou inleveren, ben ik al eerder bij mevrouw Halsema ingegaan. Het gaat om een inspanningsverplichting voor verzekeraar en huisarts om bijvoorbeeld door taakherschikking of het maken van afspraken over herhaalconsulten en herhaalrecepten de doelmatigheid te vergroten, zonder de positie van de huisarts aan te tasten. De dekking zit ook niet in die 4%, maar in de verhoging van de nominale premie. Dat kunt u lezen in het amendement. Als die doelmatigheidsinspanning van de huisarts wordt gehaald, gaat die premie weer omlaag.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het is opvallend dat de enige voorbeelden van onnodig gebruik van de zorg die de heer Buijs kan geven, de huisarts betreffen, terwijl hij nu juist de financiële prikkel bij de huisarts weghaalt. Hij kan dus kennelijk geen voorbeelden geven van onnodige doorverwijzing na de huisarts.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb al op een vraag van de heer Heemskerck geantwoord, dat juist het rechtstreeks toegankelijk zijn van de spoedeisende hulp in plaats van het gebruiken van de huisartsfunctie naar mijn mening onnodig gebruik van de zorg is. U stelt nu wel dat ik geen voorbeelden kan geven, maar in ieder geval dit voorbeeld heb ik wel gegeven.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het wetsvoorstel, ook met uw amendement, zorgt ervoor dat mensen die doorverwezen worden naar een specialist, geconfronteerd worden met het vollopen van hun no claim. Wilt u dan eigenlijk zeggen dat huisartsen onnodig doorverwijzen naar de specialist?

De heer **Buijs** (CDA): Integendeel. U zet de wereld nu op z'n kop. Ik stel dat juist de huisarts als geen ander in staat is om samen met de patiënt te bepalen, of de no claim gebruikt kan worden in ziekenhuizen. De verwijfsfunctie, zeeffunctie of poortwachtersfunctie van de huisarts acht ik juist waardevol. U hoort mij dus niet praten over onnodige doorverwijzing naar de specialist, integendeel.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks):

Hiermee zijn wij dan bij de kern van het probleem. Als u vindt dat er geen onnodige verwijzing naar specialisten plaatsvindt \pm en ik ben dat met u eens \pm is het de vraag waarom u financiële prikkels voor patiënten introduceert om af te zien van specialistische hulp. U vindt dat de toegang tot de huisarts vrij moet zijn, maar als mensen door de huisarts worden verwezen naar de specialist, moeten ze daarvoor in uw ogen gaan betalen. Tegelijkertijd stelt u echter dat mensen altijd terecht worden doorverwezen naar de specialist. Waarom wilt u ze daarvoor dan laten betalen?

De heer **Buijs** (CDA): Misschien ben ik niet duidelijk genoeg. Ik zeg niet dat de huisarts onterecht doorverwijst. Hij kan integendeel een belangrijke rol spelen. Als een patiënt de huisarts passeert en rechtstreeks gebruik maakt van de eerste hulp, zal in het kader van deze no-claimregeling de claim snel vollopen. Als hij naar de huisarts gaat die hem doorverwijst naar de specialist, heeft hij geen keuze. Als er bijvoorbeeld sprake is van pijn op de borst, is er sprake van een terechte doorverwijzing.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Maar waarom moet een patiënt daarvoor dan betalen?

De heer **Buijs** (CDA): U snapt het gewoon niet.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dit accepteer ik niet. Mijn vraag is uitermate duidelijk. Ik begin eerlijk gezegd te denken dat de heer Buijs zijn eigen no-claimregeling niet begrijpt. Hij zadelt patiënten op met een no claim voor de specialist, maar zegt tegelijkertijd dat zij geen vrije keuze hebben. Dat is toch onrechtvaardig?

De heer **Buijs** (CDA): Moet ik daar nog even op ingaan?

De **voorzitter**: Nee, mevrouw Kant heeft het woord.

Mevrouw **Kant** (SP): U begrijpt dat ik daar nog even op doorga. Als mensen naar de eerste hulp gaan, kunnen zij inderdaad buiten de huisarts om zelf beslissen of zij naar de specialist willen. Dat is overigens ook niet helemaal waar, want als je ongerust bent, ga je natuurlijk altijd

door. Er is echter nog een zeker beïnvloeding mogelijk door de patiënt zelf. Op andere punten is dat niet het geval. Mevrouw Halsema heeft gelijk. Als een huisarts doorverwijst naar een specialist, moet een patiënt in uw redenering om financiële redenen nog een eigen afweging maken. Iemand komt met een knobbelte in de borst in de huisarts. De arts zegt dat daarvan een mammogram moet worden gemaakt. Wat voor keuze heeft die patiënt dan nog?

De heer **Buijs** (CDA): Geen.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat voor keuze iemand met kanker die chemotherapie moet ondergaan? Of iemand met een gebroken been die voor een foto naar het ziekenhuis moet? En u vindt toch dat er een financiële drempel moet komen om mensen af te remmen?

De heer **Buijs** (CDA): Laten wij er geen doekjes om winden: de eerste doelstelling van de no-claimregeling is kostenbeheersing. De tweede doelstelling is, mensen kostbewust maken en de doelmatigheid bevorderen. Bij dat laatste is de functie van de huisarts belangrijk. U hebt echter gelijk dat in uw voorbeelden de patiënt inderdaad naar het ziekenhuis moet. Dat is ook het dilemma dat de Raad van State schetst. Aan de ene kant is er het kostenaspect \pm daarvoor biedt het wetsvoorstel 1,6 mld euro \pm en aan de andere kant de doelmatigheid en eigen keuze.

Mevrouw **Kant** (SP): Welke kosten worden er dan beheerst? Het is van tweeën een. Of het werkt of het werkt niet. In het laatste geval is de maatregel dus onzinnig. In het eerste geval gaan mensen in afwijking van het advies van de huisarts niet naar het ziekenhuis om een foto of een mammogram te laten maken. Dat is toch ook in uw ogen een ongewenst effect?

De heer **Buijs** (CDA): Wij zijn het erover eens dat de huisarts gericht kan verwijzen. Ik ben begonnen met te zeggen dat er twee doelstellingen zijn die tot op zekere hoogte een dilemma vormen. In de eerste plaats kostenbeheersing en in de tweede plaats doelmatigheid en het bevorderen van kostenbewustzijn. Mensen moeten niet onnodig

Buijs

gebruik gaan maken van de zorg. Als een patiënt wordt doorverwezen door een huisarts, maakt hij niet onnodig gebruik van de zorg, maar is wel het element van de kostenbeheersing aan de orde. Dit is het geheel waar dit voorstel als het ware op stoelt, dus op de twee doelstellingen die volgens de Raad van State ook een afweging zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik constateer dat de heer Buijs niet op het dilemma ingaat en geen antwoord geeft op de vraag. Ik snap het wel, want er is namelijk geen ander antwoord op deze vraag mogelijk dan dat wij gelijk hebben. Als ik aan hem vraag of een patiënt moet afwijken van het advies van de huisarts, antwoordt hij ontkennend. Welk effect wil hij dan bereiken? Ik heb al gezegd: het is van tweeën één. Het kan werken als remgeld, ook naar de huisarts. Dan zien mensen er ondanks het advies van de huisarts van af om een borstfoto te laten maken in het ziekenhuis. Dit ongewenste effect wil de heer Buijs ook niet. Of het werkt niet en dan is de hele regeling onzinnig. Wil de heer Buijs op die stelling ingaan?

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben begonnen te zeggen dat dit een delicate afweging is. De Raad van State zegt in eerste plaats dat er meer geld moet komen om de kosten in de zorg beheersbaar te houden. De tweede doelstelling van deze wet is om het onnodig gebruik te ontmoedigen. Ik heb gezegd dat de huisarts daarbij een belangrijke rol speelt.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik denk dat wij in deze discussie langs elkaar heen praten. In het amendement van de heer Buijs wordt gesproken over onnodig gebruik van de huisarts en niet van specialisten. Daar wordt taakstellend op afgerekend. Ik snap dit niet zo goed. Als iemand door de huisarts wordt doorverwezen, zal hij toch wel door moeten gaan.

Wij spreken nu over een no-claimkorting. Ik maak een vergelijking met de autoverzekering die ook een no-claimsysteem kent. Ik ga vaak naar de garage en dan blijkt dat niet nodig te zijn, omdat ik zelf wel een lampje kan aandraaien. Die vergelijking gaat echter niet op. De heer Buijs wil het onnodig gebruik van de huisarts terug dringen, maar

verwakt dit mijns inziens met het doorverwijzen naar de specialist.

De heer **Buijs** (CDA): Ik vind de vergelijking met de autoverzekering niet zo prettig, maar het woord no claim is nu eenmaal aan dit wetsvoorstel verbonden. Er worden twee dingen door elkaar gehaald. Dit amendement is bedoeld om juist de huisarts een functie te geven in het goed begeleiden van de patiënt in het kader van de verwijzing naar de specialist. De reductie van 4% is de uitkomst van een onderzoek van het NIVEL; overigens levert een enquête onder huisartsen een hoger percentage op. Ik denk dat een kostenreductie kan worden bereikt door middel van taakherschikking en door bijvoorbeeld de inzet van praktijkondersteuning en een praktijkverpleegkundige. Die inzet is goedkoper; wij hebben berekend dat dit ongeveer een bedrag van 30 mln euro per jaar kan opleveren. Daarom willen wij dat verzekeraars en huisartsen over de taakherschikking, de inzetbaarheid, herhaalrecepten en onnodig verwijzen afspraken maken. Als die taakstelling niet wordt gehaald, zal de premieverhoging van € 5 die wij als dekking hebben opgegeven, blijven. Als de taakstelling wel wordt gehaald, is die premieverhoging niet nodig.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik probeer het betoog van de heer Buijs voor mijzelf samen te vatten. Hij spreekt over een delicate afweging tussen kostenbeheersing en kostenbewustzijn. Als ik zijn betoog en het amendement goed begrijp, zegt hij: voor het kostenbewustzijn geven wij de huisarts de ruimte om het 4% zuiniger doen. Ik vind dit op zich een bijzondere formulering, want de huisarts krijgt met minder geld meer ruimte van u. Dit is kostenbewustzijn. In antwoord op vragen van de collega's zegt de heer Buijs over de kostenbeheersing dat hij voor het bedrag van 1,6 mld euro naar de mensen kijkt die geen keus hebben en naar het ziekenhuis moeten. Is dit een adequate samenvatting?

De heer **Buijs** (CDA): Nee. In de eerste plaats is de opmerking over de kosten niet waar. In het amendement staat dat de dekking wordt gezocht in het bedrag van € 255, dat wil zeggen € 5 meer per jaar, een paar dubbeltjes per maand. Dat is de

dekking van het voorstel waar nog 20 mln euro overblijft.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb het niet over de dekking van het amendement. De heer Buijs begon zijn betoog met de opmerking: het wetsvoorstel kent twee doelstellingen, namelijk kostenbewustzijn en kostenbeheersing. Wat het kostenbewustzijn betreft, kijkt hij met name naar de huisarts. Ik prijs hem ervoor dat het buiten de no-claimregeling is gehouden, maar intussen zit hij wel met een probleem. Ook de meest felle critici van de no-claimregeling zeggen: als je het dan doet, zul je het in ieder geval bij de huisarts moeten doen. Men wil het niet, maar als je het toch doet, moet het in ieder geval bij de huisarts. Dat heeft hij net uitgezonderd, dus houden wij over het aspect van de kostenbeheersing. Daarover zei hij net in antwoord op vragen van collega's en nu ook van mij dat nu eenmaal ± en dat is zoals hij zelf zegt een dilemma en een delicate afweging ± het bedrag van 1,6 mld moet worden opgehoest dat dit wetsvoorstel moet opleveren. En dat moet worden opgehoest door de mensen die geen keuze hebben nadat zij bij de huisarts zijn geweest. Dat is toch een niet te verdedigen positie?

De heer **Buijs** (CDA): Je kunt kiezen voor verschillende zaken. Je kunt kiezen voor een directe premieverhoging, voor een procentuele premieverhoging of voor dit. Dit is wat in het Hoofdlijnenakkoord duidelijk is afgesproken: er komt een verplicht eigen risico. Daar voel ik mij aan gebonden. Wij kunnen er eindeloos over discussiëren of je de methode a, b of c neemt, maar dat is een tweede. Veel interessanter lijkt mij dat u zegt: die patiënt heeft nu helemaal geen keuzevrijheid meer. Ik wil dit toch een keer noemen. U weet dat het onnodige gebruik van de spoedeisende hulp bijvoorbeeld in Den Haag ± dat veroorzaakt wordt door onder andere een groot tekort aan huisartsen ± een forse kostenpost is. De patiënt die ongelimiteerd kan binnenlopen bij de spoedeisende hulp, zal door zijn kostenbewustzijn ± bij het binnenlopen verliest hij immers minimaal de helft van zijn no-claimteruggaaf ± toch liever eerst maar naar de huisarts gaan. De huisarts is ook beter in staat om de patiënt in dit soort gevallen te begeleiden.

Buijs

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mijn conclusie uit het antwoord van de heer Buijs is dat mijn samenvatting van zijn positie wel degelijk adequaat was. Voor kostenbewustzijn wordt er naar de huisarts gekeken. In antwoord op een vraag van mevrouw Kant bevestigde de heer Buijs dat iemand met een knobbeltje in de borst géén keuze heeft. Dat is het element van de kostenbeheersing. Het bedrag moet worden opgehoest door de mensen die geen keuze hebben. Ik vind dat geen verdedigbare positie.

De **voorzitter**: Ik stel u voor om zich te beperken tot één vraag. Er komt nog een tweede termijn en de heer Buijs moet zijn betoog nog afmaken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil het toch even hebben over het amendement. U zegt hier zeer stellig dat er niet wordt bezuinigd op de huisarts. De dekking zit hem in de verhoging van het no-claimbedrag. U moet hier niet jokken, mijnheer Buijs. Met betrekking tot de dekking staat er immers duidelijk: de huisarts moet het onnodige gebruik 4% reduceren en wordt hier taakstellend op afgerekend. Dat betreft die 20 mln. U gaat het gat dat u hebt, hiermee dekken. De minister knikt, maar wij zijn ook niet helemaal achterlijk. In dit amendement is de dekking een bezuiniging op de huisartsenzorg.

De heer **Buijs** (CDA): Het is grappig dat u die zin voorleest en vergeet de daarop volgende zin voor te lezen, want daar zit de dekking in. Dat ziet u ook. Maar ik kan mij voorstellen dat u een dergelijke zin wilt vergeten. Ik zal u een voorbeeld geven. Er worden op dit moment afspraken gemaakt door verzekeraars met huisartsen over het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. U weet van het experiment in Limburg. Ik stel mij voor dat de verzekeraar en de huisarts straks in het in wording zijnde praktijkplan ook beschrijven op welke wijze zij vorm willen geven aan herhaalrecepten of praktijkondersteuning door een praktijkverpleegkundige of een diabetesverpleegkundige. Daar is een inzet voor. Dat zal gemeten moeten worden, ook rekening houdend met de demografische ontwikkeling, maar laten wij die even vergeten. Het is een taak voor verzekeraar en huisarts om hier die 4% te halen. Wat is dan de beloning?

Als zij erin slagen is de beloning voor de patiënten die er ook aan mee moeten werken, dat de premie weer naar beneden gaat als 4% wordt gehaald in de huisartsenlijn. Dat staat namelijk in de daarop volgende zin. Dan moet u niet zeggen dat de huisarts er in inkomen op achteruit gaat. Nee, dat is niet de bedoeling. Daar waar de minister nu bezig is met de herstructurering van de honorering is het ook nuttig dit element in goed overleg met de Huisartsenvereniging op te nemen.

Mevrouw **Kant** (SP): Nu doet u net of u dit met de Huisartsenvereniging hebt overlegd. Ik kan u vertellen dat men daar mordicus tegen hetgeen is wat hier staat. Er wordt ter dekking 20 mln bezuinigd op de huisartsenzorg. Geeft u dat nou gewoon toe!

De heer **Buijs** (CDA): Ik geef dat niet toe en het is volslagen onjuist. Mevrouw Kant moet alle regels voorlezen, dan ziet zij ook waar de dekking zit.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het lijkt vrij eenduidig wat hier staat, maar het blijkt multi-interpretabel te zijn. Dat zegt u tenminste. Ik heb één vraag. Zegt u dat de huisarts ervoor verantwoordelijk is dat de no-claimteruggaaf niet omhoog gaat tot € 255? De huisarts moet 4% bezuinigen en als hij daar niet in slaagt, is het zijn schuld dat patiënten meer gaan betalen of minder terugkrijgen.

De heer **Buijs** (CDA): Het is een wat ingewikkelde vraag. Het is niet dé huisarts die verantwoordelijk is. De verzekeraar en de huisarts zijn verantwoordelijk in het kader van het praktijkplan. U kunt daarover uw hoofd schudden, maar toch is het zo. Het wordt tijd dat die afspraken eens worden gemaakt. De huisarts vervult op dit moment in ons land een erg goede functie. Hij verwijst door en hij heeft een poortwachtersfunctie. Een aantal taken van die huisarts hoeft echter helemaal niet door die huisarts te worden uitgevoerd. Ik wil hiermee een stimulans geven aan die praktijkondersteuning, bijvoorbeeld door diabetesverpleegkundigen. Die ondersteuning is goedkoper en dat betekent een reductie van kosten die wordt geschat op 30 mln.

De **voorzitter**: U zei dat u één vraag had, mevrouw Halsema.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dit was de helft van de eerste vraag.

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk dat het een heldere uitleg is.

De **voorzitter**: Nee mevrouw Halsema, u zei dat u één vraag had. U hebt ook nog een tweede termijn. Ik geef het woord aan de heer Van der Vlies.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb een vraag over hetzelfde punt. Er spelen wat begrippen en woorden door elkaar heen. In de toelichting op het amendement wordt gezegd dat zorgverzekeraars, huisartsen en hun vertegenwoordigers de ruimte krijgen om de kosten te reduceren en dat zij daarop worden afgerekend. Het is niet zeker dat het lukt, dus die no-claimteruggaaf gaat € 5 op jaarbasis omhoog. Stel nou dat de ruimte die u de huisartsen biedt niet wordt gepakt of dat men het niet ziet zitten. Gaat dan no-claimregeling toch met € 5 omhoog?

De heer **Buijs** (CDA): Nee. U leest wel goed voor, maar er staat een zin na. Onzekerheid in de opbrengst ± ik weet dus ook niet of zij erin zullen slagen ± rechtvaardigt een beperkte verhoging van de no-claimteruggaaf. Dus eerst zien en dan geloven. Er staat ook dat deze verhoging met ingang van 2006 kan worden teruggebracht als men er wel in slaagt om die kostenreductie door inzet van een taakherschikking, dus door een praktijkplan, zodanig toe te spitsen dat daarmee doelmatigheid wordt gehaald. De signalering van het NIVEL dat 4% van de mensen die een huisarts bezoekt ook op een andere manier kan worden geholpen, is van belang. Het was een enquête onder patiënten, niet onder huisartsen zelf. Die noemden een hoger percentage. Wij zijn nu toch bezig met de functie van de huisarts en de no-claimregeling. Wij kunnen dan juist de doelmatigheid van de huisarts stimuleren door het voorstel dat wij hier doen. Als dat niet lukt, blijft dat no-claimbedrag op € 255.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het een is een intentie en het ander is een besluit. Dat is het verschil. Als die intentie niet wordt ingevuld, door onmogelijkheid, onwil of iets daartussen, wordt de no-claimteruggaaf met € 5 per jaar te verhoogd. Dat is geen groot bedrag,

Buijs

dat erken ik. Wij nemen daar echter wel een besluit over en het andere is een intentie.

De heer **Buijs** (CDA): Dat klopt. De minister is nu bezig met een nieuwe honoreringsstructuur voor de huisarts, inclusief een praktijkplan. Ik zeg het voorzichtig omdat er een patstelling is tussen de beroepsorganisatie en de minister. Wij proberen het overleg hiermee ook vlot te trekken. Dit is een uitgelezen moment om weer met de huisartsenvereniging om de tafel te gaan zitten. De minister moet weer met de huisartsen en de verzekeraars in gesprek gaan om tot een goede en doelmatige huisartsenzorg in Nederland te komen. Die belangrijke functie willen wij handhaven. Dit was het deel over de algemene no-claimregeling. Ik zal misschien een aantal dingen herhalen, maar dat kan geen kwaad.

De vraag werd opgeworpen of deze no-claimregeling in strijd is met internationale verdragen. Ik spreek over de 9%- of de 25%-regeling. De minister zegt in de nota naar aanleiding van het verslag dat hij hierover informeel overleg heeft gehad met vertegenwoordigers van de Raad van Europa en de IAO. Hij zei dat uit het overleg met die organisaties is gebleken dat dit geen beletselen hoeft op te leveren. Formele toetsing vindt volgens de minister pas plaats nadat dit wetsvoorstel tot wet is verheven. Het is nuttig als dit zo snel mogelijk gebeurt. Kan deze formele toetsing niet plaatsvinden voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet ingaat, dus voor 1 januari 2006? Ik krijg graag een antwoord van de minister op de vraag of niet alleen een informele, maar ook een formele toetsing plaatsvindt om onnodige vertraging in de invoering van de Zorgverzekeringswet te voorkomen. De CDA-fractie wenst voorts inzicht in de manier waarop in de Wet op de zorgtoeslag en de Zorgverzekeringswet met deze no-claimsysteem rekening wordt gehouden bij met name de combinatie van de verplichte no claim en het vrijwillige eigen risico. Leidt dit niet tot extra administratieve lasten na 2006? De minister gaat hier in zijn nota naar aanleiding van het verslag niet uitgebreid op in, terwijl deze vraag voor de CDA-fractie van belang is met het oog op de combinatie met de Wet op de

zorgtoeslag. Wil de minister verduidelijken of het invoeren van dit wetsvoorstel hierop van invloed is voordat de Wet op de zorgtoeslag in de Kamer wordt behandeld? De CDA-fractie meent dat dit het geval is, al weet zij niet in welke mate.

Mijn betoog is enigszins in de soep gelopen doordat ik al veel vragen heb beantwoord. Ik maak hiervoor mijn excuses. De CDA-fractie stemt in algemene zin in met de no-claimsysteem in het wetsvoorstel onder verwijzing naar het Hoofdlijnenakkoord en het advies van de Raad van State. Zij kan zich echter niet vinden in het voor 25% laten meetellen van de kosten voor de huisarts. Naast de uitvoeringstechnische problemen spelen vooral de inhoudelijke argumenten een rol in het oordeel van de CDA-fractie. Ik benadruk dat nagenoeg iedereen in dit land ervan overtuigd is dat een bezoek aan de huisarts juist preventief werkt. Ook zijn poortwachtersfunctie is van groot voor de kostenbeheersing. Naar mijn mening is die functie het pareltje en de basis van onze gezondheidszorg. De minister weet dat andere landen hier razend jaloers op zijn. Zo is in Duitsland deze functie van de huisarts geherwaardeerd en wel op zo'n manier dat een doorverwijzing door de huisarts niet in rekening wordt gebracht. Er wordt dan dus geen eigen bijdrage gevraagd. Ook daar ziet men dat de poortwachtersfunctie en het inschrijven op naam waardevol zijn. Te prijzen is dat de regering in haar Hoofdlijnenakkoord nog eens heeft gesteld dat de poortwachtersfunctie van de huisarts wordt behouden. Dat staat er letterlijk in. Niet alleen de beroepsgroep, maar ook het rapport "Gepast gebruik" van de Raad voor de Volksgezondheid hebben aangetoond dat de huisartsfunctie van onmisbaar belang is. De huisarts handelt namelijk 96% van de klachten af en zorgt voor preventie, ondersteuning, advisering en het gericht doorverwijzen van patiënten die op naam zijn ingeschreven. Juist de huisarts kan dan ook als geen ander zijn of haar patiënten de nodige voorlichting geven over de noodzaak tot verwijzing naar de tweedelijns gezondheidszorg. Hij of zij kan ook in het kader van de zeeffunctie fors wat voorbereidend onderzoek laten verrichten. Juist in het kader van de no-claimregeling heeft de huisartsfunctie in mijn ogen een toege-

voegde waarde. Zodra de huisarts wordt belast, al is het maar met € 5, loopt men het risico op onderconsumptie met alle gevolgen van dien. Dat voorkom je dus op deze manier. Dat laatste zeg ik naar aanleiding van het zojuist genoemde huisartsenmodel in Duitsland.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik wil de discussie niet herhalen, maar heb wel een vraag aan de heer Buijs. Er moet 30 mln worden bezuinigd op het pareltje van ons gezondheidsstelsel. Dat lijkt mij fraai, zeker als je eerst pareltje bent genoemd. Heeft dat niet als effect dat veel meer mensen bij de spoedeisende hulp terecht komen? De bereikbaarheid van huisartsenhulp zal niet groter worden als er 30 mln op wordt bezuinigd.

