

## Van Gennip

de opzet van de evaluatie voor de kamers van koophandel; dan beschikt hij ook over de punten A tot en met H. Verder deel ik en begrijp ik zijn zorgen over wetwijzigingen op wetwijziging voor het Nederlandse ondernemerschapsklimaat; vandaar juist de intensivering omtrent het meldpunt voorgenomen regelgeving. Wij zullen zeker letten op sequentie en tempo van wetwijziging. Natuurlijk kunnen wij niet uitsluiten dat er ooit zwaarwegende redenen zijn voor snelle wetsaanpassing, maar dit zal bij het meldpunt worden meegenomen.

In de motie-Ten Hoopen over de kansenzones wordt de regering verzocht om bedrijven voor 1 januari 2005 de mogelijkheid te bieden om toe te treden tot de regellichte zones, inclusief een minimum aan regels. Ik denk dat eerst duidelijk moet worden dat ministers Verdonk en De Graaf het ook over kansenzones hebben gehad, maar dat dit kansenzones in achterstandsgebieden betrof, naar aanleiding van de situatie in Rotterdam. Nu hebben we het over regellichte zones voor bedrijven, niet exclusief in achterstandsgebieden, maar ook op andere plaatsen. Wij hebben actief meegewerkt aan dat initiatief, maar de regelgeving daarvoor is exclusief voor achterstandssituaties. Ik heb mijn ambities geschetst voor de regellichte zones, maar ook dat er meer haken en ogen aan zitten dan op het eerste gezicht lijkt. De enige aanpak die kan werken en juridisch houdbaar is, is een gedegen aanpak. Een gedegen aanpak kost tijd. U noemt de datum 1 januari 2005. Die datum is niet mogelijk. Gezien de complexiteit wil ik mij ook niet committeren aan die exacte datum. Wij zijn bezig met de haalbaarheidsstudie, zoals wij u hebben beloofd in de Ondernemerschapsbrief. Voor het einde van het jaar zult u horen wat daarvan de resultaten zijn.

In het tweede verzoek van uw motie gaat u expliciet in op wat er wel of niet in die zones mag gelden. U gaat daar echter ook in op fiscale aspecten en de besluitvorming. Dat zijn echter zaken die ik met mijn collega's in het kabinet moet bespreken. Ik wil u daar graag over informeren, tegelijkertijd met de uitkomsten van de haalbaarheidsstudie. Ik hoop dat ik daarmee tegemoetkom aan de gedachte achter uw motie.

De heer **Ten Hoopen** (CDA): Ik zal de motie niet aanhouden, maar in stemming brengen.

Mag ik u zo verstaan dat u voor 1 januari niet alleen de onderliggende studies naar de Kamer stuurt, maar ook een startdatum noemt die ligt binnen de eerste drie maanden van 2005?

Staatssecretaris **Van Gennip**: Dat zou dan de startdatum van de pilots moeten zijn. U krijgt van mij voor 1 januari op basis van de haalbaarheidsstudie een antwoord op uw vraag.

De heer Aptroot verzoekt de regering in zijn motie om de mogelijkheid van een garantiefonds te onderzoeken en de Kamer over de voortgang te rapporteren. In de Industriebrief wordt al gerefereerd aan de mogelijkheid van een garantiefonds. Ik zal de mogelijkheden voor een dergelijk fonds dus onderzoeken en u daarover voor 1 mei rapporteren. Er lopen al gesprekken met relevante marktpartijen over de beschikbaarheid van risicodragend vermogen. Gedeeltelijk pakken wij het overigens al aan via Technopartner. Wij bezien ook de mogelijkheden van de Regeling bijzondere financiering. Ik zie de motie al met al als een ondersteuning van mijn beleid, met inachtneming van alles wat wij eerder hebben gewisseld over het derde criterium.