De heer **Buijs** (CDA): Nee. Zoals ik eerder heb gezegd, denk ik juist dat iemand die naar de spoedeisende hulp gaat, in een keer bijna zijn gehele no claim kwijt is. Als diegene naar de huisarts gaat, is dat niet het geval.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Mensen gaan naar de spoedeisende hulp omdat de huisarts niet bereikbaar is en zij hulp nodig hebben.

De **voorzitter**: U mocht maar één vraag stellen, mevrouw Halsema. Nu mag de heer Heemskerk een vraag stellen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Een van mijn collega's die in het oosten van het land woont, moest naar de huisarts. Zij kon niet bij haar huisarts terecht en alle andere huisartsen verwezen haar door naar de spoedeisende hulp. Met uw voorstel wordt de capaciteit van de huisartsen nog verder afgeknepen en het gevolg is dan toch dat de mensen door dit soort gevallen die no-claimmaatregel nog harder voor hun kiezen krijgen?

De heer **Buijs** (CDA): U vertolkt met deze woorden juist niet uw warme gevoelens voor de huisarts. Wij hebben in vorige debatten al onderkend dat er een groot tekort aan huisartsen is. Dat komt niet door het ontbreken van een voorstel van de minister voor een verruiming van de instroom, want de ruimte daarvoor is op het ogenblik zevenhonderd, maar er stromen er

Buijs

nog geen vijfhonderd in. Weet u hoe dit komt? Door het imago van het vak. En waardoor wordt dat veroorzaakt? Door de grote administratievelastendruk, de werkdruk, etc. Als wij de no-claimmaatregel ook op de huisarts van toepassing lieten zijn, zou de verhoging van de administratievelastendruk, een onnodige toevoeging aan het werk van de huisarts, het vak nog onaantrekkelijker maken. In wezen zou u dus blij moeten zijn met ons voorstel.

De heer **Heemskerck** (PvdA): Ik ben blij dat de huisarts van de maatregel wordt uitgezonderd, maar het verschil tussen uw fractie en de mijne is dat uw fractie wil bezuinigen op de huisarts die zij zo'n warm hart toedraagt en dat mijn fractie de huisarts beschouwt als het pareltje in de gezondheidszorg waarmee die zorg nog enigszins betaalbaar kan worden gehouden.

De heer **Buijs** (CDA): Ik herhaal het nog één keer, wij bezuinigen niet op de huisarts, wij zorgen er juist voor dat zijn poortwachtersfunctie versterkt kan worden. Dat is het hele betoog. Ook in het debat dat wij binnenkort met de minister zullen voeren, zullen wij hem oproepen om juist de eerstelijnsfunctie te versterken.

De **voorzitter**: Ik maak de leden erop attent dat de meesten van hen nog in eerste termijn aan het woord komen en dat er na het antwoord van de minister ook nog een tweede termijn zal zijn. Enige beperking van de interrupties lijkt mij toch wel op haar plaats.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik heb een vraag aan de heer Buijs, voorzitter, gewoon om duidelijkheid te verkrijgen. Hij noemt de huisarts de parel in de gezondheidszorg. Ik ben het helemaal met hem eens, de eerste lijn kan bepalen welke verdere zorg er nodig is. Maar er is in vele regio's al een ontwikkeling gaande waarbij de poliklinieken en de huisartsenposten naast elkaar gevestigd worden. Als deze niet meer gescheiden worden, komt er al gauw het verwijt dat je je no-claimkorting kwijt bent als je in de polikliniek of bij de spoedeisende hulp terecht komt.

De heer **Buijs** (CDA): Dat is zeker een punt en u kent ook onze zorg over de bereikbaarheid van de huisartsenposten. Wij worden hierover niet alleen benaderd door burgers, wij hebben dit ook al meermalen in een debat met de minister aan de orde gesteld. In het komende debat over de spreiding van de huisartsenzorg willen wij hierover ook met hem overleggen, want als de huisarts straks wel uit de no-claimmaatregel is gehaald, schieten wij er geen fluit mee op als hij niet bereikbaar is. Daarom moeten wij erover in discussie hoe wij het vak aantrekkelijker kunnen maken, hoe wij het imago van de huisarts kunnen verbeteren. Ik roep de minister dan ook op, samen met de beroepsorganisatie van de huisartsen in een praktijkplan goede afspraken te maken. Ik heb ook het idee dat de minister hier gaarne toe bereid is.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik begrijp heel goed dat de heer Buijs, nu hij een heel mooi resultaat heeft behaald doordat de huisarts uit de no-claimregeling is gehaald, er heel veel moeite mee heeft om toe te geven dat het gat dat daardoor ontstaat, gevuld wordt via een bezuiniging op de huisartsenzorg. Er is bij de dekking sprake van "taakstellend afgeremd worden". Ik dacht dat het om 20 mln ging, maar hij heeft zelf van 30 mln gesproken. Dat geld moet ergens vandaan komen, dat moet dus gewoon bezuinigd worden. En onderaan het amendement staat nog de mooie zin: "De financiële consequenties van bovenstaande keuze betekenen ten slotte dat middelen ter versterking van de eerste lijn niet langer door het Rijk voor dat doel beschikbaar worden gesteld." Dat is nogal wat. Daarbij gaat het om het bedrag van 50 mln dat nog in het vat zat voor de huisartsenzorg, wat belangrijk is voor versterking van de huisartsenzorg. Dat geld komt dus ook niet beschikbaar.

De heer **Buijs** (CDA): Dit laatste is essentieel, want ik hecht wel aan goede ondersteuning van de eerste lijn, ook met fysiotherapie en verloskundigen. Dit is ook allemaal in de discussie over de subsidiëring besproken. Maar hierover heeft de minister zelf een mededeling gedaan. Er is een patstelling met de beroepsorganisatie, waardoor dat

bedrag van 50 mln niet zal worden ingezet.

Minister **Hoogervorst**: Nee, zo is het niet.

De heer **Buijs** (CDA): Dan hoor ik nog wel hoe het wel in elkaar zit. Ik ben benieuwd hoe de ondersteuningsstructuur dan wel geregeld kan worden.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, de vraag is nu al vier of vijf keer gesteld.

Mevrouw **Kant** (SP): Er is een misverstand. Ik heb geciteerd uit het amendement van de heer Buijs. Hij heeft het zelf opgeschreven. Ik wil dat hij daarop reageert. Mijn vraag ging over die 50 mln die op de plank ligt; die komt er dus niet.

De heer **Buijs** (CDA): In het debat over de huisartsengeneeskunde zullen wij op de ondersteuningsfunctie van de eerste lijn terugkomen. Ik ben heel benieuwd wat de minister heeft gedaan met de 16 mln die hij nu al op de huisartsenzorg heeft bezuinigd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De dekking van het amendement is op dit moment voor mij nog volstrekt onduidelijk. Ik heb een paar vragen aan de heer Buijs.

Wat kost het volgens de heer Buijs om de huisarts uit de no-claimregeling te halen?

In hoeverre biedt het amendement dat hij heeft ingediend, daarvoor een adequate dekking? Ik begrijp dat er 50 mln voor versterking van de eerste lijn naartoe gaat. De verhoging van het no-claimbedrag van € 250 naar € 255 voor 20 mln is ingeboekt. Dat is samen 70 mln.

Wat is het een bedrag dat volgens de heer Buijs moet worden opgehoest? Volgens de minister is het 120 mln. Dat heeft hij in antwoord op schriftelijke vragen aan mijn fractie geantwoord. Ik zie de minister nee schudden. Misschien is het goed als het wordt opgehelderd. Hoeveel moet het opleveren?

Komt er nu wel of niet een extra premieverhoging voor de verzekerden? Het staat niet in de toelichting, maar ik wil dit heel duidelijk weten.

Als het wetsvoorstel inclusief het amendement zal werken, zal een verhoging van € 250 naar € 255 een extra besparingsverlies opleveren,

Buijs

omdat meer mensen meer geld kunnen terugkrijgen.

De heer **Buijs** (CDA): Men krijgt dus gemiddeld ook meer terug in ons voorstel. Nu is het € 83; bij de verhoging naar € 255 zal het gemiddeld € 90 zijn. De premieverhoging die daarbij past, is een paar dubbeltjes per maand.

De **voorzitter**: Ik sta u nog één interruptie toe, mijnheer Rouvoet. Daarna vervolgt de heer Buijs zijn betoog. Het amendement is uitentreuren hier aan de orde geweest.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wij hebben het debat uitgesteld, omdat het amendement nog niet klaar was. Nu is het amendement er, maar het roept zoveel vragen op dat het mij alleszins redelijk lijkt dat wij het tot op de bodem uitdiscussiëren. Niet alleen de woordvoerders hier en misschien ook de minister, maar ook de mensen die het debat om welke reden dan ook volgen, willen precies weten waar zij met het amendement aan toe zijn.

De heer Buijs spreekt nu over een premieverhoging van een paar dubbeltjes per maand. Dat staat niet in de toelichting op zijn amendement. Waarom staat het niet bij de dekking? Waarom zegt hij niet eerlijk tegen de mensen dat zij een premieverhoging van € 63 krijgen namens de minister en dat CDA, VVD en D66 er nog iets bovenop doen?

Over de verhoging van € 250 naar € 255 zegt de heer Buijs dat de mensen meer zullen terugkrijgen. Nu moet het niet veel gekker worden! Hij voert het in het amendement op als een potentiële dekking voor het gat dat hij slaat door de huisarts eruit te halen. Er is geen touw aan vast te knopen.

De heer **Buijs** (CDA): Dan kent u de no-claimregeling niet. U weet dat er nu een gemiddelde teruggave is van € 83 in het kader van de no-claimsystematiek. Het is niet voor iedereen; het is een gemiddelde teruggave. Ik zeg dat door de verhoging van € 250 naar € 255 de gemiddelde teruggave iets hoger zal zijn.

Los daarvan is hiervoor een kleine verhoging van de premieverhoging van € 63 noodzakelijk. De berekeningen daarvoor konden wij niet eerder maken, omdat er volume-

componenten en dus inkomenscomponenten zijn. Daarom hebben wij berekend dat het ongeveer € 5 per jaar zal zijn.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Waarom staat het niet in uw amendement, mijnheer Buijs?

De heer **Buijs** (CDA): Omdat wij het exacte bedrag niet konden weten. Die 255 moet weer teruggeplust worden en wij moeten kijken wat dat dan betekent.

De **voorzitter**: Ik stel toch voor dat de heer Buijs zijn betoog vervolgt, want anders komen wij niet verder. U krijgt allemaal nog een tweede termijn en ook nog een antwoord van de minister.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik was al een heel eind gevorderd. Naast inhoudelijke argumenten om de huisartsenzorg uit te zonderen van deze no-claimregeling zijn er volgens het CTG, de zorgverzekeraars, maar ook de beroepsgroep praktische belemmeringen om de huisarts per 1 januari aanstaande op te nemen in de no-claimsystematiek. Gelet op de discussie over de herstructurering van de huisartsenhonorering is het zelfs de vraag of 1 januari 2006 goed haalbaar is. Ik hoop van wel en ik hoop ook dat het overleg tussen de beroepsgroep en de minister spoedig weer kan starten. De CDA-fractie is bang dat bij eventuele tussenoplossingen, zoals vermeld in de brief van het CTG, een tussentijds tarief naast juridische ook grote administratieve lasten zal meebrengen die de opbrengst van deze maatregelen volledig teniet kunnen doen. Zoals gezegd heeft de CDA-fractie vooral inhoudelijke bezwaren. Dat was reden om een amendement in te dienen mede ondertekend door de collega's van VVD en D66 dat de huisartsenzorg uitzondert van de no-claimregeling.

Over de dekking heb ik al zeer uitgebreid gepraat. Het is niet onbelangrijk dat er nog eens wordt nagedacht over het huidige wetsvoorstel. Ik weet dat de VVD, onze collega in de coalitie, voorstellen heeft ontwikkeld om te bezien of wij tot een rechtvaardiger verdeling kunnen komen in de nieuwe systematiek. Ik hoor dan ook graag van de heer Weekers of hij van plan is een onderzoek daarnaar te starten.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik dacht dat het bij het pakket hoorde dat een onderzoek gestart zou worden naar een rechtvaardiger verdeling in de no claim. Het amendement dat ik heb ingediend, past naadloos in het voorstel dat de VVD mogelijk wil doen. Het repareert de meest schrijnende effecten voor volgend jaar. Ik hoor graag hoe de CDA-fractie daartegenover staat.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb nog geen gelegenheid gehad om het amendement inhoudelijk te bestuderen. De uitgangspunten van mevrouw Halsema spreken mij aan, maar dat wil nog niet zeggen dat ik met het voorstel akkoord kan gaan. Ik zal er graag naar kijken. Ik hoor ook graag een toelichting van de heer Weekers op zijn voorstel.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik wil beginnen met de heer Buijs te complimenteren. Wij weten allemaal dat veel oppositiepartijen, inclusief mijn partij, en veel mensen in het land de no claim niet zien zitten. Een van de grote pijnpunten was dat er zelfs een financiële drempel zou worden opgeworpen voor een bezoek aan de huisarts. De heer Buijs heeft in de stormachtige gesprekken in de coalitie zijn rug rechtgehouden. Ik complimenteer hem ermee dat hij de no claim er uit heeft gekregen. Bij het recht houden van die rug zal de onrust in de samenleving, het verzet en de acties, zeker hebben geholpen. Dat steuntje in de rug zal hij daar goed bij hebben kunnen gebruiken. Actie helpt dus. Misschien denkt het CDA door die acties af en toe dat het niet helemaal goed doet. De heer Buijs heeft daar op dit punt naar geluisterd. Het is belangrijk dat het bezoek aan de huisarts niet meer onder de no claim valt. Dat is winst.

Natuurlijk past daarbij een maar. Het is jammer dat, evenals in het debat vorig jaar, het ene kwaad wordt ingeruild voor het andere. De andere coalitiepartijen willen daar dan weer iets voor terug. Vorig jaar werd de medicijneuro vervangen door het uit het pakket halen van de zelfzorgmiddelen, met veel ellende tot gevolg. Dit jaar gaat de no claim er wel uit, maar wordt er bezuinigd

Kant

op de huisartsenzorg. Dat is bijzonder dom. Met 3% voor het totale budget voor gezondheidszorg handelen huisartsen maar liefst 95% van de hulpvragen zelf af. Als ex-huisarts weet de heer Buijs dat bijzonder goed. Ik begrijp dan ook werkelijk niet hoe hij hiermee heeft kunnen instemmen. Hij noemt het zelf het pareltje van de zorg. Daar bezuinig je dan vervolgens niet op, lijkt mij. Evenals bij de no-claimregeling zal blijken dat goedkoop duurkoop is.

Wij krijgen er ook een hogere no claim voor terug. Zij gaat van € 250 naar € 255. Dat is weer een hogere premie, waar ik helemaal niet blij mee ben. Ik begrijp ook niet wat dit toevoegt. Dit is volstrekt onnodig. Nu het bezoek aan de huisarts niet meer onder de no claim valt, is er alle reden om helemaal af te zien van de no claim, want een patiënt heeft daarna geen keuze meer. Als een deskundige huisarts ± waar wij er veel van hebben in Nederland ± het verstandig vindt dat een patiënt voor onderzoek naar het ziekenhuis gaat, wat moet betrokkene dan denken? Dat kan dan wel verstandig zijn, maar dan raak ik mijn no claim kwijt, dus ik ga maar niet? Hoe ziet men dat voor zich? Moet betrokkene dat advies dan in de wind slaan? Als een huisarts zegt dat het verstandig is dat een patiënt bepaalde geneesmiddelen gebruikt omdat zijn gezondheidsprobleem anders groter wordt, welke keuze heeft betrokkene dan? Moet hij dat dan maar niet gaan gebruiken, omdat hij daarmee zijn no claim kwijtraakt? Dat zijn toch geen keuzes? Mensen hebben dan geen keuze. Welk effect wil de minister via deze financiële prikkel bereiken, anders dan het nadelige effect dat men om financiële redenen ergens van afziet?

Zorg nodig hebben, is geen keuze. Welke keuze heeft iemand die een hartinfarct krijgt? Welke keuze heeft een reumapatiënt? Welke keuze heeft iemand die chemotherapie krijgt? Welke keuze heeft iemand die op zijn fiets op straat wordt aangereden? Welke keuze heeft iemand die bijvoorbeeld voor een knobbeltje in de borst door een deskundige huisarts wordt doorverwezen voor nader onderzoek?

De minister zegt het zelf in de stukken, namelijk dat de regering de mening is toegedaan dat "het financieel prikkelen van burgers daar dient te gebeuren waar burgers een

keuzemogelijkheid hebben". Dat is nu niet meer het geval; er is geen sprake meer van keuzemogelijkheid. Alle zorg ± buiten dan misschien de eerste hulp, al is dat volgens mij ook vaak geen keuze ± gaat immers via de poortwachter, zijnde de huisarts. Dan valt dus eigenlijk de hele grondslag voor het voorstel weg. Ik ben dan ook zeer benieuwd wat de minister er nu nog van vindt.

Alles overziende, met de wijziging die de heer Buijs voorstelt, is er dus alle reden om af te zien van het hele voorstel. Ik vraag de minister waarom hij, na alle commotie die er is geweest, niet zegt: ach, laten wij het per 1 januari a.s. maar niet invoeren. Waarom zoveel overhoop halen, waarom zoveel rompslomp voor remmende invloed op zorg waar mensen geen keuze hebben en het dus niet of alleen verkeerd zal werken? Het is toch, eerlijk gezegd, gewoon gedoemd te mislukken? Dat moet toch zelfs deze minister zijn eer te na zijn? Waarom niet de wijsheid om te stoppen, in plaats van doorgaan met dit voorstel dat voor hem toch ook wel enigszins een prestigeproject lijkt te zijn geworden?

Een ezel stoot zich geen twee keer aan dezelfde steen, maar kabinetten blijkaar wel. Wij hebben het specialistentgeeltje gehad, wij hebben de medicijnknaak gehad, wij hebben bij Paars het eigen risico in het ziekenfonds gehad. Keer op keer stoot men zich aan dezelfde steen. Nu weer de no claim. Ik wil de minister nadrukkelijk adviseren om slimmer te zijn dan die ezel en de no claim niet per 1 januari in te voeren. Los van alle discussies die wij al hebben gehad over de huisarts, is de no claim op zichzelf natuurlijk een heel slecht idee. Ik kan het in één zin samenvatten: hierdoor gaat ziek betalen voor gezond. Als je voor solidariteit in de zorg bent, vind je dat dus een slecht idee. Als je een wat vreemde opvatting van solidariteit hebt, zoals de minister, dan vind je het een goed idee. Hij noemt het "omgekeerde solidariteit". Tja, het is toch gewoon het onderuit halen van de solidariteit, wat voor woorden de minister er ook voor zoekt.

Het hele idee van de no claim gaat van twee foute vooronderstellingen uit. De eerste is: gezondheid is een verdienste, zorg nodig hebben is een keuze. Die vooronderstelling is fout, want iemand die een enge ziekte krijgt, heeft geen keuze. De tweede

foute vooronderstelling is: mensen maken veel te gemakkelijk gebruik van zorg en gaan te gemakkelijk naar de dokter. Ook dat is niet waar. Door toch van die twee foute vooronderstellingen uit te gaan, zit je per definitie al op een dwaalspoor. Toch worden die stellingen gebruikt om het voorstel te verdedigen. Je zou kunnen zeggen dat eigenlijk de aanleiding tot dit idee al misleidend is. Het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en zorg geeft al aan dat mensen niet te gemakkelijk naar de dokter gaan. Het beeld dat er in Nederland veel zorg geconsumeerd wordt, is niet terecht, aldus deze raad. Wanneer het gebruik in Nederland vergeleken wordt met andere Westerse landen, blijkt dat Nederland er relatief gunstig uitkomt.

Vooral bij dit voorstel is er een zeer brede weerstand. Dat zie je niet vaak. Er is echt geen enkele voorstander van invoering van de no claim te vinden, buiten de minister en de coalitiepartijen. Verder ken ik in Nederland geen enkele voorstander van invoering van de no claim. Ik begrijp dan ook echt niet waarom dit toch zou moeten doorgaan. De algemene opvatting is dat deze maatregel niets anders doet dan de kosten verleggen van ons allemaal naar degene die de pech heeft om ziek te worden. Er is dan ook niet voor niets heel veel protest van heel veel maatschappelijke organisaties tegen invoering van de no claim. Dat bleek gisteren bij de gezamenlijke uitspraak die u, voorzitter, hebt ontvangen, en ook tijdens de protestmanifestatie buiten dit gebouw. Verder bleek het tijdens de hoorzitting die wij hebben gehouden. Alle organisaties hadden alleen maar kritiek en hebben de onzinnigheid van de maatregel volop kunnen toelichten. Nogmaals: eigenlijk zijn de minister, het kabinet en de coalitiepartijen de enigen die deze maatregel zien zitten. Ik zal u straks, ter illustratie, een deel overhandigen van de schriftelijke protesten van de 60.000 mensen die hun mening al kenbaar hebben gemaakt. Er mag van worden uitgegaan dat dit pas een begin is. Als mensen straks de no claim gaan voelen, zullen zij ongetwijfeld opnieuw bezwaar aantekenen.

Geschat is een kostenbesparing van 180 mln euro. Nu de huisartsen eruit zijn, is het 160 mln euro. Klopt dit? Ik probeer mij voor te stellen hoe die kostenbesparing eruit ziet,

Kant

maar ik zie het echt niet voor me. Zijn de negatieve effecten wel in de berekening meegenomen? Als iemand bepaalde medicijnen niet slikt, kan de ziekte verergeren en moet er alsnog opname plaatsvinden. Dat maakt de zorg dus duurder. De inschatting is gemaakt door het CPB, dat zelf al aangeeft dat het een empirisch economisch model is. Dat model is niet gebaseerd op de praktijk van alledag. Mijn opvatting en ook de opvatting van iedereen die in de zorg werkt, is dat dit de zorg niet goedkoper maakt. De negatieve effecten zullen de zorg integendeel duurder maakt, ook al omdat de uitvoeringskosten zullen toenemen.

De minister wijst graag naar andere landen. Hij schrijft dat in Nederland mensen relatief weinig eigen betaling hebben in de zorg. Dat klopt en dat wil ik graag zo houden. Er is dus relatief weinig eigen betaling, maar toch maken Nederlanders relatief weinig gebruik van zorg. Hoe kan de minister dit verklaren?

België heeft een systeem van eigen betaling in de zorg. De minister verwijst daar graag naar, maar weet hij wel wat voor bureaucratische chaos er in dat land heerst? Is hij daar wel eens wezen kijken? Als je binnenkomt, zie je kassa's! Dat willen wij toch niet in dit land? Ik tenminste niet. In België is sprake van inkomensafhankelijke maxima aan de eigen betalingen, maar in Nederland gaat dat voor iedereen gelden. Ongeacht je inkomen, word je geconfronteerd met hogere premies en no claim. Dat is een wezenlijk verschil, maar ook als er sprake is van inkomensafhankelijkheid, doen zich negatieve maatschappelijke effecten voor. Ook in België leidt het ertoe dat mensen die zorg nodig hebben het niet kunnen betalen.