De heer Van der Vlies vraagt de regering om criminaliteitspreventie door bedrijven te onderzoeken en te bezien of de regering kleine ondernemers tegemoet kan komen in de kosten die zij daarvoor moeten maken. U vraagt de regering ten slotte om daartoe voorstellen te ontwikkelen. U merkte zelf al op dat deze initiatieven in het Actieplan Veilig Ondernemen ook voorkomen. Dat doen wij  $\pm$  en dat is echt nieuw  $\pm$  in nauwe samenwerking met Justitie en Binnenlandse Zaken, de drie departementen die bij veiligheid en ondernemen zijn betrokken.

De kosten van beveiliging zijn in beginsel al in mindering te brengen op de fiscale winst. Bedrijfsmiddelen die worden aangeschaft, kunnen onder bepaalde voorwaarden worden afgetrokken via de kleinschaligheidsinvesteringsaftrek. Een internationale quick scan heeft geleerd dat alleen in België deze regelingen bestaan. Ik begrijp het probleem van met name de kleine

bedrijven heel erg goed. Zoals de heer Van der Vlies in zijn bespreking van de motie al aangaf, is er echter geen dekking. Hij kent de regels: als er geen dekking is, kan ik een motie niet positief beoordelen. Ik laat het oordeel dus over aan de Kamer.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik moet van ver komen, dus ik ben hier alvast gaan staan. Ik kreeg de indruk dat de staatssecretaris het aannemen van de motie zou ontraden, dus "oordeel Kamer" vind ik positief. Ik erken dat er geen dekking is. Een instrument als vervroegde afschrijving kost wat geld, maar het gaat niet om gigantische bedragen. Als de motie wordt aanvaard en de staatssecretaris komt met voorstellen, verplicht dat mij tot het nemen van het initiatief voor het zoeken van dekking. Daarbij moet ik dan natuurlijk een Kamermeerderheid zoeken, maar voor wat hoort wat.

Staatssecretaris **Van Gennip**: Op de inhoud kunnen wij elkaar vinden. In deze tijden weerhouden de kosten mij echter van een ander oordeel dan "oordeel Kamer".

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, over de moties op de eerste dinsdag na het herfstreces te stemmen en over de begroting en de amendementen op een nog nader vast te stellen tijdstip in samenhang met de andere begrotingshoofdstukken, zoals dat ook voorgaande jaren is gebeurd.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

**Voorzitter: Ten Hoopen**

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

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

De algemene beraadslaging wordt hervat.

## Voorzitter

De **voorzitter**: Ik sta tijdens het eerste blok van de beantwoording van de minister geen interrupties toe. Daarna zal ik een relatief strak regime hanteren met betrekking tot het toestaan van interrupties.

□

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik dank de Kamer voor haar inbreng in eerste termijn en voor het feit dat ik op zo'n laat tijdstip mag antwoorden. Ik zal proberen zo bondig mogelijk te zijn, zonder het af te raffelen. Naar mijn mening zal ik alle gestelde vragen kunnen beantwoorden. Voor zover dat niet is gebeurd, hoor ik dat graag aan het einde van mijn termijn zodat ik eventueel nog voor het begin van de tweede termijn leemtes kan vullen. Nogmaals, ik zal zo volledig mogelijk proberen te antwoorden. In een algemeen gedeelte zal ik ingaan op het waarom van de wet, effectiviteit, uitvoerbaarheid en de toetssteen der solidariteit. Vervolgens zal ik ingaan op het punt van de huisartsen onder de no claim, het plan van de VVD-fractie en de overige vragen die zijn gesteld. Ik eindig met mijn oordeel over de amendementen.

Waarom een no-claimregeling? De heer Bakker heeft dat goed geformuleerd in zijn termijn. Wij willen naar een systeem in de gezondheidszorg met meer keuzevrijheid en een minder centrale regulering. Dat vereist dat je de individuele verantwoordelijkheid van instellingen, verzekeraars en de mensen zelf verhoogt. Bovendien moet je ervoor zorgen dat je mensen meer kostenbewust maakt zodat keuzes niet alleen vrijblijvend zijn, maar ook worden ingegeven door kostenbewustzijn. De no claim is een van de instrumenten waarmee wij dit proberen te bevorderen. Wij proberen te bevorderen dat er een nieuw evenwicht komt tussen collectieve verantwoordelijkheid en eigen verantwoordelijkheid. Velen hebben gevraagd wat de effectiviteit van deze regeling is. De heer Heemskerk is hier in het bijzonder op ingegaan en ook mevrouw Kant heeft hierover gesproken.

Ik heb nooit beweerd dat deze no claim een oplossing is voor alle financiële problemen in de zorg. Naast het financieringseffect dat ontstaat door de verschuiving van een systeem van volledig collectieve uitgaven naar een systeem van door

persoonlijk gedrag beïnvloedbare uitgaven, is er een volume-effect dat minder bedraagt dan 1% van de totale kosten van de "cure", namelijk 190 mln euro. Dat is een belangrijk effect, want iedere 100 mln euro in deze moeilijke begroting telt, maar ik heb nooit willen pretenderen dat ik hiermee al mijn financiële problemen kan oplossen.

De heer Heemskerk heeft terecht gezegd dat de CPB-raming uitging van een echt eigen risico, terwijl hier wordt gekozen voor de no claim. Dit is een vriendelijker versie van het eigen risico, maar daardoor is de maatregel ook minder effectief. Het CPB had berekend dat je bij een klassiek eigen risico een volume-effect van 300 mln euro mag verwachten. No claim brengt minder op en daarom hebben wij ook geen 300 mln euro ingeboekt, maar slechts 190 mln euro. Wij hebben rekening gehouden met de kanteekeningen van het CPB. Deze maatregel gaat niet alle problemen oplossen en vandaar dat ik ook verschrikkelijk hard andere instrumenten nodig blijf hebben. De heer Van der Vlies heeft daar ook in navolging van de RVZ aan gerefereerd. Ook de poortwachtersfunctie hoort daarbij. Het zal de Kamer misschien zijn opgevallen in mijn begroting, waarover wij nog komen te spreken, dat ik meer dan 1,1 mld euro bezuinig, en dat 80% daarvan uit doelmatigheidsoperaties in de sector komt, terwijl maar een heel klein gedeelte bij de mensen zelf wordt gezocht.

De werkzaamheid heb ik dus nooit overdreven gepresenteerd, maar ik meen nog steeds dat het bedrag van 200 mln euro, dat het CPB op basis van internationaal onderzoek plausibel acht, reëel is als de huisarts niet meer meedoet in het systeem.

Dat zal tot een kleine verlaging leiden van de opbrengst, maar ik acht het ± ook als de huisarts niet meedoet in de no claim ± nog steeds plausibel dat daarvan een dempend effect uitgaat.

De heer Heemskerk heeft mij uitgedaagd vijf voorbeelden te noemen. Een aantal is hier al genoemd, maar één heel belangrijk voorbeeld is niet genoemd, namelijk het medicijngebruik. Dit zal volledig meetellen in de no claim. Ik verwacht niet dat iedereen zijn medicijngebruik kan reduceren, maar wij kennen toch ook het verschijnsel van overvolle medicijnkastjes, en sommige mensen zullen het wel kunnen reduceren.

Verder noem ik het voorbeeld van de heer Buijs, de spoedeisende eerste hulp, die in sommige grote steden wordt platgelopen. Ik ben ervan overtuigd dat dit omlaag zal gaan.

De heer Bakker heeft gesproken over de min of meer afgedwongen doorverwijzing. Iedere huisarts kan vertellen dat hij onder druk wordt gezet door patiënten om door te verwijzen naar een specialist. Heel vaak is dat onvermijdelijk, maar het is plausibel dat het aantal doorverwijzingen in bescheiden mate zal afnemen.

Verder zal wellicht ook een zuiniger gebruik ontstaan van hulpmiddelen. Men zal het soms goedkoper vinden om zelf op de particuliere markt voor een lagere prijs hulpmiddelen te kopen als men weet dat wat men van de verzekeraar kan krijgen in eerste instantie voor eigen rekening komt.