In Duitsland is onlangs een eigen bijdrage ingevoerd van € 10 per kwartaal. In tegenstelling tot Nederland is daar wél sprake van overconsumptie van zorg. De effecten zijn daar dus ook anders, maar in dat land geldt een maximum van 2% van het inkomen. Voor chronisch zieken is dat percentage 1. In Duitsland wordt dus wel degelijk rekening gehouden met het inkomen en de aard van de ziekte. In Nederland gaat dat niet gebeuren. Ook in Duitsland levert de € 10 per kwartaal wel degelijk problemen op; mensen gaan te laat naar de dokter.

Als de minister vergelijkingen maakt met het buitenland, moet hij al deze negatieve effecten ook noemen.

Voorzitter. Ik ben tegen invoering van een no claim. Maar als het dan toch gaat gebeuren, moeten enkele zaken worden uitgezonderd. De huisarts is er al uit, maar dat zou ook voor de chronisch zieken moeten gelden. Ziekte is geen keuze! Levenslang ziek zijn, overkomt je. Die mensen worden langdurig getroffen door een ziekte en nu ook nog eens levenslang of zolang als de regeling bestaat, met de no claim. Zij hebben daar zelf geen invloed op. Zij worden geconfronteerd met die extra kosten, zonder dat zij daar zelf ook maar iets aan kunnen doen. Dit kan echt niet. Ik heb al gezegd dat Duitsland hiervoor een speciale regeling heeft getroffen.

Ik had een amendement ingediend dat beoogde dat de chronisch zieken helemaal worden uitgezonderd van dit wetsvoorstel. Omdat er ook andere initiatieven waren om er op een andere manier voor te zorgen dat chronisch zieken de hogere premie terugkrijgen, heb ik mijn eigen amendement ingetrokken om samen te kunnen optrekken met mensen die vergelijkbare ideeën hebben. Daarom is er nu een gezamenlijk amendement over de chronisch zieken ingediend.

Ik heb een amendement ingediend om te bereiken dat de 65-plussers worden uitgezonderd van deze no claim. Er zijn natuurlijk heel veel gezonde 65-plussers, maar gemiddeld genomen zullen 65-plussers vanwege hun leeftijd vaker gezondheidsproblemen hebben en vaker naar de dokter gaan. Ik zou deze mensen graag willen uitzonderen van de no-claimregeling.

Heb ik goed begrepen dat bij de zorgtoeslag een gemiddelde no-claimteruggave in mindering wordt gebracht? Dat zou ik gek vinden, want wie een zorgtoeslag krijgt, is juist degene die veel kosten heeft en de no claim nooit terug ziet. Het gemiddelde levert dan voor hem of haar een beetje raar bedrag op. Ik vind dit verwarrend, maar ik zie al aan de minister dat hij mij zal uitleggen hoe dit zit.

Gisteren was er op het Plein een manifestatie van een actie die al enige tijd loopt. Die actie heet "No claim? No way!", omdat de route die is gekozen, een doodlopende weg is. "No claim? No way!", omdat deze regeling: 1) niet solidair is; 2) geen

enkel probleem oplost. De rekening wordt alleen verlegd naar degene die de pech heeft om ziek te worden; 3) ertoe zal leiden dat mensen afzien van noodzakelijke zorg; 4) de zorg daardoor eerder duurder dan goedkoper zal maken; 5) opnieuw meer bureaucratie oplevert. Dit zijn vijf redenen om te zeggen: "No claim? No way!"

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil nog een keer proberen te verduidelijken wat ik bedoel. Er komt straks een praktijkplan en een vast consult- en visitetarief. Dit wil de minister in het kader van de herstructurering tot stand brengen met aparte modules. Dit zijn juridisch vastgelegde factoren. Je kunt dan niet zo maar zeggen: ik haal daar iets vanaf, 4% of wat dan ook. Bijna alle huisartsen hebben een volle praktijk. Dit betekent dat de praktijk gesloten is en dat patiënten vaak naar de spoedeisende hulp gaan. De verzekeraar kan in het kader van het praktijkplan afspraken maken om de inzet te bevorderen van een praktijkverpleegkundige die ongeveer tweederde kost van het totale tarief van een huisarts. De huisarts kan dan meer patiënten aannemen, waardoor de praktijk weer open kan. Tegelijkertijd voorkomen wij dat mensen rechtstreeks naar de huisarts gaan. Wij schatten dat dit ongeveer 30 mln euro kan opleveren.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Buijs vraagt impliciet of ik het met hem eens ben dat dit geen bezuiniging is. Ik ben dit niet met hem eens. Hij heeft een financieel gat van 30 mln euro en om dit te dekken, legt hij huisartsen deze taakstelling op. Ik ben het met hem eens dat de dingen hier en daar best wel anders kunnen. Daar gaat het niet om. Hij heeft nu een gat en dat wil hij dekken via de huisartsenzorg. Daar gaat hij 30 mln euro op bezuinigen. Waarom loopt hij daarvoor weg?

De heer **Nawijn** (LPF): Mevrouw Kant zegt steeds opnieuw dat zieken er op achteruitgaan als deze regeling wordt ingevoerd en dat zij gaan betalen. De no claim is toch bedoeld om een bedrag terug te geven aan de mensen die geen beroep op de gezondheidszorg doen? U hebt het amendement-Halsema inzake de koopkracht meeondertekend, maar wilt u, afgezien van dit amendement,

Kant

aangeven wat de zieken dan extra betalen?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik neem aan dat u het wetsvoorstel begrijpt. Iedereen die in het ziekenfonds zit, gaat een hogere premie betalen. Alleen als je weinig of geen gebruik maakt van de zorg, krijg je die € 250 terug. Dan betaal je toch voor de zorg als je er gebruik van maakt? Sterker nog, in tegenstelling tot het eigen risico betaalt men nu vooraf. Als je geluk hebt, krijg je wat terug, maar als je de pech hebt ziek te worden, krijg je niets terug.

De heer **Nawijn** (LPF): Iedereen gaat meer premie betalen, zowel de gezonden als de zieken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, maar de gezonden krijgen het bedrag dat zij hebben ingelegd terug en zelf nog meer dan dat. Toen dit voorstel bekend werd, hebben wij het niet voor niets de zorgloterij genoemd. Alle ziekenfondsverzekerden leggen geld in. Als je het geluk hebt dat je niet ziek wordt, krijg je ineens een extra bedrag terug ten opzichte van wat je hebt ingelegd. Dat wordt betaald door de mensen die de pech hebben ziek te worden.

De **voorzitter**: Ik zie dat u de door u toegezegde schriftelijke protesten aan de minister hebt overhandigd.

Dan is nu het woord aan de heer Weekers.

Voorzitter: Weisglas

□

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter. Twee weken geleden hadden wij op deze plaats een debat met de tijdelijke commissie Zorguitgaven, die heeft geprobeerd te achterhalen of het bedrag van 5,5 mld voor de zorg effectief was aangewend. Er is weinig uit dat onderzoek gekomen en dat is niet verbazingwekkend, want Nederland kent geen centraal aangestuurde staatsgezondheidszorg, al wordt al tientallen jaren getracht de grotendeels private markt met een sovjetachtige benadering te plannen. Dat is een contradictio in terminis. In Nederland vindt het werkelijke proces plaats binnen drie deelmarkten, te weten: de zorginkoopmarkt tussen verzekeraar en zorginstelling, de verzekeringsmarkt tussen verzekerde en verzekeraar en

de zorgverleningsmarkt tussen zorginstelling en zorgvrager. Binnen en tussen deze markten zijn de "checks and balances" onvoldoende georganiseerd en dat moet nu met veel lapwerk door middel van prijs- en capaciteitsregulering worden gecorrigeerd.

Dit gedrocht van een systeem, met wachtlijsten, exploderende kosten en ZBO's, die door vriend en vijand als "politiebureau" worden betiteld, moet worden hervormd in de richting van geregeerde marktwerking. In de hervorming van het hele zorgstelsel moeten wij naar de deelmarkten kijken die ik zojuist heb beschreven. Wat de zorginkoopmarkt betreft, is een aantal wetten, waaronder de Tariefwet en de Toelatingswet aangepast. Deze laatste is een paar weken geleden aangepast. Verder is de contracteerplicht opgeheven. Er komen reële kostprijzen in de zorg, waardoor er kan worden onderhandeld. Een en ander moet leiden tot een beter systeem van "checks and balances", of, in de woorden van de PvdA-fractie: macht en tegenmacht. Met andere woorden: het stelsel moet beter worden georganiseerd. Er moet overigens nog heel wat gebeuren voordat wij het eindplaatje hebben gerealiseerd, maar de start is gemaakt en dat staat hier vandaag dan ook niet ter discussie.

Om de "checks and balances" in de verzekeringsmarkt beter te regelen, komt er een basisverzekering voor iedereen, waarin de solidariteit tussen jong en oud en tussen ziek en gezond optimaal is gegarandeerd en iedereen jaarlijks kan stemmen met de voeten, wanneer de kwaliteit, de klantvriendelijkheid of de prijs hem of haar niet bevallen. Ook dat staat vandaag niet ter discussie, maar de Kamer heeft besloten het desbetreffende wetsvoorstel nog voor het einde van dit jaar te behandelen. De voortdurende stijging van de kosten van de curatieve zorg zal echter niet tot staan worden gebracht door een nieuw zorgverzekeringsstelsel, indien dit stelsel geen enkele prikkel inhoudt tot beheersing van de vraag en bovendien de zorgaanbieder laat opereren zonder enige concurrentie, zonder transparantie en zonder verantwoording tegenover degene die de zorg vraagt. Nu is het zo dat ziekenfondspatiënten geen enkele rekening te zien krijgen. Degene die het meeste belang erbij heeft om te controleren, mag niet weten wat het

kost. Dat is bizar en het moet anders. Wij hebben het vandaag over de zorgverleningsmarkt en over een onderdeel van de relatie tussen de verzekerde, de patiënt, en de zorgaanbieder, te weten de no claim, waarmee wordt beoogd onnodige zorgconsumptie te voorkomen, de kostenontwikkeling in de hand te houden en de ziekenfondspremies niet onnodig te laten stijgen. Op dat wetsvoorstel kom ik zo meteen nog te spreken. In de ogen van de VVD-fractie gaat dat te zeer met de botte bijl, terwijl wij een geavanceerder en rechtvaardiger systeem van premierestitutie bij relatief bescheiden zorggebruik voorstaan. Ook daar kom ik op terug.

Ik wil eerst stilstaan bij het begrip solidariteit. Het voorgestelde zorgverzekeringsstelsel is maximaal solidair. Jong en oud, ziek en gezond betalen dezelfde ziektekostenpremie. Uiteraard is dit een afgedwongen situatie, want binnen de vrije markt zou een gezonde jongeman of -vrouw van 25 jaar niet dezelfde ziektekostenpremie betalen als een zieke oudere, omdat zij in verschillende risicocategorieën vallen. De VVD-fractie kiest bewust voor deze solidariteit, maar plaatst de kanttekening dat handhaving van deze solidariteit niet per definitie oneindig is. Dat schrijft ook de regering in haar stukken. De financiële prikkel die ontstaat bij een systeem van premierestitutie bij relatief bescheiden zorgconsumptie zal de gewenste solidariteit tussen zorgverzekerden ook op termijn mogelijk maken. De jonge gezonde verzekerde die uit solidariteit dezelfde premie betaalt als de oudere of zieke verzekerde, zal immers eerder daartoe bereid zijn en dat vooral ook blijven als er uitzicht bestaat op een premierestitutie bij relatief bescheiden zorgconsumptie en de daaruit voortvloeiende stabilisering van de tot dusver steeds maar jaarlijks stijgende ziektekostenpremie. Wij hebben ons voorstel mede gebaseerd op de wens om de solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond in stand te houden. Ik kom straks terug op het systeem dat wij rechtvaardiger en geavanceerder achten dan het voorstel van de minister.

De **voorzitter**: Ik ben toen ik het zo-even overnam nadat ik het Presidium had voorgezeten, geschrokken van de vorderingen die

Weekers

u vanochtend hebt kunnen maken. In dat licht bezien die ik een dringend beroep op u om korte vragen te stellen in de interrupties.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter. De definitie van het begrip solidariteit van de VVD-fractie ± het is interessant, de heer Weekers dat woord überhaupt te horen uitspreken ± intrigeert mij. De heer Weekers zegt eigenlijk dat de sterkste schouders de minste lasten dragen, terwijl wij de zwakste schouders het meeste laten dragen.

De heer **Weekers** (VVD): Dan hebt u er helemaal niets van begrepen. Ik heb kijkend naar de kostenontwikkeling gezegd dat er solidariteit moet zijn tussen jong en oud. In elk geval in het particuliere segment wordt die solidariteit ook vandaag niet geheel betracht. De gemiddelde zorgkosten belopen voor mensen tot 65 jaar € 1500, terwijl zij voor mensen van 65 en ouder ergens tussen de € 5000 en € 35.000 liggen. Toch betaalt jong en oud exact dezelfde premie. Uw stelling dat de zwakste schouders de zwaarste lasten zouden moeten dragen, is volstrekt flauwekul.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik ben toch bang dat mijn stelling klopt. U zegt eigenlijk dat gezonde mensen financieel voordeel moeten hebben omdat zij premie betalen voor zieke mensen, terwijl de zieke mensen geen recht op dat financiële voordeel hebben, omdat zij ziek zijn. Dat is toch wat u zegt?

De heer **Weekers** (VVD): De kern van een verzekeringsstelsel is dat je risico's afdekt, want wij weten geen van allen of wij ziek worden in de toekomst en of wij daarvoor kosten zullen moeten maken. Wij weten wel dat er verschillen per leeftijdscategorie zijn. Naar mate de jaren klimmen, wordt de kans aanmerkelijk groter dat je meer ziektekosten zult maken. De VVD-fractie is van mening dat iedereen, jong en oud, dezelfde premie moet betalen. Daarmee organiseren wij de maximale solidariteit tussen jong en oud.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Ik ben in ieder geval blij dat ook de VVD-fractie de no-claimregeling omschrijft als een botte bijl gehanteerd door dit kabinet. Dat is heldere taal. Het is nog even de

vraag wat het betekent voor het stemgedrag van de VVD-fractie. Ik neem aan dat u later terugkomt op de huisarts.

De heer **Weekers** (VVD): Ja.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De VVD-fractie heeft gezegd dat het uit de no-claimregeling halen van de huisarts betekent dat het hart uit de regeling wordt gehaald. Ik ben dus erg benieuwd of u dat zult herhalen. Hart eruit, patiënt overleden.

U maakt zich met name zorgen over de premiestijging. Premies moeten natuurlijk niet eindeloos stijgen, maar ik wil even met u rekenen. Wat betekent het amendement dat u met de heer Buijs hebt ingediend voor de premiestijging? U zegt dat de premie met enkele dubbeltjes omhoog gaat. De no claim is € 250. Daar trekken wij een volume-effect af van € 20 en een gemiddeld zorggebruik van € 167. Dan houden wij een premiestijging van € 83 over. Vervolgens dient u een amendement in waarin u de no claim verhoogt en de twee aftrekposten beperkt. Het volume-effect gaat immers ongetwijfeld omlaag. Dat wordt dus niet € 20, maar € 10. Ook de gemiddelde zorgkosten zullen dalen doordat de huisarts eruit is. Dat betekent dat die premie met tientallen euro's omhoog gaat. Bent u het met deze som eens?

De heer **Weekers** (VVD): Nee, ik ben het niet met die som eens. Ik wil overigens later in mijn betoog terugkomen op het amendement van de heer Buijs en de huisartsenkwestie. Ik wil nu mijn betoog vervolgen. Wellicht dat dit soort vragen kan worden gesteld als ik spreek over het amendement. In mijn ogen bedraagt de benodigde premieverhoging als gevolg van het amendement ongeveer € 5. De minister moet daar straks ook zijn oordeel over geven.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U dient een amendement in. De Kamer wil graag weten wat het effect is op de premie. Het is een heel simpele som. De no claim gaat omhoog en de twee aftrekposten gaan omlaag. Dan gaat de premie dus omhoog. Hoe komt u tot die € 5?

De heer **Weekers** (VVD): Dat is een heel technische exercitie. Voor de dekking van het volledig schrappen

van de huisarts uit de no-claimregeling hebben wij ongeveer 70 mln nodig. Ongeveer 50 mln daarvan wordt opgebracht uit middelen die op de plank stonden voor de huisartsen die niet worden uitgegeven en 20 mln wordt gevonden in de premieverhoging met ongeveer € 5 gecombineerd met een verruiming van de no-claimregeling van € 250 naar € 255. Dat is het rekensommetje. Wij moeten nu erg diep de techniek induiken. Het debat wordt morgen door de Kamer voortgezet en vanavond door de minister. Misschien is het goed om dat rekensommetje nog eens goed op papier te zetten in de loop van het debat.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het is natuurlijk goed dat het sommetje op papier komt, maar ik wil een antwoord op mijn vraag.

De heer **Weekers** (VVD): Ik heb u het antwoord gegeven. U vraagt naar de bekende weg.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Wat er wordt verschoven in de boekhouding van de minister interesseert mij niet. Het gaat om de vraag wat de gevolgen voor de mensen zijn en voor hun premies. Van de € 255 worden twee posten afgetrokken: het volume-effect, dat een stuk lager is, en de gemiddelde kosten, die ook lager zijn. De premies gaan dus fors omhoog.

De **voorzitter**: De heer Weekers heeft toegezegd dat er voor de tweede termijn van de Kamer en na de eerste termijn van de minister hierover iets op papier zal worden gezet.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb nog een inhoudelijk vraag over het voorstel van de coalitie om de huisarts uit het pakket te halen. Ik hoor u duidelijk aangeven dat er inderdaad wordt bezuinigd op de huisartsenzorg.

De heer **Weekers** (VVD): Ik ga zelf over de volgorde van mijn betoog. Ik heb het woord huisarts nog niet in de mond genomen en ik beloof dat ik daar op het eind op terug zal komen.

Ik wil staan bij preventie. Het voorkomen van ziekten is een belangrijk streven. De overheid heeft hierin ook een taak. Gezond gedrag

Weekers

van de zorgverzekerde is natuurlijk moeilijk af te dwingen. Een van de problemen is dat de individuele burger geen enkel financieel belang heeft bij gezond gedrag. Niet roken, matige alcoholconsumptie en geen drugsgebruik leiden tot een lagere zorgconsumptie. De verzekerde was echter in de afgelopen jaren slechts zeker van één gegeven, namelijk de jaarlijks stijgende zorgpremie onafhankelijk van zijn of haar individuele gedrag. Gezond leven wordt in Nederland op geen enkele manier beloond. Als je toewerkt naar een systeem van premierestitutie bij bescheiden zorgconsumptie, maar dan niet volgens het voorstel van de minister, maar zoals de VVD-fractie het voorstelt, bied je het vooruitzicht van beloning voor gezond gedrag. Dat is volgens mij een van de meest effectieve maatregelen die wij kunnen nemen om ziekte te voorkomen, wat toch iedereen wenst.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik begrijp hieruit dat gezondheid een keuze is.

De heer **Weekers** (VVD): Deels wel, deels niet. Er zijn mensen die botte pech hebben; mevrouw Kant heeft er vanochtend een aantal voorbeelden van genoemd. Het zal je maar overkomen dat je wordt aangereden; dan heb je botte pech. Het zal je maar overkomen dat je kanker krijgt; dan heb je botte pech. Met de mensen die dat overkomt, moeten wij solidair zijn. Maar wij weten dat ongezond leven ± overgewicht, overmatige alcoholconsumptie en veel roken ± ook leidt tot schade aan de gezondheid en tot enorme kosten. Daarom zeg ik: deels wel.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Maar mensen die pech hebben, nog altijd de meeste mensen die ziek worden, moeten toch ook premieverhoging betalen? Met die mensen bent u toch helemaal niet solidair?

De heer **Weekers** (VVD): Wij moeten allen solidair zijn met mensen die pech hebben.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Hoe dan?

De heer **Weekers** (VVD): De VVD is zeer solidair, want wij willen niet dat er in de verzekeringsmarkt op risico geselecteerd wordt. Iedereen moet

toegang hebben tot een fatsoenlijke ziektekostenverzekering, en wel binnen dezelfde regeling en voor dezelfde prijs, of je nu jong of oud bent, of je veel of weinig kans hebt om kosten te maken in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar als ik het goed begrijp, is het wel een idee van u om onderscheid te maken tussen mensen die zich gezond gedragen en mensen die ongezond leven. Nu is natuurlijk iedereen er een voorstander van dat mensen gezond leven, maar hoe wilt u dit onderscheid maken? Sporten is heel gezond, maar er is bij sporten ook een risico van blessures. Mensen die te weinig bewegen, krijgen overgewicht, en dat is ongezond. Het komt voor dat iemand te veel rookt of drinkt, maar dat is ook een uitlaatklep voor stress. Mensen met lagere inkomens vertonen ongezond gedrag, wat alles met hun omstandigheden te maken heeft. Ik wil hiermee maar aangeven dat het niet zo simpel is, wat u wilt.

De heer **Weekers** (VVD): Dat ben ik met u eens. Rechtvaardigheid kun je niet tot elk individu doorvoeren, maar wij willen wel dat er op de een of andere manier een prikkel, een beloning voor gezond gedrag bestaat, maar zonder dat zieken afgestraft worden, want dat willen wij per se niet. Ik zal aangeven wat onze fractie wil.

Wij willen premierestitutie bij een bescheiden zorgconsumptie, waarbij twee elementen centraal staan. Ik zeg er nadrukkelijk bij dat het iets anders is dan een no-claimregeling, want die werkt als een soort eigen risico. En de eerste keer dat je medicijnen nodig hebt of naar een specialist moet, gaat het al van je bonus af. In het systeem van de VVD werkt het in elk geval anders. Ik hoop dit te kunnen uitleggen, al geef ik toe dat het ingewikkeld is.

Kostenbewustzijn is dus een belangrijk element in ons voorstel, een ander belangrijk element is het clusteren van leeftijdgenoten, het letten op het gemiddelde zorggebruik onder leeftijdgenoten. Wij stellen voor om clusters te maken naar leeftijd en geslacht. Zo wordt een 24-jarige vrouw ondergebracht in bijvoorbeeld een cluster van vrouwen in de leeftijd van 21 tot 25 jaar, terwijl een 84-jarige man in een cluster van mannen tussen 81 en 85

jaar terechtkomt. Allen betalen dezelfde premie, maar uiteraard zullen de uitgaven voor de zorg per cluster drastisch verschillen. Jaarlijks wordt de zorgconsumptie per cluster berekend, terwijl de cluster wordt verdeeld in kwartielen. In het kwart waarin de mensen het minst aan zorg hebben uitgegeven, krijgt men 25% van de premie terug. Het kwart dat op een na het minst uitgeeft in het cluster, krijgt 12,5% terug. De helft in het cluster die behoort tot de grotere zorggebruikers komt niet in aanmerking voor premierestitutie. In dit systeem heeft elke individuele verzekerden in elk geval een prikkel om zorgvuldig met zorgvoorzieningen om te gaan. Hij heeft ook het vooruitzicht dat een gezonde levensstijl het venster biedt op lagere zorgverzekeringskosten, ofschoon wij pech nooit kunnen wegnemen. Dat kunnen wij niet regelen. Daarmee ben ik het helemaal eens. Wij weten wel dat zowel de 19-jarigen als de 46-jarigen als de 82-jarigen uitzicht hebben op een jaarlijkse teruggave van een substantieel bedrag aan zorgpremie. Dus ook in de clusters met de oudste verzekerden wordt aan de helft van het aantal verzekerden een bonus in de vorm van een premierestitutie gegeven.

Mevrouw **Kant** (SP): Wie het nog kan volgen, mag het zeggen. Ik doe echter mijn best. Wij spraken net over mensen die zich wel of niet gezond gedragen, die roken. U praat nu alleen nog over de factor leeftijd. U wilt mensen in blokjes per leeftijd indelen en daarop de no-claimteruggave toepassen. De manier waarop u het uitlegt, geeft al aan dat het buitengewoon ingewikkeld is.

Er is nog een tweede bezwaar. U maakt alleen onderscheid naar de factor leeftijd. Hoe hoger de leeftijd, des te hoger het risico op zorggebruik. Daarin hebt u gelijk. Er is echter ook een categorie mensen, helaas, die al jong iets overkomt, die gehandicapt geboren worden of op jonge leeftijd een chronische ziekte krijgen. Die gaan er relatief sterk op achteruit in uw voorstel, want zij zitten in een groep relatief gezonde andere jonge mensen. Er zitten dus heel veel haken en ogen aan uw voorstel. Het is ook buitengewoon ingewikkeld om het uit te voeren.

En dan kom ik bij de kernvraag. Als dit is wat u op termijn wilt, waarom gaan wij dan voor één jaar

Weekers

die no-claimregeling invoeren? Laten wij dat dan gewoon niet doen. Stem alstublieft tegen!

De heer **Weekers** (VVD): Het betere mag natuurlijk nooit de vijand worden van het goede. Het voorstel van de minister is in elk geval een eerste stap op weg naar kostenbewustzijn en proberen om de prikkel bij de verzekerden neer te leggen. Wij denken alleen dat het te veel de botte bijl is. Het zal echter als eerste stap moeten gebeuren. Ons systeem zal nader uitgewerkt en ontwikkeld moeten worden. Want u hebt gelijk, mevrouw Kant. Het is een ingewikkeld systeem. Ik zal straks proberen daarover iets te zeggen. Wij willen dat de gedachte in elk geval wordt overgenomen dat een gezonde levensstijl op een of andere manier wordt beloond.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik vind het prima dat de heer Weekers er nog meer over wil zeggen. Mijn eerste eenvoudige vraag zou zijn welk nummer het amendement heeft waarvan hij nu een uitleg geeft. Wij spreken over een wetsvoorstel van de minister. Wij debatteren over dit onderwerp. Iedereen is geïnteresseerd in de uitkomst ervan. De heer Weekers heeft een prachtig plan waarin allerlei sympathieke elementen zitten. Ik wil echter het nummer weten van het amendement dat hij kennelijk in gedachten heeft.

De heer **Weekers** (VVD): Mevrouw Kant heeft zojuist gezegd dat het bijzonder ingewikkeld is. Er zal nog uitgezocht moeten worden op welke wijze een dergelijk systeem kan worden ingevoerd. Het zou het gemakkelijkst gekoppeld kunnen worden met de zorgpas. Het is niet denkbaar dat je een totaal ander systeem als wat de minister voorstelt, bij wijze van amendement regelt. Ik verwacht ook niet dat dit voorstel in 2006 het voorstel van de minister kan vervangen, al zouden wij het liefste zien dat zo snel mogelijk een rechtvaardiger systeem van premierestitutie kan worden ingevoerd. De VVD-fractie is er echter ten volle van overtuigd dat er een systeem van premierestitutie moet komen. Daarom steunt mijn fractie ook het voorstel van de minister. Tegelijkertijd mag echter het denken niet stilstaan; de minister moet ook nog verdere stappen zetten.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): U spreekt over het wetsvoorstel van de minister in termen van "een eerste stap" en "de botte bijl". Ik probeer dat bij elkaar te brengen. Als je eerst iets met de botte bijl kapot gemaakt hebt, dan kan ik dat niet zien als een eerste stap naar een beter resultaat. U wilt dit, maar u zegt erbij dat het nu niet kan, ook niet in 2005 en zelfs niet in 2006. Waarom wijdt u er dan nu over uit alsof het een concreet voorstel van de VVD-fractie is? Dan bent u toch goede sier aan het maken met iets waarvan u de consequenties zelf niet kunt overzien? Bovendien kan het de eerste twee of drie jaar niet gerealiseerd worden. Ondertussen stemt u wel in met een systeem dat u onrechtvaardiger vindt dan u in globale vorm in gedachten hebt. Hoe legt u dat uit?

De heer **Weekers** (VVD): Dat is heel simpel. Het systeem dat wij voorstaan, kunnen wij niet van vandaag op morgen invoeren. Bovendien heeft elke partij haar eigen ideeën over tal van onderwerpen. Ieder zoekt de geëigende momenten om die ideeën in de Kamer naar voren te brengen. De één doet dat bij een begrotingsbehandeling en de ander bij de behandeling van een wetsvoorstel. Het is het goed recht van de VVD-fractie om tijdens de behandeling van het no-claimwetsvoorstel uit te spreken dat wij dit een eerste stap vinden, maar dat het daar niet bij moet blijven. Dat zou u moeten aanspreken, zeker met het oog op de solidariteit tussen jongeren en ouderen. Mijn verzoek aan de minister zal straks ook zijn om dit voorstel nader uit te werken.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik zal een fractie of een Kamerlid nooit het recht ontzeggen om verder te denken en te komen met eigen ideeën voor de toekomst. Er ligt in dit debat al een amendement met uw handtekening eronder dat u in feite aan het kraken bent door uw bespiegelingen over de lange termijn. Daar heb ik wat moeite mee. U had dat amendement niet moeten ondertekenen. Dan had u kunnen zeggen dat u er misschien wel voor zou willen stemmen, maar dat u heel andere ideeën had over de manier waarop het verder moet. Dat is een beetje lastig uit te leggen.

De heer **Weekers** (VVD): Ik ben het niet met u eens.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik denk dat het amendement ook niet kan worden ingediend, simpelweg omdat het destructief is. Het ondermijnt de wet. Ik probeer met u mee te denken en ik moet zeggen dat uw voorstel mij wel sympathiek voorkomt, in ieder geval sympathieker dan het wetsvoorstel dat wij vandaag bespreken. U probeert mensen in dezelfde omstandigheden met elkaar te vergelijken in plaats van appels met peren te vergelijken. Nu ligt er een ander amendement en dat is het amendement-Halsema c.s. Dat doet hetzelfde als wat u probeert voor één cluster, de chronisch zieken en gehandicapten. Die mensen moeten niet vergeleken worden met gezonde mensen en niet in hetzelfde systeem meegewogen worden. Die mensen verdienen een aparte positie, want zij hebben geen keuzevrijheid. Zij zijn ziek en zullen nooit aanspraak op de no claim kunnen doen, maar zij lijden wel door de premieverhoging. Het lijkt mij dat u juist indachtig uw eigen voorstel een groot voorstander zou moeten zijn van dit amendement dat inmiddels door de hele oppositie is ondersteund.

De heer **Weekers** (VVD): Dat amendement is mij vanochtend aangereikt en ik kan daar de consequenties nog niet van overzien. De gedachte erachter is natuurlijk bijzonder sympathiek, maar ik kan de uitvoerbaarheid niet overzien. Ik wil dus eerst alle plussen en minnen op een rijtje hebben.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat begrijp ik. Laat ik u in ieder geval zeggen dat er uitvoerig overleg is geweest over de uitvoerbaarheid, ook met VWS. Daarom is het amendement ook meermalen herzien. Het amendement is uitvoerbaar. Het gaat nu alleen nog om een politieke keuze. Bent u bereid chronisch zieken zorgvuldig te behandelen?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Uiteraard heeft elke fractie het recht om op welk tijdstip ook een toekomstverkenning te doen naar de inrichting van het stelsel. Dat is mijn punt niet, maar ik vraag wel naar de status van het voorstel. Dat doe ik tegen het licht van het feit dat de

Weekers

coalitie daar in de achterliggende weken nogal mee geworsteld heeft. Daarmee verklap ik geen geheim. De CDA-fractie heeft een eis ingebracht, die uiteindelijk is gehonoreerd. U hebt dat moeten slikken. In de media komt het nu naar voren als zou deze toekomstverkenning het zoenoffer zijn dat u eiste om akkoord te gaan. Kortom, wat is de status van dit voorstel? Is er binnen de coalitie een afspraak over het onderzoek hiernaar en de invoering per 1 januari 2006 of zoveel later als technisch nodig is?

De heer **Weekers** (VVD): Over de invoering van het voorstel kun je geen afspraken maken, want eerst zullen de haalbaarheid en de effecten ervan getoetst moeten worden. Dit plan is een halfjaar geleden door de partijcommissie van de VVD uitgebracht. Mijn collega Edith Schippers heeft er al eerder in de Kamer over gesproken. De minister legt de Kamer nu een no-claimstelsel voor. Het is goed om je eigen alternatieven te betrekken bij de bespreking met de coalitiepartners van alle ins en outs van het plan van de minister. Mijn collega's vonden het VVD-voorstel bijzonder interessant. Ik heb al gezegd dat het betere nooit de vijand mag worden van het goede. Wij spreken vandaag over het voorstel van de minister. Wellicht moeten wij daarover ook in amenderende zin besluiten nemen. Tegelijkertijd moeten wij ook besluiten nemen over verfijning van het systeem. Er moet op een rechtvaardige manier vorm aan worden gegeven. Onnodige zorgconsumptie moet worden voorkomen, maar er moet ook zuiniger worden omgesprongen met zorg. Op bepaalde onderdelen zijn er keuzemogelijkheden. Ik verwijs naar bepaalde hulpmiddelen die soms door grootwinkelbedrijven in de aanbieding worden gedaan. Het is dan interessant om daar te winkelen, zeker als je dat merkt in de vorm van een bonus of premierestitutie bij relatief bescheiden zorgconsumptie.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De coalitiepartners vinden het een sympathieke gedachte, maar mijn vraag is of er bindende afspraken in de coalitie over zijn gemaakt.

De heer **Weekers** (VVD): Mijn coalitiepartners vinden het voorstel dermate interessant dat er vanuit de coalitie bij de minister met klem op

zal worden aangedrongen om de haalbaarheid van het plan te toetsen en om er met alle betrokken partijen over te spreken, zoals de zorgverzekeraars, maar ook de beroepsgroepen in de zorg, waaronder de Landelijke huisartsenvereniging. Nagegaan moet worden welk effect het voorstel heeft op het gehele zorgdomein en de zorgconsumptie. Maar zolang de haalbaarheidsstudie nog niet is afgerond, kunnen wij onmogelijk beslissingen nemen over de invoering ervan. Zolang dit systeem niet in de plaats komt van het voorstel van de minister, zal zijn voorstel, eventueel geamendeerd, na aanneming door de Kamer wet zijn.

De heer **Nawijn** (LPF): De discussie wordt nu wel erg verwarrend. Er ligt nu opeens een voorstel van de VVD, terwijl wij praten over een wetsvoorstel van de minister. Ik vind dat niet goed. De heer Weekers zegt dat dit plan al een halfjaar bekend is. Waarom is het dan niet in de coalitie besproken? Hoe denken de andere coalitiepartijen over dit voorstel?

De heer Weekers wil een clusterindeling. Hij weet duvelsgoed dat veel jongeren uit solidariteit met ouderen meer willen betalen. In het voorstel is sprake van solidariteit binnen een bepaalde cluster, afhankelijk van de mate van gezondheid, terwijl er daarbij veel factoren een rol spelen. Solidariteit tussen jongeren en ouderen is van belang.

De minister kent het voorstel van de heer Weekers. Ik vraag mij af wat hij ervan vindt.

De heer **Weekers** (VVD): Als je bepaalde ideeën hebt, zoek je geëigende momenten om die in de Kamer naar voren te brengen. Dit is naar het oordeel van de VVD het geëigende moment.

De VVD wil de solidariteit tussen jongeren en ouderen juist versterken ten opzichte van het voorstel van de minister. In dat voorstel is er, als je valt in een leeftijdscategorie waarin je objectief gezien weinig ziektekosten hebt, sprake van premieruggave, de no-claimbonus. In ons systeem wordt gekeken naar het gemiddeld zorgverbruik in de eigen cluster, maar betaal je wel allemaal dezelfde premie, jong en oud dus. Dat is derhalve maximaal solidair. Jong en oud hebben ook evenveel kans op een premierestitutie. Daar zit het grote verschil met het voorstel

van de minister. Ons voorstel zou u dan ook zeer moeten aanspreken, mijnheer Nawijn.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik zou dit plan van de VVD graag op papier zien. Dan kunnen wij er tenminste over discussiëren. Staat het ergens op papier, of komt het nog op papier?

De heer **Weekers** (VVD): Dit plan staat op onze website en ik leg het nu uit. Ik zeg u toe dat ik het ook onder de woordvoerders zal verspreiden.

De **voorzitter**: Het is dan wel nuttig als u daarvoor zorgt zodra u klaar bent met uw betoog.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het plan stond ook op 1 april in de Volkskrant. Het was dus geen grap en was al wat langer bekend. Het is inderdaad een verfijnder systeem. De minister zal het daar niet mee eens zijn, want hij hanteert de botte bijl van de no claim. Dan heb ik een vraag aan u, die ook is gericht aan het CDA. Maakt nu de huisarts, dat pareltje in de gezondheidszorg, deel uit van de verfijnde no-claimvariant van de VVD, of blijft die er altijd buiten?

De her **Weekers** (VVD): Ik kan nu niet de uitspraak doen dat de huisarts daar altijd buiten zal blijven, en ook niet dat hij er per se in zal moeten zitten. Ik heb immers zojuist aangegeven dat wij een haalbaarheidsstudie willen naar alle effecten en alle elementen. Ook zal er natuurlijk overleg moeten plaatsvinden met een aantal betrokkenen. In het voorstel dat wij voorstaan, kan ook iemand van een jaar of 60 die regelmatig naar de huisarts gaat, toch de maximale premierestitutie krijgen. Als het systeem goed is uitgewerkt, kan dus wellicht de zorg van de heer Buijs over de functie van de huisarts worden weggenomen. Op een later moment kunnen wij er inhoudelijk over spreken. Als je een goed idee voor de toekomst hebt, lijkt het mij onverstandig om daar vooraf al bepaalde hypothesen op te leggen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het wordt nu echt chaos. Van het CDA moet de huisarts eruit, de VVD komt met een nieuw plan en brengt de huisarts er weer in. Ik zal dan graag van de CDA-woordvoerder horen ±

Weekers

hij was voor de televisiecamera's heel helder ± of nog steeds geldt dat de huisarts altijd buiten de no claim blijft.

De **voorzitter**: Nee, ik heb de stellige indruk dat de heer Buijs tijdens mijn afwezigheid al enige tijd het woord heeft gevoerd.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Maar niet over dit plan. Het gaat om een nieuwe variant die de VVD nu inbrengt.

De **voorzitter**: Dat moet dan in de tweede termijn. Het wordt anders een discussie met de heer Buijs terwijl de heer Weekers aan het woord is.

De heer **Weekers** (VVD): Wat is er in ieder geval nodig om ons plan ten uitvoer te brengen? Ik zal een paar elementen bespreken. Ik heb gezegd dat ik het ook nog schriftelijk zal verspreiden, dus ik hoef er nu niet omstandig op in te gaan. In ieder geval zullen alle zorgbetalingen die vallen onder de basisverzekering, goed geregistreerd moeten worden. Daarvoor is de introductie van een persoonsgebonden fraudebestendige zorgpas gewenst. Bij het kabinet bestaat het voornemen om in 2005 tot een dergelijke zorgpas te komen. Onze fractie steunt dat volledig, maar die pas zou ook een heel belangrijke rol kunnen en moeten spelen in de no-claimvariant zoals wij die voorstellen, juist ook om mogelijke administratieve lasten en bureaucratie rompslomp te vermijden. Als zaken geautomatiseerd kunnen worden berekend met behulp van een zorgpas, is het natuurlijk veel gemakkelijker te regelen dan wanneer binnen de bestaande systematiek gewerkt zou moeten worden. Op dit moment zal ik niet nader ingaan op de zorgpas. Ik neem aan dat het punt helder is. Zo nodig kan ik er in tweede termijn op terugkomen, als de collega's het stuk op schrift hebben gezien.

De kern van het geheel is in ieder geval kostenbewustzijn. Oscar Wilde schreef eens "Most people know the price of everything, but the value of nothing". Voor de zorg in Nederland geldt naar mijn vaste overtuiging het omgekeerde: iedereen weet de zorg te waarderen, maar niemand weet wat het werkelijk kost. Als wij daarin verandering weten te brengen, heeft dat naar onze vaste overtuiging

kostenbeheersing ten gevolg. Als je inzicht hebt in de kosten en als je dan ook nog wordt beloond voor zuinigheid ± in vergelijking met leeftijdsgenoten ± ga je onnodige zorgkosten vermijden. Ik vraag de minister, het plan van de VVD over te nemen en uit te werken. Het plan is een reëel alternatief op termijn voor de thans voorgestelde no-claimregeling. Het plan zal moeten worden doorgerekend door het CPB; er zal een uitvoeringstoets moeten komen en ook moet natuurlijk op een rijtje worden gezet wat er allemaal nog moet gebeuren in de sfeer van de ICT en de zorgpas. Vanzelfsprekend zullen ook de relevante betrokken partijen moeten worden geconsulteerd. Dat alles moet uitmonden in een haalbaarheidsstudie, gevolgd door een kabinetsstandpunt. Ik vraag de minister, dit toe te zeggen. De komende jaren zullen wij moeten doorpakken en zo mogelijk deze betere variant van een premierestitutie in de plaats stellen van het kabinetsvoorstel. Maar het betere mag niet de vijand worden van het goede. Wij steunen daarom het wetsvoorstel als een eerste stap in een no-claimsituatie. Aan de ene kant ontstaat er nieuw evenwicht tussen eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde en het collectief. Aan de andere kant ontstaan er positieve prikkels om zuinig om te gaan met het gebruik van zorg. Dat spreekt ons aan, maar de maatvoering kan rechtvaardiger en beter.

Voorzitter. De VVD heeft zich steeds op het standpunt gesteld dat de huisarts voor 25% moet meetellen in de no-claimbonus. Ik wil onze argumenten hiervoor kort herhalen. Zelfs een verklaard tegenstander van de no claim als CDA'er Doeke Post zegt: als je de no claim wilt invoeren, moet dat bij de huisarts gebeuren, want dat is het eerste station voor de patiënt.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Gaat de heer Weekers negatief commentaar geven op een amendement waar zijn eigen naam onder staat?

De heer **Weekers** (VVD): Ik ga uitleggen waarom wij steeds van mening zijn geweest dat de huisarts onder de no claim moet vallen en ook waarom mijn naam onder het amendement staat. Ofschoon huisartsen faliekant tegen de no

claim zijn, hebben zij aangegeven dat 14% van de zorgvraag onnodig is. Uit onderzoek blijkt voorts dat Nederlanders zich in 4% van de gevallen bewust zijn van het onnodig bezoek aan een huisarts. Als de no-claimregeling conform het voorstel van de minister wordt uitgevoerd, leidt dat in ieder geval tot het onnodig gebruik van de huisartsenzorg. Maar natuurlijk is ook de VVD niet doof voor de bezwaren die zijn aangevoerd. Zij gelooft echter niet dat een korting op de no-claimteruggaaf van € 5 per huisartsenbezoek ertoe leidt dat mensen afzien van een bezoek aan de dokter als dat nodig is. Het laat mensen wel zien dat doktersbezoek niet gratis is. Ik zie echter het gevaar van een bureaucratische chaos als de huisarts onder de no claim wordt gebracht, zeker zolang het systeem van abonnementstarieven nog bestaat. Als huisartsen hals over kop hun computersystemen en administraties moeten aanpassen, kan er een ongewenste situatie ontstaan. Ik vraag mij af of de minister hier niet te lichtvaardig tegen aankijkt. Het CTG geeft bovendien aan dat volgend jaar weer een ander consulttarief nodig is. Het CTG schrijft ook dat Zorgverzekeraars Nederland verwacht dat de meerkosten van de invoering van dat systeem 20 tot 25 mln euro zullen bedragen. Die investering wordt een jaar later weer ongedaan gemaakt, waarna een nieuwe investering nodig is. Dit is geld weggooien. Daarom zouden wij liever hebben gezegd: wacht nog een jaar met de invoering, doe het dan goed en zorg er in ieder geval voor dat u op tijd klaar bent, want dan hoeft de dokter zich niet tweemaal met administratieve wijzigingen en veranderingen van het systeem bezig te houden. De besparing die op administratieve lasten kan worden bereikt, kan beter worden ingezet.

De heer Buijs heeft uitvoerig uitgelegd waarom hij graag de huisartsenzorg wil vrijwaren van een no claim. De VVD onderkent zijn bezwaren die onder meer betrekking hebben op de poortwachterfunctie van de huisarts. Ik herhaal echter dat wij wel iets anders in dit debat staan. Wij geloven niet dat een korting van € 5 per huisartsenbezoek een echte drempel opwerpt. De heer Buijs kijkt hier echter anders tegen aan. Ik zie natuurlijk ook hoe de meerderheden liggen in deze Kamer en dan denk ik

Weekers

dat je maar beter kunt proberen om er gezamenlijk uit te komen, want dan heb je nog enige invloed op het proces. Bovendien kunnen wij dan onze zorgen over onnodige zorgconsumptie verwerken in het amendement. En zo is het dan ook gegaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Geweldig! Ik vind het geweldig hoe de heer Weekers met heel veel woorden zegt dat het eigenlijk toch wel een goed idee is om de huisarts van deze wet uit te zonderen. Hij heeft zoveel woorden nodig, omdat hij de heer Buijs de claim: geen huisarts in de no claim, niet gunt. Hij doet het geweldig. De huisarts is er nu uit, daar ga ik niet over in discussie. Die strijd heeft de heer Buijs gewonnen met steun in de rug van het verzet tegen de no claim en daar ben ik blij mee.

Mijn vraag is echter welk bedrag er nu nog gedekt moet worden. Heb ik het goed gezien dat dit bedrag wordt gedekt door weer een bezuiniging op de huisartsenzorg? Ik zou hier graag de reactie van de heer Weekers op horen.

De heer **Weekers** (VVD): Dit klopt, want wij zouden niet graag zien dat de discussie die wij vorig jaar hebben gevoerd over de medicijnknaak, moet worden herhaald. Doordat die discussie vooruit werd geschoven, bedraagt de no claim nu niet € 200, maar € 250. Daarom ben ik van mening dat het beter is dat wij nog enige invloed hebben op het proces dan dat de heer Buijs een akkoord zou sluiten met mevrouw Kant. Dan weten wij dat de financiële gaten veel groter worden.

Mevrouw Kant heeft gevraagd wat er nodig is om de huisartsenzorg er helemaal uit te halen. Daar is 70 mln euro voor nodig. De dekking wordt voor een deel gevonden in het bedrag van 50 mln euro dat op de plank lag voor de versterking van de huisartsenzorg. Dit geld zal daarvoor niet meer kunnen worden aangewend. Wij komen dan nog 20 mln euro tekort. Door kostenbewustzijn, het terugdringen van onnodig gebruik, maar ook door tal van efficiëncymaatregelen zoals de inzet van praktijkverpleegkundigen, kunnen flinke besparingen worden bereikt. Een taakstellende besparing van 4% zal ertoe leiden dat dit hele zaakje structureel, ook op langere termijn, is gedekt. Wij zijn er echter

niet zeker van dat dit komend jaar al het geval zal zijn, want er moeten nog gesprekken plaatsvinden. De VVD wil straks niet met een financieel gat worden geconfronteerd. Daarom hebben wij afgesproken dat de no-claimteruggave wordt opgerekt van € 250 naar € 255 in 2005. Dat gaat gepaard met een bescheiden premieverhoging. Ik heb een bedrag genoemd, maar ik hoor graag van de minister een concreet bedrag. Daarmee wordt de zaak financieel goed afgedekt. Als de doelstelling van de VVD-fractie, te weten het terugdringen van onnodige zorgconsumptie en het bevorderen van de efficiency wordt gehaald, kunnen wij de maatregel van de premieverhoging en de oprekking van de no claim in de toekomst terugdraaien.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit is volstrekt helder. U bent veel duidelijker dan de heer Buijs. U zegt gewoon: er lag 50 mln op de plank om de huisartsenzorg te versterken. Die versterking is noodzakelijk, maar dat bedrag komt er niet. Er moet nog 20 mln worden bezuinigd en dat moeten de huisartsen ook doen. Lukt dat niet, dan wordt de rekening bij de patiënt gelegd. U maakt het volstrekt helder. De huisartsenzorg gaat uit de no claim en dus gaat de patiënt de rekening betalen.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Halsema.