Ten slotte verwacht ik dat er in mindere mate een second opinion zal worden aangevraagd. Dit zijn ieder voor zich geen enorme bezuinigingen, maar alles bij elkaar acht ik het plausibel dat dit tot een bezuiniging van circa 170 mln euro zal leiden.

Bovendien is het systeem waarvoor wij hebben gekozen in vergelijking met systemen uit het verleden heel simpel uit te voeren. Het idee is ook uit de verzekeringswereld naar voren gekomen; ik heb het niet zelf bedacht. Men heeft mij gezegd: als je nu toch zo'n systeem gaat invoeren, doe het dan met een vergoeding achteraf; dat is zeer simpel uit te voeren, met weinig uitzonderingen en met weinig administratieve belasting.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik kom terug op het doorverwijzen, dat ik heel relevant vind voor de discussie. Ik erken dat er, zoals de minister zegt, huisartsen onder druk worden gezet, of weinig tijd hebben en denken dat zij maar moeten doorverwijzen als de patiënt dat zelf wil. De vraag is of dit wel het juiste instrument is doordat niet een medisch criterium wordt aangescherpt maar er een financieel criterium tussen wordt gezet. Dat lijkt mij niet het juiste selectiemechanisme om te bepalen welke mensen nu wel of niet naar het ziekenhuis moeten.

## Hoogervorst

Minister **Hoogervorst**: Ik kom nog te spreken over de vraag of de vorm die wij hebben gekozen voldoende solidair is. Ik meen van wel. Naar mijn mening krijgt de huisarts hier een steuntje in de rug bij de wat lastiger patiënten, die per se willen worden doorverwezen naar een specialist, terwijl dat niet nodig is. De huisarts kan de patiënt er dan op wijzen dat het deze geld kan kosten. Als het echt nodig is, zal die huisarts gewoon doorverwijzen en gaat die patiënt ook gewoon, daar ben ik echt van overtuigd.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister kan daar wel van overtuigd zijn, maar hij legt hier een financiële drempel tussen de huisarts en het ziekenhuis. Dat moet dan maar het selectie-mechanisme zijn om te voorkomen dat mensen hun huisarts onder druk zetten. Ik erken dat het best een tikje minder kan. Ik verwacht echter dat door de versterking van de eerste lijn, de huisarts, met zijn deskundigheid, en met de ruimte die hij moet krijgen dat kan worden voorkomen. Dan gebeurt het op basis van medische criteria en deskundigheid maar niet op financiële criteria. Waarom zou dat de juiste selectie bewerkstelligen? Er is een grote kans dat juist de verkeerde mensen dan de beslissing nemen om niet te gaan.

Minister **Hoogervorst**: Ik vind het plezierig dat mevrouw Kant erkent dat er af en toe onder druk van de patiënt te gemakkelijk wordt doorverwezen. Wij horen allemaal verhalen van huisartsen die vinden dat zij te vaak en te zwaar door patiënten onder druk worden gezet. De huisarts krijgt nu een steuntje in de rug door de financiële prikkel, als hij mensen die eigenlijk niet moeten worden doorverwezen niet doorverwijst. Mensen waarvan hij het gevoel heeft dat zij echt verder moeten gaan zal hij ook doorverwijzen. Het is een steuntje in de rug voor een zuiverder medische afwijzing.

De heer **Heemskerk** (PvdA): De voorbeelden die de minister gaf sterken mij in de overtuiging dat de maatregel niet effectief is. Als ergens anders goedkopere zelfzorg-geneesmiddelen te vinden zijn, had de minister ervoor kunnen zorgen, via prijsmaatregelen, dat de verzekeraars de dure medicijnen niet vergoeden. Het argument dat de

huisarts de patiënt die € 250 kan verliezen een financiële prikkel mee heeft bij het niet doorverwijzen, werkt volgens mij juist omgekeerd. De patiënt zal zeggen dat hij er naartoe wil en bovendien zelf betaalt. Hij krijgt zelf die € 250 voor de kiezen, dus de huisarts heeft nog minder redenen om de patiënt tegen te houden.