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter...

De **voorzitter**: Ik geef de heer Weekers het woord als hij een vraag krijgt, maar de interruptie van mevrouw Kant was een concluderende opmerking. Ik geef nu het woord aan mevrouw Halsema, of neen, aan de heer Rouvoet, want hij stond er al een poosje.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Wat hier gebeurt, is echt te gek voor woorden. Ik heb een amendement voor mij, waarin staat dat dit ertoe strekt de huisartsenzorg uit te zonderen van de no-claimteruggave. Het argument daarvoor luidt: huisartsenzorg draagt bij aan een gepast gebruik van zorg en voorkomt substitutie naar duurdere vormen van zorg. Onder dit amendement staan de namen Buijs, Weekers en Bakker. De heer Weekers houdt hier een heel verhaal waarin hij zegt dat

hij ook wel oog heeft voor de chaos en voor de administratieve lasten voor de huisartsen, maar dat is niet het argument waarom de maatregel wordt ingevoerd. In feite zegt de heer Weekers dat hij niets gelooft van wat er in het amendement, waar zijn naam onder staat, wordt aangevoerd, maar dat hij zich er "for the time being" bij neerlegt. Hier staat hij het echter te bestrijden. Dat is toch niet geloofwaardig? CDA-fractievoorzitter Verhagen zou dit nu een typisch voorbeeld van een haastklus noemen. U bent gepiepeld, mijnheer Weekers, door de toelichting bij dit amendement!

De heer **Weekers** (VVD): In het geheel niet, want de VVD-fractie, en ikzelf natuurlijk ook, hebben uitvoerig met de collega-ondertekenaars naar de toelichting gekeken. Daarin staat dat huisartsenzorg bijdraagt aan een gepast gebruik van zorg en aan het voorkomen van substitutie naar dure vormen van zorg. Dat is een argument dat de VVD-fractie deelt. Ook staat er dat de huisarts zich richt op preventie en voor ondersteuning en begeleiding van patiënten zorgt. Wie kan daar tegen zijn? De VVD-fractie is dat niet. De indieners stellen voor deze poortwachtersfunctie van de huisarts te handhaven. Daarbij is er sprake van een zekere principiële spanning. Ik heb gezegd dat ik niet vind dat een eigen bijdrage van € 5 een extra drempel opwerpt en dat daardoor de poortwachtersfunctie zou worden bedreigd of ondermijnd. De heer Buijs kijkt daar wat anders tegenaan, maar wij zijn elkaar op dit punt genaderd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): U zult van mij wel willen aannemen dat ik dol ben op exegese, maar deze "tour de force" is niet meer te volgen. Het argument is inhoudelijk. De no-claimregeling moet niet voor de huisarts gelden, omdat het bedrag van € 5 een belemmering zou zijn voor de poortwachtersfunctie. Dat staat hier en dan moet je wel heel goed tussen de regels door lezen om daar nog iets anders van te bakken. U zegt in feite dat u niet gelooft dat € 5 voor een huisartsbezoek belemmerend zou werken voor de poortwachtersfunctie, maar het staat hier wel en uw naam staat eronder. Toch zegt u: ik geloof het niet, maar ik heb het wel onderschreven. Ik ben blij met het amendement

Weekers

voor zover het gaat om het uit de no claim halen van de huisarts, maar u bent gepiepeld met de toelichting.

De heer **Weekers** (VVD): Ik ben totaal niet gepiepeld met de toelichting. Wij doen beiden aan exegese, maar trekken elk een andere conclusie. De VVD-fractie wil de poortwachtersfunctie van de huisarts niet ondermijnen. De heer Buijs kijkt er alleen op een andere manier tegenaan.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Volgens mij is het met tekstexegese vaak zo dat mensen tot tegengestelde conclusies komen, maar goed, ik ben een leek op dit gebied. Ik moet een kleine correctie maken aan het adres van de heer Rouvoet: je kunt niet zeggen dat dit amendement haastwerk is, want ze zijn er weken mee bezig geweest. Broddelwerk is het wel en daar zal de heer Rouvoet het ook wel mee eens zijn. De dekking blijft voor mij namelijk onduidelijk. Natuurlijk heeft mevrouw Kant gelijk dat de huisartsen zelf ervoor moeten betalen dat de toegang gewaarborgd blijft. Er wordt op hen bezuinigd. Dat lukt het eerste jaar waarschijnlijk niet, dus gaat het gepaard met een premieverhoging. Ten gunste van een bedrag van 20 mln zal de premie verhoogd moeten worden. Mij is volstrekt onduidelijk waarom tegelijkertijd de no-claimteruggaaf verhoogd moet worden met € 5. Dat kost immers geld. De enige reden die ik kan verzinnen waarom de no-claimteruggaaf tegelijkertijd verhoogd moet worden, is een politieke reden: u hebt dat geëist in ruil voor de toegang tot de huisarts.

De heer **Weekers** (VVD): Als u naar de gezichtsuitdrukking van de heer Buijs kijkt, kunt u al zien dat deze veronderstelling flauwekul is.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Legt u mij dan eens uit waarom u de no-claimteruggaaf met € 5 verhoogt. U hebt dat niet nodig. De premie wordt verhoogd en daaruit betaalt u het. Toch creëert u een extra kostenpost van een no-claimteruggaaf door die te verhogen met nog eens € 5. Waarom doet u dat? Wat is de reden?

De heer **Weekers** (VVD): Daarmee hou je de zaak in evenwicht. Anders zou het een extra lastenverhoging

betekenen voor elke premiebetaler. Nu is het geen extra lastenverhoging voor elke premiebetaler. Zij die zeer terughoudend zijn met de zorg hebben immers verder niets te vrezen. Overigens is het de systematiek.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): U kiest er dus nog eens voor om de lasten wel te verhogen voor de mensen die chronisch ziek zijn, ernstig ziek en die geen recht hebben op de no-claimteruggaaf. Tevens zorgt u voor een extra douceurtje voor mensen die gezond zijn. Dat is toch een VVD-redenering? Dat komt dan toch in uw eigen straatje te pas en niet in het straatje van de CDA-fractie?

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter. Is er op zichzelf iets mis met VVD-redeneringen? Ik zie dat niet.

De **voorzitter**: U krijgt antwoord. Mevrouw Halsema, één korte opmerking.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Voorzitter. Dit is schieten voor open doel. Laat ik het maar doen: ja, er is van alles mis met deze VVD-redenering. U verhoogt de premie voor allen opnieuw om de verhoogde no-claimteruggaaf te kunnen betalen. De mensen die daar het meest de dupe van worden, zijn de mensen die het meest en het vaakst ziek zijn.

De heer **Weekers** (VVD): Dat ben ik niet met u eens. In elk geval is de keerzijde van het hele verhaal dat er geen enkel bedrag meer betaald zal hoeven te worden, al gaan zij elke dag naar de huisarts.

Voorzitter. Ik ben klaar met mijn betoog.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Gisteren kwam via teletekst het bericht dat het kernparlement van CDA, VVD en D66 een besluit had genomen. Hoera. Het was niet echt bevorderlijk voor de lust van mijn fractie om dit debat nog voluit aan te gaan. Het wordt nu toch nog een aardig debat, vooral omdat iedereen probeert om zijn eigen opvattingen voor de korte en lange termijn in een en hetzelfde amendement te flansen. Wij hebben net aan de heer Weekers gezien dat

dit heel erg lastig kan zijn, zo niet onmogelijk.

De echte lust voor het debat is ons echter wel vergaan, omdat de uitkomst reeds vaststaat. De minister heeft zich al akkoord verklaard. Met andere woorden: hij verdedigt kennelijk vandaag niet eens meer zijn eigen voorstellen, maar dat zullen wij vanavond merken. Ik zei het vorige week al: het is weer een onderwerp, net als indertijd de nieuwe vreemdelingenwet dat kennelijk te belangrijk is voor dualisme en het openbare democratische debat. Waar het gaat om de huisarts mag de uitkomst goed zijn voor de verzekerden, de handelwijze is slecht voor de parlementaire democratie. Zo wordt niet de politiek, maar het toneel dichterbij de burger gebracht. Ik vind het onvoorstelbaar dat de heren Buijs en Weekers het niet nodig hebben gevonden om op dit punt echt verantwoording af te leggen over de gevolgde procedure. Ik had dat wel verwacht. Wij hebben de bijdrage van de heer Bakker nog tegoed. Ik vind het werkelijk verbijsterend. Als er een zeer uitzonderlijke omstandigheid zou zijn die deze procedure rechtvaardigt, had ik een verantwoording hierover verwacht in het openbare debat. Dat is niet gebeurd. Ik vind dat onvoorstelbaar.

Voor de fractie van de ChristenUnie is een vorm van een eigen risico in de gezondheidszorg altijd een bespreekbaar onderwerp geweest. In onze eigen uitwerking van een zorgstelsel, de notitie "Zorgvuldig verzekerd" uit 2001, gingen wij uit van gestaffelde eigen risico's waar inkomensafhankelijke elementen in zouden zitten. Er was ook een mogelijkheid om vrijwillig een hoger eigen risico te nemen dan verplicht was. Daarbij gingen wij ervan uit dat de zorggebruiker door een eigen risico een belang heeft bij het voorkomen van onnodige zorgconsumptie. Wij zien namelijk het belang van het beteugelen van de groei van de zorguitgaven en het inbouwen van prikkels daartoe. Ook erkennen wij dat er een eigen verantwoordelijkheid voor burgers is in het dragen van de zorgkosten en de noodzaak van het afremmen van onterecht, onnodig gebruik van zorgvoorzieningen. Daarover bestaat wat mijn fractie betreft geen verschil van mening.

Intussen is er echter wel het een en ander veranderd aan de context

Rouvoet

waarin nu de no-claimregeling wordt voorgesteld. Het verzekerde pakket is vorig jaar drastisch beperkt. De tandarts is eruit en de fysiotherapie is eruit. De vergoedingen voor zelfzorgmedicijnen, de psychotherapie en het zittend ziekenvervoer zijn beperkt. Daarnaast zijn in de AWBZ eigen bijdragen ingevoerd of verhoogd. Ik denk in het bijzonder aan de thuiszorg. Deze golf van saneringsmaatregelen heeft forse consequenties gehad voor velen. Met name de kwetsbare groepen, namelijk chronisch zieken en gehandicapten, zijn hierdoor getroffen. Wij betreuren het dat hierdoor de ziektekosten voor chronisch zieken en gehandicapten zijn opgejaagd, ook door de noodzakelijke dure aanvullende verzekeringen.

Wij vrezen dat deze kostenstijgingen onvoldoende worden gecompenseerd door de verzilveringsregeling TBU en de bijzondere bijstand. Wij weten hierover ook nog steeds te weinig. De echte inkomensgegevens moeten nog steeds worden besproken. Wij hebben nu een brief gekregen. Daar moeten wij echter, bijvoorbeeld bij het belastingplan, echt nog verder met elkaar over spreken. Het ziet er wat ons betreft niet goed uit.

Bij het hoofdlijnen debat over het nieuwe zorgstelsel heb ik al gesteld dat een no-claimteruggaafregeling voor mijn fractie alleen aanvaardbaar is als de zorguitgaven voor chronisch zieken en gehandicapten weer worden opgenomen in het verzekerde pakket en de eigen betalingen voor deze groep omlaag gaan. Wij hebben hiertoe voorstellen gedaan bij de algemene beschouwingen, maar deze konden niet op steun van voldoende fracties in de Kamer rekenen. De meerderheid, de coalitie, stemde tegen onze voorstellen. Het is overigens goed om erop te wijzen dat ons inkomensplan niet alleen een verzachting van de kabinetsplannen voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met een grote zorgbehoefte voor het jaar 2005 impliceerde. Daar gaat de begroting immers over. Met ons christelijk-sociale inkomensplan "Omzien naar elkaar" wilden wij ook allerlei desastreuze maatregelen van dit jaar, dus 2004, terugdraaien. Het ging bijvoorbeeld om een halvering van de eigen bijdrage voor de thuiszorg en het weer in het pakket opnemen

van fysiotherapie voor chronisch zieken en gehandicapten.

In de no-claimregeling, die 1,6 mld moet opbrengen, moeten chronisch zieken wel € 63 per jaar meer premie gaan betalen, maar zij zien er niets voor terug. Zij kunnen immers hun zorgkosten niet beïnvloeden. Het doel van de minister, te weten het terugdringen van onterecht zorggebruik, wordt bij hen dus niet gerealiseerd. Het kan bij hen niet worden gerealiseerd. Mijn fractie heeft dan nog liever een gewoon eigen risico van bijvoorbeeld € 100 waar door middel van staffeling inkomensafhankelijkheid wordt ingebracht. Hierdoor gaan de premies niet eerst omhoog, maar vermoedelijk wel omlaag door besparingseffecten. Kan daar niet een vergelijking van worden gemaakt? Waarom is er in de stukken geen vergelijking gemaakt? Hoeveel zou de premie dalen door invoering van een eigen risico van € 100, in vergelijking tot de premieontwikkeling in het voorstel van de minister? Is daar een indicatie van te geven? De vraag is bij welk systeem mensen zonder besparingsmogelijkheden op hun zorguitgaven beter uit zijn. Dat lijkt mij een terechte vraag gelet op wat die mensen met name het afgelopen jaar al voor hun kiezen hebben gehad. Ik wil graag een inhoudelijk antwoord van de minister, voor zover dat het binnen het bestek van dit debat mogelijk is. Het is voor mij belangrijk om te weten hoe dit stelsel zich verhoudt tot het wetsvoorstel van de minister ofwel het besluit van het kernparlement waar het gaat om de effecten van het zorggebruik.

Ik heb bij de algemene beschouwingen al gesteld dat ik de term "omgekeerde solidariteit" bedenkelijk vind. Dat geldt ook voor de term "no claim". Die roept de associatie op met autoschadeverzekeringen en gezondheid is nu eenmaal iets anders dan voorzichtig autorijden. Er is ook een verschil in systematiek, de korting loopt immers niet op bij schadevrije jaren, om maar eens iets te noemen. Mijn fractie heeft in de schriftelijke inbreng voorgesteld om te spreken van een teruggaafvoorschot eigen risico in plaats van een no-claimkorting. Met een andere term los je het probleem niet op, maar ik zou hierop toch nog graag een reactie krijgen, want volgens mij beschrijft het precies wat er gebeurt: de verzekerde betaalt als het ware

een eigen risico, maar krijgt het te veel betaalde terug aan het eind van het jaar. Ik proefde in de inbreng van een aantal leden ook weerstand tegen en bedenkingen bij de term no claim.

Omwille van de tijd kan ik voor onze inbreng op het punt van de koopkrachteffecten voor chronisch zieken en gehandicapten kan ik verwijzen naar de opmerkingen van mevrouw Halsema hierover, omdat zij mede namens mij een amendement heeft ingediend waarin juist voor deze groep een uitzondering wordt gemaakt bij de no-claimregeling. Ik zeg erbij dat aanvaarding van dit amendement de situatie voor onze fractie wezenlijk zou veranderen, want ons hoofdbezwaar tegen het wetsvoorstel geldt niet de gedachte van een eigen risico, maar de wijze waarop hieraan vorm wordt gegeven en de verdeling van de lasten bij de totale regeling. Dus wie weet wat wij bij de stemming over het wetsvoorstel zullen doen als dit amendement het haalt. Ik zeg dit maar tegen degenen die er wellicht in geïnteresseerd zijn, voor zover er nog mensen geïnteresseerd zijn in opvattingen van andere fracties dan de drie regeringsfracties.

Ik heb natuurlijk het debat tot nu toe met belangstelling gevolgd. Nu mevrouw Halsema hierover sprak, vroeg de heer Buijs hoe het zit met de zorgtoeslag, omdat die er in het nieuwe zorgstelsel toch ook komt. Maar wij hebben nu wel te maken met een regeling die op 1 januari aanstaande moet ingaan, terwijl het nieuwe stelsel op z'n vroegst op 1 januari 2006 van kracht zal worden, inclusief een eventuele zorgtoeslag. Overigens heeft Doeke Post, vanmorgen al genoemd, bij mijn weten een prominent arts uit de kring van het CDA, het voorstel voor een zorgtoeslag verwerpelijk genoemd. Hij noemt het een soort armenfonds voor de zorg. Mij dunkt, dit lijkt mij stevige kritiek. De gedachte van een no-claimregeling is veel en fel bekritiseerd, en niet alleen vanwege de huisarts. Sterker nog, veel critici vinden dat als je het dan doet, de huisarts er in ieder geval bij moet worden betrokken. De VVD heeft op dit punt natuurlijk gelijk, de huisarts is in zekere zin het hart van de no-claimregeling. De heer Weekers heeft dit vanmorgen ook niet onder stoelen of banken gestoken. Het is voor mij nog steeds de vraag hoe hij dan zijn handteke-

Rouvoet

ning onder het amendement op dit punt heeft kunnen zetten, maar daarover hebben wij het zojuist al gehad. Het idee zélf wordt dus afgewezen, niet alleen voor de huisarts, vooral omdat het de minder gezonde, de oudere en de chronisch zieke verzekerden treft, en niet degenen die weinig zorg nodig hebben. De kritiek is gericht op de omgekeerde solidariteit, door een aantal mensen aangeduid als de omgekeerde wereld, de grondgedachte van het wetsvoorstel.

Ik geef een paar voorbeelden van de kritiek, waarbij het niet helemaal toevallig is dat het met name kritiek uit de hoek van het CDA is. Je weet immers maar nooit hoeveel beweging er nog in de standpunten zit als het gaat om de no-claimregeling als zodanig. Maar ook in een commentaar in de NRC wordt erop gewezen dat een no-claimregeling eigenlijk haaks staat op iedere preventiecampagne die dit kabinet voert, namelijk voorkomen is beter dan genezen. Nu wordt erbij gezegd dat je beter niet te snel kunt zijn met voorkomen, omdat je er dan voor moet betalen. En misschien is het wel verstandig om te wachten tot je genezing nodig hebt, want als je voor niets naar de dokter gaat, heb je voor niets geld ingeleverd. Ik vind dat de NRC hier gelijk in heeft, het staat haaks op de centrale boodschap van preventiecampagnes.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat laatste argument, het gevaar dat mensen wachten met naar de dokter gaan, geldt natuurlijk voor elk eigen risico en voor elke eigen bijdrage.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Daar heeft u gelijk in. Ik zou ook liever helemaal niet uitgaan van eigen risico's, maar ik heb in het begin van mijn betoog al aangegeven dat ik mij nooit heb afgesloten voor een discussie over een eigen risico, omdat ook ik wel de noodzaak van zelf verantwoordelijkheid nemen zie, maar daarbij is de vormgeving natuurlijk cruciaal. Als er geen sprake is van inkomensafhankelijkheid, zodat er een spanning ontstaat in de verdeling van de lasten, is zo'n regeling wat mij betreft helemaal niet aan de orde. Maar op zichzelf heeft u er gelijk in dat het zich moeilijk verdraagt met de boodschap dat je naar de dokter moet gaan zodra je ook maar even denkt dat er iets aan de hand is, als je mensen in

de een of andere vorm meer laat bijdragen.

De heer **Weekers** (VVD): Zou de heer Rouvoet een systeem van eigen betalingen verkiezen boven het voorstel van de regering?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb daarvoor zojuist iets gezegd; eigen risico of eigen bijdragen. Als u mijn fractie de afgelopen jaren een beetje hebt gevolgd, hebt u kunnen zien dat wij die altijd koppelen aan de mogelijkheid van inkomensafhankelijkheid. Wij hebben altijd gezegd dat een goed zorgstelsel, inclusief de financiering, twee elementen moet bevatten, namelijk eigen verantwoordelijkheid en solidariteit. Eigen verantwoordelijkheid kan tot uitdrukking komen in nominale premies, maar niet in volledig nominale premies. Daarom zijn wij altijd voorstander geweest van een deels, een bescheiden nominale premie en een grotendeels inkomensafhankelijke premie. Dat wil uw fractie niet. Uw fractie wil volledig nominale premies. Dat is de reden dat wij het hebben voorgesteld. Ik ben dus niet tegen eigen verantwoordelijkheid die tot uitdrukking komt in nominale premies, eigen bijdragen of eigen risico. Ik ben tegen een systeem waaruit de solidariteit is verdwenen doordat alleen wordt gekeken naar de eigen verantwoordelijkheid.

De heer **Weekers** (VVD): Het zijn allemaal prachtige woorden van de heer Rouvoet, maar ik mis toch wel zijn amendement om een alternatieve variant van de no-claimregeling of eigen bijdragen in het wetsvoorstel op te nemen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Nu moet het toch niet gekker worden! De heer Weekers heeft zojuist een half uur een voorstel staan uitleggen dat hij niet in een amendement heeft vastgelegd, waarmee hij de mensen op de tribune en in het land zand in de ogen strooit over wat hij eigenlijk wil. Intussen staat zijn naam onder een amendement dat hij helemaal niet wil. En dan zegt hij tegen mij, terwijl ik het wetsvoorstel als zodanig heftig bekritiseer, dat ik geen alternatief voor de no-claimregeling van deze minister heb voorgesteld. U maakt het wel erg bont, mijnheer Weekers. Zo ken ik u niet. Mijn

verbijstering wordt alleen maar groter met dit soort interrupties.

In de veelheid van de zeer kritische reacties op het wetsvoorstel van het kabinet vielen mij er drie op die ik eruit wil lichten. Het Christen-Democratisch Jongeren Appel, het CDJA, noemt het gehele wetsvoorstel als zodanig, dus niet alleen het deel over de huisarts, onrechtmatig, onuitvoerbaar en ondoelmatig. Het is dus niet alleen de terminologie van mevrouw Halsema, maar ook van het CDJA. Onrechtmatig; het is nogal wat. Onuitvoerbaar. Ondoelmatig. Daarvoor worden allerlei argumenten aangevoerd, maar die zijn ongetwijfeld bij de collega's bekend.

De al eerder genoemde CDA'er Post spreekt inderdaad van de omgekeerde wereld en pleit overigens met mijn fractie voor een procentuele premie. Uiteindelijk zegt hij dat zijn CDA-hart op tilt slaat bij dit wetsvoorstel en dat hij ervan uitgaat dat het CDA uiteindelijk ertegen zal stemmen, omdat anders velen hun lidmaatschap zullen opzeggen en hij in ieder geval. Kortom, het wetsvoorstel heeft veel commotie veroorzaakt. Het is niet alleen de huisarts, maar het gehele wetsvoorstel voor de no-claimregeling met de omgekeerde solidariteit erin.

Ten slotte noemt de Protestants Christelijke Ouderen Bond, de PCOB, het gehele wetsvoorstel buitengewoon wrang. Men concludeert dat wie rijker is, hogere zorgpremies moet betalen en niet wie zieker is. Dat lijkt mij een heel adequate manier om de kritiek op dit wetsvoorstel te verwoorden.

De suggestie dat er een gemiddelde verzekerde is die er toch maar mooi € 20 op vooruitgaat, is inmiddels voldoende doorgeprikt in dit debat en in de media. Het blijft overeind staan dat zieke mensen, zo'n 4,5 à 5 mln in de berekeningen die ik heb gezien, zullen inleveren en dat gezonde mensen in het voorstel van de minister zo'n € 187 eraan overhouden. In het voorstel van de coalitie is het € 192. Dat is fijn voor die mensen, maar het wordt betaald door die 4,5 à 5 miljoen verzekerden die niet kunnen besparen op hun zorgkosten. Die leveren fors in; in elk geval die € 63 en misschien nog meer. Dat weten wij echter nog niet precies, want dat is afhankelijk van de uitwerking van het amendement van het kernparlement. Het werken met gemiddelden zou ik bijna

Rouvoet

misleidend willen noemen. Ik meen dit oprecht. Ik vind het niet goed dat wij bij een dergelijk wetsvoorstel werken met de term "gemiddelden", terwijl wij weten wat de realiteit is.

Dan de huisarts. Ik veronderstel dat er geen onduidelijkheid meer bestaat over de positie van mijn fractie in dit vraagstuk. Wij bespreken formeel echter nog steeds het wetsvoorstel van de minister en daar zit de huisarts nog in. Er is geen onduidelijkheid over de positie van mijn fractie. Ik heb indertijd een motie ingediend waarmee ik al duidelijk heb gemaakt dat er geen financiële drempels moeten worden opgeworpen voor een bezoek aan de huisarts. Het opnemen van de huisarts in de no-claimregeling doet dat wel en wordt door mijn fractie dan ook afgewezen, zoals overigens door de meerderheid in dit huis. Dat blijkt ook uit het amendement dat tot mijn vreugde is ingebracht. Overigens is in de media het gevecht om de huisarts en de no-claimregeling al een achterhoedegevecht genoemd, want het gaat tenslotte om het principe dat elk bezoek aan ziekenhuis, specialist, apotheek en in het voorstel van de minister ook de huisarts van je no-claimtegoed afgaat.

Voorzitter. Ik wil mijn waardering uitspreken aan het adres van de heer Buijs en de CDA-fractie. Dit zeg ik oprecht en niet om flauw te zijn. Ik heb hem in het verleden scherp bevraagd over het de rug recht houden waar het gaat om het standpunt van de CDA-fractie om de huisarts niet in de no-claimregeling op te nemen. Ik stel vast dat de heer Buijs en de CDA-fractie op dat punt de rug recht hebben gehouden en dat zij ervoor gezorgd hebben dat de huisarts niet in deze no-claimregeling is opgenomen. Mijn complimenten dus aan het adres van de heer Buijs. Ik zal dit op geen enkele wijze gaan relativeren in het vervolg van mijn betoog. Ik heb wel vragen over de dekking en de verdere invulling van het amendement, maar als het hierom gaat, zet ik geen komma maar een punt achter de complimenten.

Wat de verdere inhoud van het amendement van het kernparlement betreft heb ik eerst nog de feitelijke vraag over welk gat wij spreken als de huisarts uit de no-claimregeling gehaald wordt. Wij hebben die vraag, evenals de CDA-fractie, in de schriftelijke ronde aan de orde

gesteld. De minister heeft een paar maanden geleden in de nota naar aanleiding van het verslag op pagina 14 gesteld: huisarts uit de no-claimregeling kost 120 mln. In het amendement wordt gesproken over 70 mln. Dat is een flink gat. Het zou wel verwonderlijk zijn als nu ineens zou blijken dat de indieners van het amendement helemaal zelf bedacht hebben dat toch een lagere raming van het gat denkbaar is. De minister zal daar zeker op in willen gaan. Ik heb mij maar vastgehouden aan de mededeling van de minister dat het 120 mln is. Graag krijg ik een nadere toelichting op dit punt.

Voorzitter. In het amendement krijgen de huisartsen de ruimte om 4% zuiniger te werken oftewel zij krijgen ruimte om gekort te worden. Een sympathieke formulering met een onsympathieke lading. Er wordt 50 mln, bestemd voor de versterking eerste lijn, gebruikt om het gat te vullen. Dat vind ik spijtig. Over alternatieve middelen om die eerste lijn te versterken, waarvan het belang kamerbreed werd ingezien, rept dit amendement in ieder geval niet. De eerste lijn zal het dus vooralsnog zonder dat geld moeten doen of hooguit met goede intenties. Het amendement spreekt niet, zoals ik bij interruptie heb vastgesteld, over een verdere premieverhoging. De heer Buijs heeft toegelicht dat die er wel aankomt, maar dat hij nog niet precies kan aangeven hoeveel het is. Het gaat om een aantal euro's op jaarbasis. De één heeft het over € 3, de ander over € 5. Ik hoor het wel. Ik stel vast dat wat niet in het amendement staat, hier wel gezegd is. De burgers krijgen door dit amendement in ieder geval meer premie te betalen, zonder dat zij weten of zij ooit iets terugkrijgen. De chronisch zieken in ieder geval niet.

Voorzitter. Ik blijf met mevrouw Halsema en anderen vraagtekens plaatsen bij de verhoging van het no-claimbedrag naar € 255. Als de regeling gaat werken zoals de minister het zich voorstelt, zou dit een extra besparingsverlies met zich kunnen brengen, want dan krijgen nog meer mensen geld terug omdat zij weinig zorg hebben geconsumeerd. Graag krijg ik uitleg over hoe wij dat moeten zien. In het amendement wordt dit namelijk wel ingeboekt als een post om geld weg te halen, terwijl het potentieel meer geld gaat kosten. De consequentie is in elk geval een ingrijpende wijziging

van de Ziekenfondswet, met alle gevolgen van dien voor ziekenhuizen en dergelijke, bijvoorbeeld als het gaat om de administratieve lasten. De heer Weekers heeft daar terecht op gewezen. Die ingrijpende wijziging van de Ziekenfondswet geldt voor één jaar. Daarna komt er, als het goed is, een nieuw zorgstelsel waar die no-claimregeling moet worden ingepast en dan ook nog eens op een andere wijze dan voor 2005 door het kernparlement is vastgesteld. Waarom wordt het plan van de VVD, als het werkelijk rechtvaardiger is, zoals de heer Weekers heeft gesteld, op zijn vroegst pas in 2006 ingevoerd? Waarom genoeg nemen met een onrechtvaardig stelsel als je al weet hoe het beter en eerlijker kan? Gaat de bezuiniging dan toch opnieuw boven de rechtvaardigheid en de solidariteit? De heer Weekers heeft beloofd dat hij een en ander op papier zal zetten. Ik zou bijna zeggen: nu al? De hoofdlijnen waren al op 1 april bekend. Ik vind dat best, maar ik stel wel vast dat de VVD-fractie in dit debat geen alternatief voorstel indient en dat zij voluit de botte bijl van deze minister steunt, zoals de heer Weekers dit zelf vertaalde. Wat zijn bespiegelingen voor over twee, drie, vier jaar betreft: mijnheer Weekers, geen praatjes voor de bühne, want daar kopen chronisch zieken, gehandicapten en ouderen helemaal niets voor. Als u een non-paper wilt uitdelen, prima, maar in het kader van dit debat is het een non-plan. Een serieus debat daarover lijkt mij dan ook niet zinvol. Er mag niet de indruk worden gewekt dat u met concrete alternatieven komt voor wat nu op tafel ligt, want u steunt dit plan en het amendement daarover voluit. U hebt geen ander voorstel ingediend. Ik heb u gevraagd naar het nummer van een amendement, maar dat kon u mij, begrijpelijk, niet geven. Ik wil dat dit duidelijk is.

De heer **Weekers** (VVD): Wat nu wordt gedebiteerd, is volstreekte flauwekul. Dan zou ook de indiening in deze Kamer van allerlei moties waarin de regering wordt gevraagd om tal van plannen nader uit te werken, zodat daar op termijn over gesproken kan worden, moeten worden afgeschaft.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Als u zegt dat ik volstreekte nonsens spreek, vraag ik u rechtstreeks of de

Rouvoet

VVD-fractie vandaag een ander, een eerlijker, een rechtvaardiger voorstel indient dan er op tafel ligt.

De heer **Weekers** (VVD): Het betere mag niet de vijand zijn van het goede. Wij praten nu over het wetsvoorstel van de minister. De uitwerking van ons voorstel vergt meer tijd. Het betere komt later, maar wat mij betreft, zo snel mogelijk.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik zeg niet dat u onzin verkoopt. Ik heb gezegd dat het u volste recht is om ieder non-plan op tafel te leggen. Ik zal daar met belangstelling kennis van nemen, maar tegen alle chronisch zieken, gehandicapten en ouderen die last krijgen van dit voorstel, zegt u: ik heb allerlei betere ideeën, maar ik houd die achter mijn kiezen, want wij hebben meer tijd nodig. De simpele conclusie dat u vandaag niet met een eerlijker, rechtvaardiger voorstel komt, kunt u niet ontkennen. Dat is geen onzin en ik heb dus gelijk.

De heer **Weekers** (VVD): Dit is een herhaling van zetten. Ik heb geen behoefte om daar verder op in te gaan.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het is inderdaad een herhaling van zetten. Mijn conclusie is onweerlegbaar.

De heer **Weekers** heeft gezegd dat over de invoering geen afspraken gemaakt kunnen worden, omdat eerst een uitgewerkt voorstel besproken moet worden. Dat onthoud ik graag voor de behandeling van de Wet maatschappelijke ondersteuning, waarbij dat ook een probleem is.

Ik ben hiermee aan het eind van mijn betoeg gekomen. Uiteraard verwelkomt mijn fractie de nota van wijziging van de minister waarin is geregeld dat de no-claimteruggaaf niet tot de middelen van de bijstandsgerechtigden wordt gerekend, zodat deze niet in minder wordt gebracht op de bijstandsuitkering.

□

De heer **Bakker** (D66): Voorzitter. Veel onderwerpen waarover ik opmerkingen had willen maken, bijvoorbeeld over de dekking, zijn door de heer Bujs en Weekers

inmiddels helder uiteengezet. Ik ga die niet meer herhalen. Mochten er daarover nog vragen zijn, dan merk ik dat wel. Ik heb er wel behoefte aan, de positie van D66 uiteen te zetten. Daarnaast ga ik nog in op de procedure inzake de totstandkoming van het amendement.

De door het kabinet voorgestelde no-claimregeling is ter vervanging van het oorspronkelijke plan voor de invoering van een eigen risico. Een eigen risico maakt ook onderdeel uit van de benadering van de D66-fractie en -partij in de afgelopen jaren, voortgekomen uit de grote onmin die is ontstaan over het centralistisch gestuurde systeem. Mevrouw Halsema verwees naar de periode waarin mevrouw Borst minister was, toen sprake was van aanbodsturing, met alle deksels op de budgetten en alle wachtlijsten van dien. In de laatste twee jaar van haar ministerschap heeft zij gewerkt aan een ander ziektekostensysteem. Dat dit systeem niet allang is ingevoerd, heeft alles te maken met een groot struikelblok dat niet alleen toen, maar al twintig jaar lang het grote struikelblok is in de gezondheidszorg. Dat struikelblok is het feit dat alle discussies over veranderingen binnen het stelsel altijd stranden op inkomenspolitieke overwegingen. Dat geldt vandaag eigenlijk ook weer.

Ik heb niks tegen inkomenspolitiek, maar ik ben al heel lang van mening dat inkomenspolitiek en inkomenscorrecties die nodig zijn uit solidariteit bij voorkeur buiten het stelsel behoren plaats te vinden. Dat moet met name gebeuren in het fiscale systeem met de zorgtoeslag en daarvoor geëigende instrumenten. Wij hebben heel lang vastgezeten in die discussie waardoor er nooit wat mocht veranderen. Er mocht nooit wat veranderen voor wat zo hard nodig was voor een goede organisatie en een goede toegankelijkheid van de zorg, omdat het altijd inkomenspolitieke consequenties had. Dus praatten wij altijd weer over de inkomenspolitiek en dus moest ook het centralisme met die deksels aan de top behouden blijven. Noodzakelijke beslissingen zijn naar mijn gevoel veel te lang gesmoord in inkomenspolitieke discussies in deze Kamer.

Ondertussen groeide de behoefte aan vraagsturing. Bij de patiënten groeide de ergernis over de wachtlijsten, de ontoegankelijkheid, de bureaucratie en de onpersoonlijk-

heid van de zorg. Mede onder invloed van het SER-advies in 2000 waarbij werkgevers, werknemers en kroonleden unaniem kozen voor een zorgverzekeringsstelsel dat uitging van nominale premies voor een overigens veel beperkter basispakket dan waarvan dit kabinet uitgaat en van € 200 eigen risico per persoon, heeft ook D66 daarvoor gekozen. Dat betekent dat wij principieel met het eigen risico akkoord kunnen gaan.

Komt dat neer op het leggen van de kosten bij degenen die het het minste kunnen betalen etc., etc.? Ja, dat wil zeggen dat er een eigen verantwoordelijkheid wordt geformuleerd waarbij mensen die eerste € 200 zelf betalen. Ik vind het op zijn minst overdreven, zo niet schromelijk overdreven om te zeggen dat de solidariteit wordt omgekeerd. Zelfs door gemiddelde patiënten wordt ieder jaar een behoorlijk bedrag aan zorgconsumptie verbruikt, laat staan door chronische patiënten. Het is niet mijn bedoeling daartegen bezwaar te maken. Integendeel, mensen hebben dat nodig. Dat bedrag kan oplopen van € 1500 tot soms tienduizenden euro's. Dat staat tegenover het heffen van een nominale premie van € 367. Bovendien worden de effecten van die premieverhoging dit jaar nog eens netjes weggepoetst in het koopkrachtbeeld voor volgend jaar. Mij gaat het dan veel te ver om te zeggen dat je daarmee de solidariteit omkeert.

Het doel is om overal in het stelsel zowel bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders als verzekerden de goede incentives neer te leggen om een verantwoord gebruik van het systeem te maken dat de komende tien, twintig, dertig jaar alleen maar in uitgaven zal stijgen. Dat weten wij. Wij zien dat allemaal aankomen. Des te belangrijker is het om te komen tot beheersing van kosten.

Vanuit die optiek heeft mijn fractie er geen enkele moeite mee gehad om te komen tot een systeem van eigen risico. Integendeel, wij hebben ervoor gepleit. Dat systeem is nu vervangen door een systeem van no claim. Dat betekent twee dingen. Er is een zekere verschuiving van collectieve naar publieke financiering, waarbij de collectieve financiering nog steeds in alle opzichten de overhand houdt. Daarnaast is er een gedragseffect, omdat de zorgconsumptie van diverse groepen

Bakker

nogal verschillend is en beïnvloedbaar.

Het systeem van no claim is als voorloper op en onderdeel van het nieuwe zorgstelsel naar ons gevoel hard nodig. Naar mijn mening had dat ook voor de huisarts mogen gelden. Ik heb evenmin als de heer Weekers die dat zo-even zei, nooit begrepen waarom als je buikpijn hebt in juni en je maakt je daar zorgen over je niet naar de dokter gaat, omdat je in januari € 5 minder terug zou krijgen. Ik heb dat principiële en bijna theologische debat dat daarover door sommigen is gevoerd, niet zo erg begrepen. Wat ik wel heb begrepen, is het meer praktische bezwaar van de daarmee samenhangende bureaucratie. De administraties zijn daar niet op ingericht. Daar zijn bepaalde registraties voor nodig. De administraties van de huisartsen zullen wel aangepast worden, maar pas op een later moment in 2006. Dan gaan wij weg van het abonnementstarief. Dat heeft voor ons uiteindelijk de doorslag gegeven. Wij denken dat het beter is de afspraak te maken om huisarts nu niet in het systeem te brengen.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): U zei dat u nooit begrepen had waarom € 5 minder aan het einde van het jaar zou betekenen dat je in de zomer niet naar de dokter gaat. U verwacht toch dat de wet financiële effecten heeft?

De heer **Bakker** (D66): Natuurlijk, maar ik vind het principieel niet verkeerd dat mensen zichzelf die vraag stellen. Dat staat haaks op uw benadering. U zegt dat mensen meteen naar de dokter moeten kunnen gaan als ze iets dwarszit, zonder dat zij zichzelf van tevoren afvragen of het nodig is en zonder dat zij de consequenties daarvan onder ogen zien. Daarom zitten al die wachtkamers zo vol. Er is voor een deel sprake van oneigenlijk en onbedoeld gebruik. Dat moeten wij ook gewoon onder ogen zien. Daar kunnen wij heel pathetisch over doen, maar dat is gewoon een feit. Natuurlijk zijn er in Nederland niet alleen maar heel zieke en heel gezonde mensen. Daar zitten alle mogelijke categorieën tussen. Over het algemeen zijn mensen heel goed in staat om zelf een afweging te maken. Ik vind het niet verkeerd dat bij die afweging in het geval van de

huisarts een buitengewoon geringe financiële prikkel meetelt. Dat wil zeggen dat je over een halfjaar € 5 minder terugkrijgt, want dat geld is al betaald via de premie.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dan is en blijft wel de vraag waarom u de huisarts er uithaalt. Alle voorbeelden van onnodig gebruik concentreren zich rond de huisarts. Ik denk dat u geen voorbeelden kunt geven van mensen die onnodig zijn doorverwezen naar een specialist, want een huisarts verwijst niet voor niets door. Onnodig gebruik concentreert zich dus bij de huisarts en juist die haalt u uit de no claim. Wat mij betreft is dat terecht, maar vanuit uw redenering is dat zacht gezegd onlogisch.

De heer **Bakker** (D66): Daar hebt u in zekere zin gelijk in. Het probleem is dat een huisarts niet altijd louter medisch kan afwegen of een patiënt naar een specialist moet. Heel vaak zegt de patiënt dat hij niet weggaat voordat hij een verwijsbriefje heeft met een recept voor plaspillen en een recept voor volgende week. Zo gaat het natuurlijk vaak. Daar mag je de patiënt op aanspreken, want die heeft ook zijn eigen verantwoordelijkheid. Wij kijken anders naar de eigen verantwoordelijkheid en vooral naar het dolgedraaide en gesocialiseerde systeem dat wij nu kennen.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De no claim verandert niets in de aanbodsturing van de zorginstellingen, want die blijft gewoon overeind. Wij introduceren nu alleen een aantal domme principes. Een gezin zonder zieken betaalt € 510 oftewel 1/3 van 1200 per jaar minder aan premie dan een gezin met zieken. Daarom zijn wij daartegen, want 1/3 van 1200 is voor sommige groepen heel veel geld. Behalve dat het niet solidair is, zijn het ook nog domme principes. Het werkt namelijk niet. Dat zegt u net zelf. Bent u het ermee eens dat de besparingen in de doorverwijzingen en de volumebesparingen niet gehaald worden? Wat zijn de consequenties daarvan voor de VWS-begroting? Ik denk toch dat er een gat ontstaat.

De heer **Bakker** (D66): Dat kon u vorig jaar ook weinig schelen toen u samen met de heer Buijs tegen de medicijnknaak stemde en verder niet keek naar de dekking. Dat mocht de

coalitie vervolgens doen. De aanbodsturing verandert niet door dit wetsvoorstel, dat ben ik met u eens. Niet voor niets behandelen wij in de periode vanaf nu tot 1 januari 2006 zo'n 45 wetsvoorstellen die allemaal veranderingen in de zorg aanbrengen. Nu ligt een onderdeel daarvan op tafel, het onderdeel dat het meest gevoelig ligt omdat het de patiënt aanspreekt. Naar mijn gevoel gebeurt dat echter nog altijd in verantwoorde mate. Gisteren voerde ik nog een debat met een collega van u die verwees naar Scandinavië: daar was de levensloop hartstikke goed geregeld, allemaal collectief. Weet u dat patiënten in Zweden gewoon € 17 moeten betalen voor de huisarts? Doe dus niet alsof dit het einde van de beschaving is.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U introduceert een verschil tussen gezond en arm van 1/3 van 1200 per jaar. Dat hakt er fors in. U bedrijft dus inkomenspolitiek. De reden waarom u het doet is onnodig gebruik van zorg tegengaan, maar de coalitie heeft daar nog geen enkel overtuigend voorbeeld van weten te geven.

De heer **Bakker** (D66): Wij zien via de systemen in Nederland en andere landen toch een verschil in zorgconsumptie dat mede correleert aan de vraag of mensen er al dan niet zelf iets voor moeten betalen. Mevrouw Kant schudt nu direct met haar hoofd, maar dat raakt echt kant noch wal. Wij kunnen allemaal selectief winkelen in gegevens, maar...

Mevrouw **Kant** (SP): Nu, komt u dan met die onderzoeken. Ik ken ze niet.

De **voorzitter**: Ik wilde u net de gelegenheid geven om een interruptie te plaatsen, maar kennelijk hebt u die al geplaatst. Gaat u door, mijnheer Bakker.

Mevrouw **Kant** (SP): Het was maar even een tussenopmerking. Ik kreeg de indruk dat de heer Bakker mij wilde interrumperen, hoewel ik achter de interruptiemicrofoon sta.

De heer **Bakker** (D66): U schudde nee met uw hoofd. Er werd dus al via lichaamstaal geïnterrumped.

Mevrouw **Kant** (SP): De interruptie die ik wilde plaatsen, gaat over iets anders. Internationale vergelijkingen

Bakker

doen wij een andere keer wel. De huisarts is er nu uit. U bent daar niet blij mee, maar ik wel.

De heer **Bakker** (D66): Nou, op zichzelf ben ik er wel blij mee, maar...

Mevrouw **Kant** (SP): In ieder geval was uw redenering dat mensen bij de huisarts keuzevrijheid hebben. Daar kun je vraagtekens bij zetten, maar dit was uw betoog. Verder is het vooral de huisarts die deskundig advies aan mensen geeft en mensen doorverwijst. Daarmee is dus de bodem weggeslagen onder uw bedoeling met de no claim. Toch moet de no claim volgens u wel per 1 januari worden ingevoerd, wat veel heisa en veel bureaucratie geeft. Dat laatste is een terecht argument van u. Is het dan niet verstandiger om de no claim maar niet per 1 januari in te voeren?

De heer **Bakker** (D66): In mijn redenering zou het misschien verstandig zijn om de huisarts maar wel in de no claim te betrekken, maar ik kom straks nog op de vraag wat ons ertoe heeft gebracht om uiteindelijk de vorm te kiezen die is voorgesteld. Het is natuurlijk evident dat er anders over werd gedacht.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar, voorzitter, het gaat erom...

De **voorzitter**: Nee, nu geen interrupties meer, mevrouw Kant.

De heer **Bakker** (D66): Ik ben trouwens nog bezig om antwoord te geven.

De **voorzitter**: Inderdaad, en dan moet u er niet weer tussenkomen, mevrouw Kant. Bovendien komt dit punt straks nog terug. Ik verzoek de heer Bakker zijn betoog te vervolgen.

De heer **Bakker** (D66): Het staat overigens nog te bezien of inderdaad elke doorverwijzing naar de specialist altijd zo welbewust en louter op medische gronden gebeurt. Ik denk dat er wel degelijk vaak vanuit de patiënt zelf druk wordt uitgeoefend op dat besluit. Dat daar ook een financiële overweging bij mee gaat spelen, vind ik dan ook niet verkeerd. Bovendien, laten wij wel zijn: wat zijn nu reëel gesproken de koopkrachtconsequenties? De heer Heemskerk had het zojuist over ; 1200, maar dat zou het geval zijn bij een eigen

risico. Met het wetsvoorstel gaan mensen een extra premie betalen van € 63, dan wel € 68 per jaar. Dat is dus het bedrag dat ze merken. Als er minder zorgconsumptie is, komt daar aan het eind van het jaar nog wat van terug. Ik wil dat niet wegpoetsen, maar het is precies de bedoeling om een incentive te leggen bij personen, zonder dat het leidt tot onoverkomelijke koopkrachtconsequenties. Uit de koopkrachtplaatjes blijkt dat het voor iedereen op een heel aanvaardbare manier is geregeld, zelfs in het qua koopkracht voor iedereen zo moeilijke jaar 2005.

Zoals ik al zei: principieel hebben wij minder bezwaren als het gaat om de huisarts. Wij hadden kunnen zeggen: van ons mag de huisarts erin, van de VVD mag dat ook, in de Kamer wordt er weliswaar anders over gedacht, bijvoorbeeld door de CDA-fractie, maar daar zit ook veel persoonlijke inspiratie in, wat ik de heer Buijs trouwens gun. Laten wij hier nu maar over discussiëren in de Kamer, opdat wij tot een uitkomst komen. Die procedure zou veel mooier zijn dan de procedure die nu is gevolgd, zeg ik de heer Rouvoet na. Ik zeg er echter wel bij dat wij vorig jaar in precies dezelfde situatie verkeerden. Toen ging de discussie over de medicijnknaak en daar had de heer Buijs ook bezwaar tegen. Ik had daar geen bezwaren tegen, maar je kunt daar natuurlijk verschillend over denken. De heer Buijs heeft toen bij u aangeklopt met de vraag: help ons aan een meerderheid om die medicijnknaak eruit te schieten. Dit is zijn goed recht. Dualisme vraagt om een goed debat in de Kamer en een politiek besluit. Daarmee was het zoet geregeld, maar voor het zuur gaf u niet thuis, want daar bent u nooit voor thuis. Dus was het vervolgens aan de heer Buijs, de andere coalitiepartijen en de minister om het gat te dichten dat hierdoor werd geslagen. Ik ben niet gelukkig met de manier waarop dit uiteindelijk is gebeurd, namelijk door een hoger eigen risico en door de zelfzorgmiddelen uit het pakket te halen. Dit vond ik flut, maar dit had er alles mee te maken dat u selectief winkelde, wel het zoet en niet het zuur.