Minister **Hoogervorst**: De heer Heemskerk zou als econoom toch beter moeten weten. Zo'n financiële prikkel kan echt wel een steuntje in de rug zijn voor de huisarts. De heer Heemskerk spreekt over de prijzen van medicijnen. Ik wil mijzelf niet op de borst kloppen, maar dit jaar zijn voor het eerst sinds de Tweede Wereldoorlog de medicijnkosten gedaald. Dat is in belangrijke mate te danken aan het convenant dat ik met de fabrikant van medicijnen heb afgesloten. De zelfzorgmedicijnen in het pakket worden in prijs gehalveerd. Dat doet Albert Heijn mij niet na.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Als de minister gelijk heeft, als de mensen die nu een arts onder druk zetten om doorverwezen te worden naar een specialist om financiële redenen geen druk meer uitoefenen op de huisarts, moet volgens mij het omgekeerde evenzeer gelden. De arts die de patiënt onder druk zet om wel naar de specialist te kunnen gaan, krijgt te maken met een patiënt die om financiële redenen niet naar de specialist gaat.

Minister **Hoogervorst**: Dat geloof ik niet. De patiënt gaat naar de arts omdat hij een probleem heeft. De arts erkent dat probleem. De patiënt heeft zijn verzekering al betaald. Het enige is dat hij wat minder terug krijgt. Voor iemand die echt problemen heeft is het niet moeilijk. Die gaat gewoon naar de specialist. Iemand die niet echt een probleem heeft of een minder ernstig probleem heeft, waarvan de arts zegt dat hij de medicijnen die hij wil niet nodig heeft of de doorverwijzing naar de specialist niet nodig heeft, zal de financiële prikkel net het zetje in de rug zijn om het niet te doen.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): De overeenkomst tussen beide soorten patiënten, de patiënten die naar de specialist moeten en de patiënten die naar de specialist willen, maar

waarvan de arts zegt dat het niet nodig is, is dat zij allebei denken dat zij een probleem hebben. In het ene geval zijn zij het met de huisarts oneens en willen zij naar de specialist. In het andere geval moeten zij naar de specialist, maar is er een financiële drempel. Een financiële prikkel werkt niet alleen bij de aanstellers. Men kan niet zeggen dat die niet werkt bij de mensen die zorg nodig hebben.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb geen behoefte aan het gebruik van woorden als "aanstellers". Ik heb ook al eerder gezegd dat ik niet denk dat het hele Nederlandse volk maar frivool naar de huisarts gaan. Zo eenvoudig is het leven niet. Wij weten echter allemaal ± ik weet het althans uit eigen ervaring ± dat de ene mens wat makkelijker naar de arts gaat dan de ander en dat er ook mensen naar de arts gaan terwijl het niet helemaal nodig is. Nu, dan is dit een kleine prikkel, een heel bescheiden en beschaafde prikkel, om die mensen een zetje in de rug te geven in de richting van verstandig gedrag.

Als ik dan ook duidelijk maak dat het volume-effect, de daadwerkelijke inkrimping van de consumptie die hiermee wordt bereikt, minder dan 1% is van de totale cure-uitgaven ± de totale zorguitgaven qua ziekenhuizen, artsen enz. ± dan kan dit toch geen drastische ingreep zijn? Dan kan dit er toch niet toe leiden dat mensen op grote schaal onnodig van zorg verstoken blijven? Dat is onmogelijk.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik wil de vraag nog één keer herformuleren en daarbij niet van "aanstellers" spreken, want ik begrijp dat de minister dit vervelend vindt. Als de minister denkt dat zorggebruik beïnvloed wordt door financiële prikkels en denkt dat dit onnodig zorggebruik vermindert, dan moet hij aanvaarden dat de financiële prikkel ook kan leiden tot het mijden van zorg waar deze wel nodig is, want het is dezelfde financiële prikkel.

Minister **Hoogervorst**: Dit is het geval, als die prikkels te groot worden. Maar ik denk dat de manier waarop ik het heb vormgegeven in dit wetsvoorstel, zo voorzichtig en bescheiden is dat dit niet zal gebeuren. Daarom heb ik voor de vormgeving gekozen waar ik voor gekozen heb.