Daarom heb ik er deze keer de voorkeur aan gegeven om samen met de heer Buijs en de heer Weekers, dus met de coalitiefracties, toch nog maar eens door te praten om te zien of wij er niet samen

zouden kunnen uit komen. Voor mij had de huisarts er best in mogen blijven, maar de basisvoorwaarde was wel dat als dit niet mogelijk was, er voor een goede dekking zou worden gezorgd. Ik wilde niet dat de gaten die daardoor werden geslagen, gevolgen zouden hebben voor diegenen die het uiteindelijk niet kunnen dragen zoals vorig jaar toch wel een beetje is gebeurd.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit mag niet onweersproken blijven. Ik zal niet de hele geschiedenis herhalen, want dat zou wel eens pijnlijk kunnen worden. Ik wil in ieder geval zeggen dat ik het waardeer dat de heer Bakker zich in tegenstelling tot zijn collega's in ieder geval wil verantwoorden voor de procedure die hij met mij niet erg netjes vindt. Ik hoop dat hij het ermee eens is dat herhaling van deze procedure de dood in de parlementaire pot zal zijn.

Ik moet het voorbeeld corrigeren dat hij nu geeft. Tijdens de algemene politieke beschouwingen kwam de heer Verhagen opeens met de alternatieve dekking van de zelfzorgmiddelen op de proppen. Het is niet waar dat de oppositiefracties niet thuis waren voor het zuur, voor de dekking. Wij zaten er niet op te wachten, maar wij hebben toen samen met de PvdA en GroenLinks eigen voorstellen geformuleerd voor een alternatieve dekking. Ik zie ons nog zitten in mijn kamer. Die voorstellen waren echter op voorhand onbespreekbaar voor de coalitiefracties. Wij waren wel thuis, maar u wilde niet meedenken.

De heer **Bakker** (D66): Het gaat dan natuurlijk om de waardering van de dekking. Het staat mij niet meer precies voor ogen welke dekking u vorig jaar heeft voorgesteld.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Mij wel, daarom juist.

De heer **Bakker** (D66): Je ziet in de zorg toch vaak dat de oplossing wordt gezocht in een premieverhoging en dan bij voorkeur uitgesmeerd over en opgehoogd naar de hogere inkomens, waardoor het inkomenspolitieke gebouw nog verder in elkaar wordt gedrukt. Dit wordt dan in het volksgezondheidsdebat niet verder overwogen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit kunt u zeggen, maar u kunt niet

Bakker

volhouden dat de oppositiefracties wel in waren voor het van tafel halen van de medicijnknaak, maar niet voor het vinden van een alternatief. Wij waren het niet eens over het alternatief. Ik vind nog steeds dat het alternatief, zelfzorgmiddelen uit het pakket, minstens zo slecht is als de medicijnknaak.

De heer **Bakker** (D66): Ik herinner dan nog eens aan de gang van zaken. Tijdens de algemene politieke beschouwingen kwam de heer Verhagen met dit punt. Zo kon ook worden vastgesteld dat er een meerderheid tegen de medicijnknaak was, op basis van dezelfde overwegingen als sommigen hier vandaag naar voren brengen. Over die argumenten kun je twisten, maar eenieder heeft zo zijn eigen opvatting. Toen dit vervolgens bij de algemene financiële beschouwingen een week later moest worden geregeld en de minister bezwaar had tegen sommige dekkingen, is uiteindelijk besloten tot een hoger eigen risico en de zelfzorgmiddelen. Wij waren daar niet erg gelukkig mee en de minister heeft inmiddels aangekondigd dat hij een paar van die dingen nog eens opnieuw zal bezien.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik maak bezwaar tegen de opmerkingen van de heer Bakker. Mijn fractie zal nooit een voorstel goedkeuren dat niet gedekt is of niet gedekt kan worden. Ik heb vanuit de D66-fractie vaak horen zeggen dat wij solidair moeten zijn met de chronisch zieken, de laagste inkomensgroepen, de gehandicapten en de ouderen. Wat vindt u dan van het amendement van mevrouw Halsema, waar ook een dekkingsvoorstel bij is?

De heer **Bakker** (D66): Die vraag kon ik natuurlijk zien aankomen. Welnu, ik ben er niet voor. Ik vind dat wij de balans moeten vinden in de voorstellen die voorliggen. Er wordt een klein beetje afgehaald van de megasolidariteit die wij in ons stelsel hadden, hebben en houden. Door mevrouw Halsema wordt dit omgekeerde solidariteit genoemd.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Pardon, door de heer Hoogervorst wordt dit omgekeerde solidariteit genoemd. Het is een verwijzing.

De heer **Bakker** (D66): De heer

Hoogervorst moet maar voor zichzelf spreken.

De **voorzitter**: Ik zie dat de minister een gebaar maakt. Ik hecht eraan, als de minister een feitelijke opmerking wil maken, hem het woord te geven.

Minister **Hoogervorst**: Ik hoor al de hele ochtend dat ik zou hebben gepleit voor omkering van solidariteit. Dat is niet het geval. Wat ik bedoeld heb te zeggen, is dat solidariteit geen eenrichtingsverkeer is, maar tweerichtingsverkeer. Er moet solidariteit zijn van gezonde mensen met zieke mensen, en dat is natuurlijk de hoofdrichting, maar bij een systeemwijziging kan er ook sprake zijn van omgekeerde solidariteit, van chronisch zieken ten opzichte van de mensen die het betalen.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Daarmee kunnen wij vaststellen dat de minister dus het woord omgekeerde solidariteit gebruikt.

De heer **Bakker** (D66): Ik ga even voorbij aan het woordenspel.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik heb van u nog geen antwoord gehad.

De heer **Bakker** (D66): Neen, want de minister interrumpeerde.

Ik vind dat aan de solidariteit in het nieuwe zorgstelsel in hoge mate wordt vorm gegeven, zij het dat dit gebeurt op een andere manier dan tot nu toe en op een andere manier dan sommige fracties in de Kamer zouden willen. Sommigen kiezen voor het volledig inkomensafhankelijke model, maar mijn stelling is dat dit ons nu juist heeft geleid naar het gecollectiveerde model dat wij nu hebben. Daar zijn wij geen van allen blij mee en daar moeten wij dus vanaf. Wij moeten naar een redelijke balans tussen eigen risico, in dit geval no claim, en solidariteit. Solidariteit blijft natuurlijk gewoon het dominante kenmerk van ons systeem, zij het dat inkomenspolitieke zaken voor een belangrijk deel buiten het systeem worden geregeld.

In het voorstel van het kabinet is er sprake van een premieverhoging van € 63 per jaar. Daarmee worden de koopkrachtconsequenties over het algemeen op een heel nette manier gedekt in de koopkrachtontwikkeling van 2004 op 2005.

Ik denk dat een betere verdeling van prikkels, bij alle spelers in de zorg, namelijk aanbieders, verzekeraars en ook verzekerden, nodig en noodzakelijk is in het belang van de betaalbaarheid van het systeem. Betaalbaarheid van het systeem is in het belang van iedereen, ook van chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Nawijn** (LPF): Ik ben het helemaal eens met wat u zegt. Dat is ook het uitgangspunt van mijn fractie. Alleen, mevrouw Halsema stelt voor iets terug te doen voor een groep die extra wordt gepakt. Daar gaat het om. Ik ga helemaal met de minister mee in zijn verhaal over verantwoordelijkheid en dergelijke. Hier draait het er echter om dat wij iets van de pijn kunnen verzachten voor de groepen die dit het hardst nodig hebben.

De heer **Bakker** (D66): Ik stel vast dat die pijn bestaat uit € 63 per jaar. Dit bedrag wordt op een verantwoorde manier in de koopkrachtontwikkeling volgend jaar opgevangen. Er zijn wel vaker veranderingen, bijvoorbeeld in de huursubsidie. Ook chronisch zieken hebben daar soms mee te maken. Waar het om gaat, is de opstap te maken naar een systeem waarbij de prikkels worden verdeeld en waarbij er een andere verdeling komt tussen nominale en inkomensafhankelijke premies. Dat geldt ook voor chronisch zieken en gehandicapten.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik ga nog even in op het amendement van de coalitie. Er is weken onderhandeld en het siert u dat u ronduit zegt: voor mij had het niet hoeven. Wat u betreft had de huisarts erin mogen blijven. Dan dringt zich bij mij wel een vraag op. Het is mij heel duidelijk waarom het CDA heeft onderhandeld. Zij krijgen ook wat, namelijk de huisarts erin. Het is mij ook duidelijk dat de VVD nog iets krijgt, namelijk een verhoging van de no claim met € 5 en een onderzoek op termijn, een mooi werkstuk van de minister. Maar D66 krijgt helemaal niets en gaat toch akkoord. Kunt u mij dat uitleggen?

De heer **Bakker** (D66): Weet u wat wij krijgen? Wij krijgen een gezwinde route naar een ander zorgstelsel en dat is precies wat er nodig is. Dat is ook precies waar wij voor hadden

Bakker

gekozen, overigens al vóór dit kabinet. U hebt een heel andere richting gekozen. Ons verkiezingsprogramma 2002 was geboren uit de onmogelijkheid om het voor die tijd te regelen. Ons ongeduld om te komen tot een snel stelsel is dan ook buitengewoon groot. Dan lijkt mij het uit het systeem halen van de huisarts \pm waar ook in de samenleving veel om te doen is, dat weegt eveneens mee \pm een prijs die zeer de moeite waard is, als je het al een prijs wilt noemen. Overigens is voor mij ook heel belangrijk dat wij dit jaar hebben weten te voorkomen dat er onverantwoord wordt gedekt. De dekking geschiedt op een goede manier. Aan het spelletje wie krijgt wat heb ik nog nooit meegedaan en dat doe ik in dit geval dus ook niet.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Het voorstel van de regering om in het ziekenfondsstelsel een no-claimteruggaaf op te nemen voor mensen die geen of weinig zorg gebruiken, heeft \pm dat is niemand ontgaan \pm gezorgd voor veel heftige discussie in de samenleving. Velen blijken er zeer emotioneel bij betrokken te zijn en dat is op zichzelf best te begrijpen. De SGP-fractie is geen principieel tegenstander van eigen betalingen van burgers voor hun ziektekosten. Naar onze overtuiging is het juist goed om mensen bewust te doen zijn van de kosten die voortvloeien uit het gebruik van zorg. De minister mag hieruit echter niet meteen de conclusie trekken dat hij de steun van de SGP-fractie heeft voor zijn voorstel. Immers, een selectievere zorgconsumptie is één, maar het risico van talmen bij het vragen van een consult of mijden van noodzakelijke zorg, met alle consequenties die dit op termijn zal hebben, mag niet optreden. Daarenboven gaat het om zorgvuldige maatvoering. Er zijn immers categorieën patiënten die in de zorgconsumptie geen of nauwelijks nog vrijheid van keuze en/of selectie hebben: chronisch zieken, gehandicapten, ouderen die vaak in toenemende mate met gezondheidsbeperkingen te kampen krijgen. Voor ziekte kies je niet, ziekte overkomt je, zeker langdurige ziekte. Daarbij past wel weer de kanttekening dat je ook slordig of risicovol kunt leven en ongezond gedrag vertonen, zodat je als het ware

medeverantwoordelijk wordt voor je gezondheidsprobleem. Een en ander neemt echter niet weg dat er een categorie is die deze keuzevrijheid niet heeft en op wie de prikkels dus geen betrekking kunnen hebben. Uit dat dilemma zullen wij op een zorgvuldige wijze moeten zien te komen.

Het wetsvoorstel beziende, kom ik allereerst bij de vraag naar de effectiviteit van de maatregel. Het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid leidt immers niet automatisch tot minder zorggebruik. Er zijn bij de maatregel extra administratieve lasten voorzien. Daarom moet het invoeren van een maatregel zoals de voorgestelde wel zeer goed worden overwogen. Wij herinneren ons immers allemaal de mislukking van de bekende "medicijnknaak", daar werd zojuist nog aan gerefereerd. Wat is volgens de minister het wezenlijke verschil tussen de regeling van toen en de regeling die hij nu verdedigt? Waarom zou deze regeling wel een succes worden?

Ik wijs op het rapport "Gepaste Zorg". Dat rapport stelt over financiële prikkels: "Patiënten worden slechts in relatief geringe mate geprikkeld om minder zorg te consumeren. Hierbij wordt weliswaar overconsumptie tegengegaan, maar tegelijkertijd onderconsumptie gestimuleerd." Dat staat op pagina 24. Dergelijke regelingen bleken in andere landen minder effectief te zijn dan verwacht. Op welke gegevens is de stelling van de minister gebaseerd dat de no-claimregeling remmend werkt? Wegen de kosten wel echt op tegen de baten? De gedachte dat dit niet zo is, wordt nog eens bevestigd door de opmerking in de nota naar aanleiding van het verslag. Op pagina 23 staat "dat mensen veel sterker reageren op mogelijke verliezen (het betalen van een eigen risico) dan op mogelijke winsten (het ontvangen van een no-claimteruggaaf)". Ook de Raad voor de Zorg heeft uitspraken gedaan over de eigen bijdrage. Dit orgaan wijst die als zodanig niet af, maar verwacht veel meer van bijvoorbeeld het inzetten van call-centers. Hierdoor zou zelfs een reductie kunnen optreden van 30% van de consulten. Hoe oordeelt de minister over deze aanbeveling uit Medisch Contact van 27 augustus 2004?

De systematiek van het wetsvoorstel is eenvoudig, dat is waar. Iedereen betaalt extra nominale premie en alleen diegenen die weinig of geen zorg gebruiken, krijgen geld terug. Het voorstel van de minister gaat ervan uit dat iedereen 100% terugkrijgt van het bedrag dat hij niet heeft gebruikt. Waarom 100%? Er zou ook kunnen worden gekozen om een substantieel deel ervan terug te geven, maar niet het hele bedrag. Iemand heeft bijvoorbeeld € 150 aan zorgkosten gemaakt en zou dus € 105 terugkrijgen als het amendement van de coalitie de eindstreep heeft gehaald. Men kan hem ook 75% ervan teruggeven, dus ongeveer € 76. Er is dan een stevige prikkel om geen gebruik te maken van de zorg terwijl tegelijkertijd niet het hele bedrag aan de zorg wordt onttrokken. Dat is relevant voor de premiestelling. Wij hebben een amendement ingediend dat hierin voorziet en dat mede is bedoeld om de nominale premie wat te beperken. Dat komt iedereen goed uit.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Dit gaat op het eerste gehoor een sympathieke richting uit. Ik zie dit even los van hoe men de introductie van een no-claimstelsel waardeert. Is het geen aantasting van het karakter van het stelsel als mensen aan het einde van het jaar maar een gedeelte terugkrijgen van wat zij niet aan zorg hebben geconsumeerd? Compliceert dat niet? Wordt dan de essentie van het voorgestelde systeem er niet uitgehaald? De richting is mij overigens in bepaalde opzichten sympathiek. Ik kan het voorstel echter niet helemaal overzien.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Toen wij de stukken beoordeelden, constateerden wij dat er sprake is van een zeker automatisme. Men heeft premie betaald, men houdt wat over op de uiteindelijk zorgconsumptie en dat krijgt men volledig terug. Het kan echter worden gemitigeerd. Overigens is die 75% een gedachte om het even te fixeren. Ik heb daar geen gewichtig verhaal bij. Als daarvoor wordt gekozen, blijft er een solidariteitscomponent inzitten, zelfs meer dan nu het geval is. Dat is het belangrijkste motief. En bovendien houd je van het terug te geven geld een kwart in huis, in het zorggebouw. Daarmee kun je de

Van der Vlies

premieverhoging voor iedereen mitigeren, wat natuurlijk ook relevant is, niet in de laatste plaats voor degenen bij wie de nominale premie zozeer doortikt, namelijk de groep van de lagere inkomens en de uitkeringsgerechtigden. Het heeft dus op twee manieren een positief effect.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Als ik het goed begrijp, wilt u de lastenverlichting beperken door 75% van de no-claimkorting uit te keren aan degenen die geen gebruik hebben gemaakt van zorg, terwijl degenen die maar weinig zorg hebben gebruikt, niet ook naar verhouding minder krijgen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): U zou het voorstel nog eens goed moeten lezen. Het is in ieder geval de bedoeling dat iedereen iets terugkrijgt, maar dan drie kwart van het verschil. Het geldt dus zowel voor degenen die geen zorg consumeren, de gezonde jongeren, maar wel degelijk ook voor hen die wel gebruik hebben gemaakt van de zorg, maar daarbij niet hun no-claimbedrag hebben opgemaakt.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Maar betekent uw voorstel dan niet dat een grotere groep mensen negatieve gevolgen van de regeling zal ondervinden omdat zij niet meer boven het premiebedrag uitkomen?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Nee, zo heb ik het althans niet beoordeeld. Uiteraard moet je op elk signaal reageren en ik wil er nog best over nadenken, maar wat u zegt, is niet de bedoeling. Wij willen het mechanisme op zichzelf handhaven. Er wordt op een gegeven moment vastgesteld of iemand gelet op zijn zorgconsumptie recht heeft op een teruggave, maar dat is dan maar 75%. En met de 25% die ik in het zorggebouw wil laten, kunnen de dingen worden gedaan die ik zojuist verdedigde.

De huisartsen zullen niet bij de regeling betrokken worden. Dit was voor onze fractie een belangrijk punt; de toegang tot de poortwachter moet zoveel mogelijk zonder drempels blijven. Zo blijft er ook voor medisch minder goed geïnformeerde burgers nog ruimte om advies over hun gezondheid in te winnen. Ook zouden wij er met een dergelijke regeling voor kunnen zorgen dat meer mensen naar de huisarts

stappen voordat zij zich bij de eerste hulp melden. Er is lang over dit punt getwist, juist ook binnen de coalitiepartijen. De discussie over het uitstel van het plenaire debat zullen wij niet herhalen, maar de redenen voor dit uitstel die daarbij werden aangevoerd, leken nergens op. Het resultaat is bekend en ook ik complimenteer de heer Buijs hiermee, want vooral hij heeft het, gesteund door zijn fractie, zo ver weten te brengen. Er is ook een dekking. Daarbij wordt de last op een vernuftige wijze in de sector van de huisartsen teruggedroefd. Er wordt gesproken van "ruimte krijgen voor", maar intussen moet men toch doen wat er gezegd wordt. Het is taakstellend, maar vriendelijk geformuleerd. Ik houd hier wel van: houd de eer aan jezelf, maar doe wel wat ik zeg. Maar goed, ik ontken niet dat adequate inrichting van de poortwachtersfunctie verbeteringen teweeg kan brengen die de kwaliteit van de zorg op het niveau van de patiënten niet raakt. Het effect is wel dat de premie er iets voor verhoogd zal moeten worden. Juist in verband hiermee beveel ik mijn amendement nog maar eens aan, want dat zou ook kunnen helpen om dat te voorkomen.

Onze fractie vindt het jammer dat de reactie van de regering op opmerkingen van de VVD-fractie over een teruggave bij no claim zoals in Duitsland toch wat vaag is gebleven. Op blz. 15 is te lezen: "Wel is het zo dat er voor verzekerden mogelijkheden zijn om een financieel voordeel te krijgen. Bijvoorbeeld als iemand actief voorzorgsmaatregelen neemt door deel te nemen aan erkende preventieprogramma's, of als voor het raadplegen van een specialist eerst de huisarts wordt geraadpleegd. Veel van dergelijke bonusregelingen schijnen op dit moment echter nog in ontwikkeling te zijn."

Waarom heeft de minister juist dit niet verder uitgewerkt? Als men in Duitsland nog bezig is met de ontwikkeling van een systeem, kunnen wij daar in Nederland mogelijk van leren. Hoe is aan de bonusregelingen precies vormgegeven? Later stelt de regering dat in Duitsland inkomensafhankelijke maxima gelden, waardoor chronisch zieken 1% van hun inkomen betalen en anderen maximaal 2%. Heeft de regering ook voor ons land een dergelijke differentiatie nog overwogen? Het is immers heel goed

voor te stellen dat bijvoorbeeld voor inkomens tot € 20.000 een no-claimbedrag van € 200 wordt bepaald, voor inkomens tot € 25.000 een bedrag van € 250 en voor de overige inkomens € 300.

Mijn fractie vraagt nog eens met klem om vast te leggen dat het no-claimbedrag op een vast tijdstip wordt uitgekeerd. In zijn beantwoording blijft de minister hierover onduidelijk. Hij is er aan de ene kant wel voor, maar wil aan de andere kant de verzekeraars niet verplichten tot een eenmalige uitkering. Waarom is dat het geval? Mijn fractie vindt dat een eenmalige uitkering een veel duidelijker prikkel vormt, omdat mensen dan ook echt geld in handen krijgen, dan een versleteling in de maandpremies. Dan vervluchtigt het effect en is de prikkel weg. Wij bepleiten daarom met klem om dit als eis op te nemen in de AMvB. Ik krijg graag een toezegging op dit punt. Wel moet er op dit punt een uitzondering zijn voor mensen die weigeren om hun premies te betalen. Het systeem mag er niet toe leiden dat zij wel een uitkering in handen krijgen, maar hun premies niet betalen.

De minister heeft op verzoek van de Kamer besloten om rekeningen die pas bij de ziektekostenverzekeraars komen na 1 januari van het volgende jaar, toch mee te nemen voor de berekening van de no-claimuitkering over het voorafgaande jaar. Dat is volledig terecht. Wel is nog onduidelijk hoe wordt omgegaan met de rekeningen die om welke reden dan ook zeer geruime tijd later komen. Ik heb mij laten informeren dat dit toch nog wel eens het geval is. Ik heb gehoord van rekeningen die soms pas anderhalf jaar erna bij de verzekeraar worden ingediend. Op welke manier tellen die rekeningen dan nog mee? Licht daar niet een uitvoeringskwestie?

Het laatste onderwerp is de relatie met de inkomenscompensatie en het complex van vragen naar de effecten op de diverse inkomensniveaus. In de stukken stelt de regering dat burgers die geen of slechts gedeeltelijk een no-claimbedrag terug ontvangen, dit bedrag aan niet ontvangen no claim in aftrek kunnen brengen bij de buitengewone lasten. Daaronder vallen naar verwachting chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met een toenemende hulpvraag. Op dit punt wil ik toch een verduidelijking. Wat betekent

Van der Vlies

deze stelling van de regering concreet voor iemand die het gehele bedrag van € 250 en straks € 255 terugkrijgt? Wat betekent het voor iemand die niets of slechts een gedeelte ervan terugkrijgt? Hoe langer ik erover nadenk, hoe meer ik tot de overtuiging kom dat een bepaalde categorie niet worden bereikt met de verzachtende maatregelen en mogelijkheden. Daarom heb ik uiteindelijk, alles afwegend, het amendement-Halsema medeondertekend. Ik zou willen dat de minister daarop serieus reageert. Wij willen dat overigens bij alles, maar ook bij dit amendement. En waarom zeg ik dit zo expliciet? Ik heb aangegeven dat de minister de SGP-fractie nog over de streep kan krijgen. Het is niet op voorhand zeker dat het gebeurt, maar dat is het debat en de positie van mijn fractie erin. Er zijn dus wat hobbels te nemen. Een hobbel wordt in elk geval weggenomen door het amendement-Halsema c.s. Dat moet dan echter wel de eindstreep halen. De Kamer of de minister kan mij dus helpen met aanvaarding, wat door pre-advisering beïnvloed kan worden, van het amendement-Halsema c.s. Dat zou relevant kunnen zijn voor ons uiteindelijke stemgedrag. Ik laat het er niet voor 100% van afhangen, maar het kan wel helpen.

Voorzitter. Tot slot het toekomstig perspectief. De notitie van de heer Weekers heb ik nog niet helemaal tot op het naadje kunnen doorgronden. Ik neem aan dat die notitie ook in de tweede termijn een rol zal spelen, dan voorzien van het eerste commentaar van de minister.

De **voorzitter**: Ik moet om 14.45 uur een kwartier gaan schorsen. Dat is natuurlijk een heel rare tijd voor een heel korte lunchpauze, met excuses aan allen die ik daarmee benadeel, waaronder mijzelf. De heer Heemskerk en de heer Nawijn wil ik nog voor 14.45 uur het woord geven. Als blijkt dat dit niet lukt, schors ik desnoods, zij het met heel veel spijt, middenin een spreker.

□

De heer **Heemskerk** (PvdA): Voorzitter. Er is stevig geknokt in de achterkamertjes. Het land en de oppositiepartijen hebben in spanning afgewacht of er een CDA'er zou zijn die zijn rug wel recht hield. Toen

verscheen de witte rook, niet uit het torentje, maar uit de werkkamer van schaduwpremier Verhagen. En de winnaar is Siem Buijs. De huisarts is uit de no claim. Namens mijn fractie feliciteer ik de heer Buijs van harte, want hij had gelijk. Besparen op huisartsbezoek met een no claim is niet zinnig. Het levert financieel weinig op. Dat is een argument dat de minister vooral zou moeten aanspreken. Nog veel belangrijker is echter dat het hoge gezondheidsrisico's met zich brengt. Er is al veel gerefereerd aan het onderzoek van de RVZ. 4% van de patiënten zegt soms onnodig naar de huisarts te zijn geweest. Het knobbeltje bleek onschuldig en daarmee is het bezoek onnodig. Eerlijk gezegd is dat het allerbeste en het meest nodige bezoek dat je aan een huisarts kunt brengen. Wat een goed nieuws! Dat is nu net een nuttig bezoek aan de huisarts. Voor de PvdA geldt dan ook: liever een keer te veel naar de huisarts dan die ene keer te laat. Wij zijn met het CDA van mening dat de huisarts een zeer belangrijke functie vervult als poortwachter, buffer, vertrouwenspersoon en adviseur in de gezondheidszorg. Die moet dus geen drempels kennen. De huisarts zorgt ervoor dat de gezondheidszorg in Nederland goed scoort ten opzichte van andere landen. Hij lost zelf veel problemen op of hij verwijst door naar het juiste ziekenhuis en de juiste specialist. De huisarts is mans genoeg om een enkele patiënt die wil praten over het weer vriendelijk doch beleefd de wachtkamer weer uit te sturen.

Voorzitter. Dus Siem Buijs, en met hem de CDA-fractie, is de grote winnaar. Maar wat was zijn prijs en wie zijn de verliezers? De chronisch zieken en ouderen, want die krijgen nog hogere premies. De huisartsen, want die hebben een sigaar uit eigen doos gekregen van hun oud-collega. Het dualisme in de Kamer, want het geklungel leidde eerst al tot uitstel en het amendement is nog steeds niet goed onderbouwd. Ook is niet duidelijk of er een premiestijging komt. Ook alle andere patiënten zijn de verliezer, want die krijgen volgend jaar nieuwe ad-hocbezuinigingen voor hun kiezen omdat deze no claim gaat verliezen. Buijs heeft dus gewonnen, maar de VVD heeft het CDA weer eens helemaal uitgekled, zoals minister Zalm dat uitdrukt.

De prijs was hoog, met name voor chronisch zieken en ouderen. Het

Hoofdlijnenakkoord sprak nog over een eigen risico van € 200. Toen werd de medicijnenknaak gered, waarna het € 250 werd. Nu staat de teller met huisarts uit de no claim al op € 255. Een gezond gezin betaalt dus € 1200 per jaar minder aan de gezondheidszorg dan een ziek gezin. "U wordt bedankt", zullen al die ouderen en chronisch zieken zeggen, want die betalen. De compensatie zoals afgesproken in Balkenende II is gebaseerd op gemiddelde koopkrachtplaatjes en gemiddeld zorggebruik en zal dus nooit de volledige compensatie zijn zoals het CDA in de wetenschappelijke geschriften wel doet voorkomen. De groepen gaan er echt op achteruit.

Wie verliezen er nog meer? Dat is ook duidelijk geworden in het debat. Dat zijn de huisartsen zelf. Die mogen 4% inleveren, want zij kunnen nog wat doelmatiger werken. Ik wijs op de rare kronkels in herhalingsrecepten en het uitbesteden van werk aan assistenten. Waarom is dit niet al eerder gebeurd, zo vraag ik de minister? Mijn fractie constateert dat huisartsen nog steeds moeilijk zijn te vinden, dat wachtkamers al hartstikke vol zitten en dus dat bezuinigen op huisartsen gezondheidsrisico's oplevert.

Parallel met de no claim in de Ziekenfondswet wordt ook het eigen risico in de standaardpakketpolis verhoogd, een polis die met name ouderen hebben gesloten. Omdat voor de huisartskosten geen no claim meer zal gelden, neem ik aan dat die dus ook uit het eigen risico wordt gehaald. Zo ja, hoe wordt dat gecompenseerd? Kan een uitsplitsing worden gegeven van het eigen risico waar de huisartskosten onderdeel van vormen en wanneer zij er uit zijn gehaald? Ik neem aan dat ook het CDA benieuwd is naar die antwoorden. Ik ga ervan uit dat het amendement-Buijs zich uitstrekt tot het eigen risico in de standaardpakketpolis.

Derde verliezer is dit parlement. De VVD had het vorig jaar nog wel eens over dualisme, maar men merkt dat die achterkamertjes veel meer opleveren. Ik hoorde laatst tot mijn verbazing dat D66 eigenlijk is opgericht voor bestuurlijke vernieuwing en democratische openheid. Het eindresultaat van deze no claim is een wangedrocht. Het CDA kan zo'n hoge no claim met die beperkte compensatie niet willen. De VVD stelde direct al dat de no claim alleen



De heer Heemskerk (PvdA)

© M. Sablerolle ± Gouda

werkt als de huisarts er wel onderdeel van uitmaakt en de oppositie heeft van meet af aan duidelijk gemaakt, niets in deze no claim te zien.

Maar deze minister is een ervaren politicus. Hij doet achteloos over de aanpassingen en hij speelt het spel niet meer op scherp. Maar ook hij zou niet gelukkig moeten zijn met deze no claim, want hij weet dat de volumebesparingen niet meer gehaald worden. Waarom dramt deze minister de no claim er nu toch door, met oogkleppen op, terwijl niemand dit wil? Soms denk ik dat deze minister in sprookjes geloofd en oprecht denkt dat door de invoering van de no claim in het ziekenfonds de totale kosten in de gezondheidszorg minder zullen stijgen en dat mensen nog beter nadenken over het consumeren van zorg. Wat een onzin. Natuurlijk weet men en vooral de chronisch zieken hoe duur de gezondheidszorg is. Men gaat liever een keertje minder naar het ziekenhuis dan een keertje vaker. Politici moeten worden beoordeeld op uitkomsten van beleid en niet op de vraag of zij in sprookjes geloven. Wat zijn de uitkomsten van deze no claim? Minder solidariteit en meer bureaucratie. De sommen van de minister over koopkrachtplaatjes en besparingen zijn veel te optimistisch en komen niet uit. Het is dus

wachten op de eerste financiële tegenvallers.

Hoewel de solidariteit feitelijk afneemt, durft de minister deze no claim te verkopen als een gemiddelde vooruitgang van € 20 voor alle burgers in Nederland. Je betaalt € 60 meer premie en je krijgt gemiddeld € 80 no claim terug. Maar de gemiddelde burger bestaat niet. De realiteit is dat het voor een flink aantal mensen beter zal uitpakken en voor meer dan de helft van de mensen slechter; ouderen, gehandicapten en chronisch zieken gaan erop achteruit.

De verschuiving van 1,6 mld wordt wel eens misplaatst geïnterpreteerd als een bezuiniging, maar er wordt gewoon geld verplaatst. Het zijn boekhoudkundige slimmigheidjes en dat zijn natuurlijk geen bezuinigingen. Het Centraal planbureau is daarin heel duidelijk. Het rekent de no-claimteruggaaf gewoon bij de collectieve lasten. Of je die € 167 aan gemiddelde zorgkosten nu zelf via je zorgverzekeraar aan het ziekenhuis betaalt of dat je die € 167 via de begroting van minister Hoogervorst aan het ziekenhuis betaalt, dat maakt niet uit. Dat is lood om oud ijzer. Er wordt dus niet voor 1,6 mld euro bezuinigd, maar gewoon verschoven.

Er wordt alleen bezuinigd als de zogenaamde onnodige zorg vermindert. Maar ook de sommen daarover zijn boterzacht. Hoe zit het

met die onnodige zorg? Het is de coalitiepartijen niet gelukt, dus ik vraag deze minister om vijf voorbeelden te geven van onnodige zorg. Hoe gaat de no claim dat verhelpen? Kan hij niet nu al iets doen aan die onnodige zorg? Daar hebben wij die no claim niet voor nodig. Specialisten worden inderdaad wel eens onnodig bezocht. De RVZ geeft daarvoor 7% aan. Maar dat komt vooral omdat de huisarts verkeerd doorverwijst, omdat er een verkeerde eerste diagnose is gesteld en omdat de interne organisatie in het ziekenhuis niet klopt. Daar moet je de patiënt dus niet voor straffen. Laat de verzekeraars maar de discussie aangaan en onderhandelingen voeren met die zorgaanbieders. Zij kunnen prijzen, kwaliteit en logistiek met elkaar vergelijken en de prestaties verbeteren. De fractie van de Partij van de Arbeid durft dan ook te voorspellen dat de sommen over de volumebesparingen niet uitkomen.

Het hele systeem van no claim heeft volumebesparingen tot doel. Deze minister verwacht namelijk € 20 per verzekerde door onnodig zorggebruik te kunnen besparen. Dit hele debat gaat om € 20. Dat bedrag zal niet gehaald worden. De grootste groep krijgt namelijk volstrekt geen prikkel door de no claim. Het groepje kerngezonden dat toch al geen gebruik maakt van de zorg, wordt niet geprikkeld om minder te gebruiken. Het werkt ook niet bij een groep van 54%. Dat zijn vaak de chronisch zieken, die überhaupt al boven die € 250 uitkomen. Zij kunnen ook niks besparen en krijgen geen prikkel. Die besparing van € 20 per verzekerde is gebaseerd op een rapport van het Centraal planbureau dat niet specifiek over de no claim ging, maar over een eigen risico. Het Centraal planbureau schrijft dat een eigen risico veel effectiever is dan een no claim. De minister heeft dit zelf in de Eerste Kamer ook duidelijk gezegd. Wij zullen dus te maken krijgen met tegenvallers, omdat die € 20 niet wordt gehaald. Iedereen weet hoe deze minister omgaat met financiële tegenvallers: die worden afgewenteld op patiënten met een nog kleiner pakket of toch weer een hogere eigen bijdrage. Wil de minister reageren op de volumedaling met € 20 per verzekerde?

In mijn oorspronkelijke tekst stonden allerlei opmerkingen over de huisarts die ik nu kan schrappen. Dat

Heemskerk

biedt mij de mogelijkheid, nog een paar technische vragen te stellen. Wil de minister reageren op de kritiek van zowel het CTG als de zorgverzekeraars dat de administratieve kosten veel te laag zijn ingeschat? Als er voor medio oktober geen duidelijkheid is over de no-claimsysteem, kunnen de zorgverzekeraars het niet meer invoeren. Half oktober zal nooit gehaald worden, omdat ook de Eerste Kamer haar goedkeuring hieraan nog moet verlenen.

De gemiddelde zorgkosten worden geraamd op € 167. Mijn fractie lijkt dat laag vergeleken met de totale kosten in de Ziekenfondswet. Als die raming van € 167 niet klopt, zullen veel minder mensen geld terugkrijgen. Kan de minister dat bedrag van € 167 onderbouwen? Hoeveel procent van de verzekerden maakt geen kosten? Hoe groot is de groep tussen € 0 en € 250? Dat is namelijk de enige groep die geprikkeld wordt. Hoe groot is de groep boven € 250? Wat betekent het amendement-Buijs voor de gemiddelde zorgkosten van € 167?

Kan de minister nader ingaan op de prijsaanpassingen van de no claim in de toekomst? Uit de antwoorden van de minister maak ik op dat de no claim van € 250 in de toekomst heel langzaam stijgt, namelijk met het prijscompensatiecijfer dat gekoppeld is aan de hoogte van de uitkeringen. Dat is helaas een heel langzaam stijgend cijfer. Die zorgkosten van € 167 zullen volgens mij veel sneller stijgen met een hoger percentage. De kosten in de gezondheidszorg lopen fors op. Als die € 250 langzaam stijgt en die € 167 hard, krijgt uiteindelijk niemand nog iets terug. Wanneer zal het punt bereikt zijn dat niemand in Nederland nog iets aan no claim terugkrijgt? Het zorgremmend effect is dan helemaal weg.

In de nota van wijziging staat dat de zorgkosten meetellen bij opening van een DBC. Wanneer wordt een DBC geopend? Is dat op de dag dat je bij de specialist in zijn spreekkamer zit? Is dat de dag waarop er een afspraak in het ziekenhuis voor je wordt gemaakt? Als iedereen op die bedragen let, zal er ongelooflijk veel gehakketak ontstaan, zeker rond de jaarwisseling. Wordt de patiënt betrokken bij de opening van een DBC? Waar kan hij terecht als er een fout lijkt te zijn gemaakt? Is dat de verzekeraar of mag hij klagen bij het

ziekenhuis? Wordt hij van het kastje naar de muur gestuurd? Wat zijn de patiëntenrechten op informatie over het openen van een DBC?

Deze minister is bepaald niet dol op zorgverlening en vergoedingen in het buitenland, terwijl import van zorg oftewel zorgverlening in het buitenland soms goedkoper kan zijn. Diezelfde afkeer van internationale ontwikkelingen leidt ertoe dat het onduidelijk is in hoeverre een inkomende grensarbeider recht heeft op no-claimteruggaaf. Heeft een grensarbeider die geen beroep doet op medische zorg in zijn woonland België en ook niet in Nederland, aanspraak op een no-claimteruggaaf? Hoe zit het met de pensionado's die in het buitenland wonen? Hebben die recht op de no-claimteruggaaf?

Eigenlijk kan geen enkele fractie tevreden zijn met deze no claim. Om te beginnen deugt de naam niet. Het gaat niet om auto's. Niet ziek betekent geld terug. Het is dus de niet ziek, geld terug-regeling. Daarmee kan echter niemand blij zijn. De verbeteringen van het CDA pakken extra slecht uit voor de kwetsbare groepen. De VVD pleitte al in de Volkskrant voor een andere no-claimregeling. In het hoofdlijnen-debat stelde de VVD dat met de huisartsen het hart uit de regeling zal verdwijnen. In een ziekenhuis overlijdt dan de patiënt. Helaas geldt dat niet voor de no claim. De grote fracties en de gehele oppositie zijn het er dus mee oneens.

Voor de Partij van de Arbeid zijn vormen van eigen betalingen in de curatieve zorg bespreekbaar. Wij willen daarover nadenken. Deze betalingen bestaan immers al in de thuiszorg en de verpleging. Iedere brugklasleerling kan na de eerste les economie uitleggen dat financiële prikkels alleen werken als er keuzemogelijkheden zijn. Van het drama van de medicijnknaak hebben wij geleerd dat betalingen alleen zin hebben als de administratieve lasten niet te hoog zijn. Voor de Partij van de Arbeid geldt dat de huisarts en de kwetsbare groepen altijd ontzien moeten worden. Deze no claim voldoet aan geen van deze criteria. No claim: niet doen.

De heer **Nawijn** (LPF): Voorzitter. Mijn fractie is het geheel eens met de doelstelling van het wetsvoorstel, namelijk een reorganisatie van het

zorgstelsel en een andere manier van denken over zorg, zorgverlening, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Wat dat betreft zal deze minister mijn fractie aan zijn zijde zien. Het besparen van kosten en het bewust maken van kosten is uitermate goed. Veel burgers zijn zich immers niet bewust van de kosten die gemoeid zijn met de medische zorg. Ook de eigen verantwoordelijkheid van de burger is een goed uitgangspunt. Wat dat betreft kan mijn fractie een heel eind akkoord gaan met de no-claimregeling.

Er is vandaag veel gesproken over solidariteit. Als het mogelijk is om solidair te zijn met mensen die er niets aan kunnen doen dat zij ziek worden: chronisch ziekten, gehandicapten en ouderen met een AOW, moet daar ook naar gekeken worden. Het amendement van mevrouw Halsema en anderen spreekt dan ook aan. Daarmee kan immers misschien de pijn worden verzacht voor juist deze groepen. Dat is pas solidariteit. Ik ben ervan overtuigd dat veel gezonde Nederlanders, jong of oud, solidair willen zijn met juist deze groepen. Mevrouw Halsema heeft er terecht op gewezen dat de koopkracht voor deze groepen met 3% erop achteruit gaat. Dat is betreurenswaardig. Ik doen dan ook een dringend beroep op de heren Buijs, Weekers en Bakker om hierover na te denken. Het is immers pas echt solidair om mensen te steunen die het moeilijk hebben en die er niets aan kunnen doen dat zij ziek zijn. Ik denk dat de hele Nederlandse bevolking, van jong tot oud, die mensen wil helpen. Nu weet ik wel dat wij het stelsel dan weer door elkaar gooien, maar ik denk dat de bevolking dat wil en dat men solidair wil zijn. Mijn fractie zal het een beetje laten afhangen van de reactie van het kabinet op het amendement-Halsema c.s. Ik hoor in tweede termijn ook graag wat de coalitiepartijen daarvan vinden.

Ik maak de heer Buijs een compliment, omdat hij erin is geslaagd de huisarts uit de no-claimregeling te halen. De huisarts is de poort naar de gezondheidszorg en dat moeten wij zo houden. Ik vind wel dat de onderbouwing om de huisarts uit de no-claimregeling te halen aan alle kanten rammelt. Ik begreep de toelichting al niet en nu heb ik ook begrepen dat de huisarts het terugkrijgt in zijn beurs. Dat vind ik

Nawijn

wel heel wrang. Daar zullen huisartsen zeker niet blij mee zijn. Het zij zo, ik vind het op zichzelf goed dat de huisarts buiten de no claim is gehouden. De minister ontwikkelt nu een heel nieuw zorgstelsel, waarin de huisarts, de spoedeisende hulp en de poliklinieken een rol spelen. Ik denk dat die drie instanties steeds meer zullen worden samengevoegd. Dat zou tot efficiencywinst kunnen leiden. Dan gaat het misschien wel beter en dan hoeft het ook niet zo duur te worden. Die ontwikkeling is al aan de gang in het land. Zou daar niet een groot voordeel te halen zijn? Ik denk dat de minister daar ook een mening over heeft.

Dan ben ik benieuwd wat de minister verwacht voor de bureaucratie en de administratieve lasten. Roepen wij nu weer veel bureaucratie in het leven of kan het eigenlijk heel eenvoudig worden afgedaan?

De heer Weekers heeft vandaag een mooi VVD-plan gelanceerd dat, naar het schijnt, al eerder bekend was. Ik hoor graag de mening van de minister over dit plan.

Ik sluit aan bij de laatste vraag van de heer Weekers. Hoe zit het met de Nederlanders in het buitenland? Ik ga in het herfstreces naar Spanje om de Nederlanders aan de Costa Brava toe te spreken over de volksgezondheid. Ik had een zaaltje gehoord voor 150 man, maar ik heb nu meer dan 1000 aanmeldingen gekregen. Het onderwerp speelt dus wel. Die mensen vragen mij straks allemaal hoe het gaat met hun no claim. Wat zijn de gevolgen van de no claim voor de Nederlanders die zich in het buitenland bevinden? Geldt voor hen dezelfde regeling of gaat het anders?

De voorzitter: Na een lange zit voor ons allen schors ik nu de vergadering met dank aan de medewerkers van de Dienst verslag en redactie.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 14.42 uur tot 15.00 uur geschorst.

□

De voorzitter: Ingekomen is een beschikking van de voorzitters van de Eerste en de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake aanwijzing van het lid Szabó tot plaatsvervan-

gend lid in de bestaande vacature in de Navo Assemblée.

Deze beschikking wordt voor kennisgeving aangenomen.

De voorzitter: De overige ingekomen stukken staan op een lijst die op de tafel van de griffier ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

Regeling van werkzaamheden

De voorzitter: Ik stel voor om voor het debat over het huurbeleid van hedenavond de spreektijden vast te stellen op 3 minuten per fractie.

Daartoe wordt besloten.

De voorzitter: Ik stel voor, toestemming te verlenen tot het houden van notaoverleg met stenografisch verslag op maandag 6 december 2004 van 11.15 uur tot 17.00 uur van de vaste commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Justitie gezamenlijk over het Landelijk beleidskader jeugdzorg en de voortgangsrapportage jeugdzorg (29815).

Daartoe wordt besloten.

De voorzitter: Het woord is aan mevrouw Karimi.

Mevrouw **Karimi** (GroenLinks): Voorzitter. Afgelopen maandag hebben de ministers van Buitenlandse Zaken van de Europese Unie in hun vergadering blijkbaar besloten om een nieuwe lijn in te zetten ten opzichte van Iran en het beleid van Iran met betrekking tot het nucleaire programma. Daarbij is blijkbaar besloten om in ruil voor het stoppen door Iran met uraniumverrijking economische steun aan Iran te geven. Volgens mij is dat een nieuwe lijn van de Europese Unie. In de geannoteerde agenda die aan de Kamer is toegezonden voorafgaand aan de bijeenkomst van de ministers, hebben wij met geen woord kunnen lezen dat dit onderwerp op de agenda zou staan, en al helemaal niets over de inzet van de Nederlandse regering daarbij.

Mijn fractie is zeer verbaasd door deze ommezwaai in het beleid van de Europese Unie, zeker nu het mensenrechtenbeleid hier blijkbaar helemaal geen rol meer in speelt. Daarom zou ik willen vragen om de minister van Buitenlandse Zaken deze week te mogen interpelleren.

De heer **Timmermans** (PvdA): Voorzitter. Uit de stukken die ik gelezen heb, kan ik niet zo helder als mevrouw Karimi kennelijk kan, de conclusie trekken die zij heeft getrokken. Ik zou dan ook willen suggereren dat wij eerst aan de minister van Buitenlandse Zaken vragen om ons deze week uitvoerig bij brief te informeren over de precieze gang van zaken. Als wij die brief hebben, kunnen wij besluiten wat wij er verder mee doen.

De heer **Van Baalen** (VVD): Voorzitter. Volgens mij is het stand beleid dat economische contacten en handelsbetrekkingen met Iran en het non-proliferatiebeleid aan elkaar gekoppeld zijn. Dat is niets nieuws. Ik vraag mij dan ook af wat er nu zo urgent zou zijn. Sterker nog: de VVD-fractie gelooft niet in die urgentie. Ik kan mij aansluiten bij het voorstel van collega Timmermans om een brief te vragen en op basis daarvan te bekijken wat wij verder moeten doen.

De heer **Ormel** (CDA): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de heer Timmermans. Ook ik zou willen verzoeken om een brief en ook ik zie niet in waarom dit nu zo urgent zou zijn. Aan de hand van de inhoud van de brief kunnen wij besluiten wat wij verder doen.

Mevrouw **Van der Laan** (D66): Het is duidelijk dat er nieuwe ontwikkelingen zijn en dat het urgent is om daarover met de minister te spreken. Dat kan echter op een veel betere en meer ordentelijke wijze als wij precies weten wat er is afgesproken. Wij sluiten ons dus aan bij degenen die suggereren om eerst een brief te vragen. Daarna zouden wij wel zo snel mogelijk daarover in debat moeten gaan. De brief moet dus niet nog weken op zich laten wachten.

De heer **Wilders** (Groep Wilders): Voorzitter. Ik zou het verzoek van mevrouw Karimi wel willen ondersteunen. Het is volgens mij urgent genoeg. In de Washington