## Hoogervorst

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik denk dat dit een beetje een theoretische benadering is, want je kunt dit niet los zien van het verhaal dat straks nog aan de orde zal komen, namelijk dat huisartsen zich geconfronteerd zien met een bezuinigingstaakstelling van 4%. De eerste berichten daarover van huisartsen die het debat gevolgd hebben, zijn al binnen. Zij wijzen erop hoe zij nu een verzekerde tegemoet kunnen treden, bijvoorbeeld een mevrouw die zegt dat zij pijn in de rug heeft met uitstraling naar het been en dat hernia de diagnose is. De vrouw wil naar de neuroloog en de arts praat met haar, investeert er tijd in en weet haar te overtuigen dat zij nu niet naar de neuroloog hoeft en dat het vanzelf beter gaat. Welnu, de eersten die nu doorgestuurd gaan worden, zijn deze patiënten, deze verzekerden, want daar is geen tijd meer voor. De artsen moeten immers een bezuinigingstaakstelling vervullen en zij zeggen dan ook nu al dat zij deze mensen gaan doorsturen, terwijl daar duizenden euro's te besparen zijn. Het zal dus het tegendeel bewerkstelligen.

Minister **Hoogervorst**: Ik zal daar straks op terugkomen, maar ik wijs erop dat de LHV er een handje van heeft om bij elk voorstel dat hier gedaan wordt en dat haar niet helemaal welgevallig is, te gaan dreigen. Ja, men heeft gewoon in de openbaarheid bedreigd ...

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik heb het niet over de LHV.

Minister **Hoogervorst**: Nu, huisartsen in het algemeen dan. Ik heb huisartsen op de radio horen zeggen: als dit onzalige plan van Hoogervorst doorgaat, gaan wij twee keer zoveel mensen doorverwijzen naar specialisten dan thans het geval is. Nu wordt er iets voorgesteld ± ik zal er straks nog op ingaan hoe wij dit ongeveer vorm zouden kunnen geven ± en dan zegt men weer vergelijkbare dingen. Dat is niet iets dat wij meteen voor zoete koek hoeven te slikken. Ik zeg niet dat u dit doet; ik zal straks nog even nader op dat voorstel ingaan.

Het enige dat ik plausibel heb willen maken en dat ik volgens mij ook plausibel heb gemaakt, is het volgende. Ik heb ten eerste gezegd dat de daadwerkelijke vermindering

van het verbruik die als gevolg van deze wet wordt voorzien, helemaal niet zo groot is, namelijk minder dan 1% van het totaal. Ik heb voorts vijf voorbeelden gegeven van onderwerpen waarop dit zou kunnen gebeuren. Ik vind dat een heel plausibel verhaal. Iedereen zegt de huisarts er niet in te willen hebben, maar als het moment er is dat de huisarts eruit gaat, zou de regeling niets meer waard zijn. Nu, dat is gewoon niet waar. Ik noem zaken als medicijnen, eerste hulp, afgedwongen doorverwijzingen, zuiniger gebruik van hulpmiddelen en minder second opinions: dat is allemaal mogelijk.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Ik begrijp deze reactie van de minister. Het gaat mij er niet om het nu uit te discussiëren; over de 4% komen wij straks nog te spreken. Waar het mij om ging, is dat ik mij met de minister probeer te verplaatsen in wat in de praktijk, in spreekkamers, gebeurt. Het moet niet zo zijn dat wordt bedreigd met iets dat toch niet gaat gebeuren, maar ik vind wel dat als wij dit wetsvoorstel bespreken in zijn samenhang, wij ons moeten afvragen: zal het inderdaad leiden tot de effecten die beoogd worden of zal het door de combinatie van maatregelen wellicht in zijn tegendeel verkeren?

Minister **Hoogervorst**: Als dat laatste zou voortvloeien uit zo'n bezuinigingstaakstelling, zou ik daartoe niet overgaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik heb nog een vraag die echt de hoofdlijn van het debat betreft: is de maatregel effectief? Misschien zal de minister de huisartsen met praktijkervaring niet geloven. Hij hoeft ook de oppositie niet te geloven. Hij luistert echter ook niet naar een belangrijk adviesorgaan, de RVZ. Die concludeert dat het instrument van financiële prikkels in verschillende landen is ingezet om de zorgconsumptie te verminderen. Het blijkt minder effectief dan verwacht. De patiënten worden slechts in geringe mate geprikkeld om minder zorg te consumeren. Hierbij wordt weliswaar overconsumptie tegengegaan, maar tegelijkertijd onderconsumptie gestimuleerd. Dat vind ik een nogal belangrijke conclusie.

Minister **Hoogervorst**: Ik heb al

duidelijk gemaakt dat ik het met financiële prikkels alleen niet red. Daarom ben ik het op dit punt eens met de RVZ. Ik zie dat je de financiële prikkels voor de consument niet te sterk kunt maken, want dan leiden zij tot een niet gewenst effect. Daarom heb ik voor een vormgeving gekozen die, vergeleken met het systeem van het klassieke eigen risico, buitengewoon vriendelijk van aard is, al kun je ook daarover van mening verschillen. De RVZ heeft trouwens in een rapport dat vlak voor dat andere verscheen de prikkels voor de consument als een van de belangrijkste instrumenten genoemd om de kosten van het systeem te beheersen. Dus de RVZ hield geen zwart-witverhaal en dat is het mijne ook niet.

Voorzitter. Vergeleken met alle systemen die wij in Nederland hebben gekend is de uitvoering van dit systeem zeer simpel. De administratieve lasten van een klassieke eigenbijdrageregeling bedragen 24 mln. Bij een klassiek eigen risico bedragen die 18 mln en bij een no-claimregeling slechts 9 mln. De beroepsbeoefenaar wordt niet belast met het innen van betalingen.

Tegen de heer Heemskerk zeg ik dat over de uitvoeringskosten overleg is gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland. Over het bedrag van 20 mln zijn wij het eens geworden. Daarvan is 9 mln structureel en 11 mln incidenteel nodig voor de invoering van het plan. Het is dus in administratief opzicht een ongelooflijk licht plan en het is ook gemakkelijk in te voeren. Overigens hebben de verzekeraars gevraagd om duidelijkheid van de Tweede Kamer op 15 oktober, zodat men dan weet wat de vormgeving van het nieuwe stelsel zal zijn en men zich, in afwachting van de uitslag in de Eerste Kamer, kan voorbereiden op invoering.

Voorzitter. Kan dit voorstel de toets der solidariteit doorstaan? Dat is een hoofdvraag in het debat van vanochtend geweest. Mevrouw Halsema vroeg wat het daadwerkelijke verschil is tussen het klassieke eigen risico en de no-claimregeling. Deze regeling is veel vriendelijker van aard dan het hanteren van een klassiek eigen risico. Wat is de situatie bij een klassiek eigen risico? Ter illustratie wijs ik op de gang van zaken in België. Daar mag je meteen je portemonnee trekken als je komt

## Hoogervorst

voor een behandeling. Je moet dus cash betalen of pinnen. Als je dan een laag inkomen hebt en het eind van de maand nadert, terwijl je geen geld meer hebt, wordt de oplossing heel ingewikkeld. Die liquiditeitsdrempel, zoals ik die in de schriftelijke beantwoording noemde, is er dus in België nadrukkelijk.

Er zijn grote verschillen met eigenbijdrageregelingen in andere landen. Mevrouw Kant erkende dat in Nederland de eigen betalingen gemiddeld lager liggen. Zij wil dat graag zo houden. Met dit voorstel worden de eigen betalingen enigszins opgekrikt, maar zij liggen in Nederland nog steeds onder het Europees gemiddelde. In België geldt een maximering voor de minima, maar die bedraagt altijd nog € 450 per jaar, terwijl dat land een klassiek eigenrisicosysteem kent. Er is het voorbeeld van het systeem van Zweden gegeven. Daar moet men meteen bij de dokter € 11 à € 17 betalen. Het is waar dat er in Duitsland inkomenslimieten gelden van 1% respectievelijk 2%. Ik heb zulke limieten niet gewild, omdat het hanteren daarvan uitvoeringstechnisch ongelooflijk belastend is. Dat is voor mij de belangrijkste reden geweest om niet te kiezen voor een klassiek eigen risico, maar voor een no-claimregeling. Die is voor de betrokken mensen gemakkelijker.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Met alle respect, maar dit is flauwekul. U heeft een punt wat de liquiditeit betreft, maar zorgverzekeraars kunnen afspreken dat men zijn eigen risico van € 250 gespreid over het jaar mag gebruiken. No claim of eigen risico, het maakt niets uit. Iemand die ziek is, betaalt € 250 of, als het amendement van de heer Buijs wordt aangenomen, € 255 meer aan ziektekosten dan iemand die gezond is, want die krijgt ze terug. Het verschil aan het einde van het jaar is in beide gevallen € 255.

Minister **Hoogervorst**: Nee, hij betaalt € 63 meer dan anders het geval zou zijn geweest. Als je een klassiek eigen risico had ingevoerd, had men weliswaar € 250 zelf moeten betalen, maar dan was de premie omlaag gegaan in plaats van omhoog. De PvdA vindt het nog erger dat men ten opzichte van een ander erop achteruit gaat dan ten opzichte van de eigen situatie. Men

gaat niet € 250 meer betalen, maar slechts € 63. Waarschijnlijk kan men dan geen teruggaaf krijgen, maar men gaat er niet € 250 op achteruit.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Het verschil tussen ziek zijn en gezond zijn is € 255, zowel bij een no claim als bij een eigen risico.

Minister **Hoogervorst**: Dat is waar, maar ten opzichte van de huidige situatie gaat men er € 63, nog steeds een belangrijk bedrag, op achteruit. Ik denk dat het de mensen niet zozeer interesseert of zij er ten opzichte van iemand die toevallig wel die € 250 krijgt nog wat extra op achteruit gaan, maar vooral wat zij er ten opzichte van de eigen situatie op achteruit gaan. Als wij dit systeem hebben ingevoerd in Nederland, hebben wij internationaal vergeleken nog steeds een buitengewoon beschaafd systeem.

Mevrouw **Kant** (SP): Het verschil tussen eigen risico en no claim is dat je bij eigen risico moet betalen op het moment dat je de zorg nodig hebt, terwijl je nu vooraf geld moet inleggen. Ik heb het eerder beschreven als een soort zorgloterij: je moet eerst geld inleggen en als je het geluk hebt om niet naar de dokter te gaan krijg je er een deel van terug. Ik zie niet waarom dit zoveel meer solidair zou zijn dan een eigen risico.

Mijn vraag gaat over uw internationale vergelijking met Duitsland en België; ik ben er zelf over begonnen. U noemt niet dat er ook onderzoeken zijn over België en belangrijke signalen over Duitsland dat die eigen betalingen daar tot gezondheidsproblemen leiden bij mensen met lage inkomens, doordat zij te laat naar de dokter gaan.

Minister **Hoogervorst**: U wuift nu de liquiditeitsdrempel weg, maar het is een reële verbetering voor de minima in dit stelsel.

U heeft een brief ontvangen van de minister van SZW over de wijze waarop wij dit in het algemene koopkrachtbeeld hebben ingebouwd in 2005. Wij hebben er goed rekening mee gehouden. Ook na verwerking van die € 63 zijn er geen belangrijke verschillen tussen chronisch zieken en gezonde mensen onder de 65 jaar. Het is een evenwichtig beeld. Wij hebben er met opzet voor gekozen om de positie van een aantal kwetsbare groepen, de sociale

minima en de 65-plussers, met 0,75% te verbeteren ten opzichte van het generieke koopkrachtbeeld. Dat is nog steeds in de min, maar duidelijk minder dan de andere bevolkingsgroepen. Zelfs als je die € 63 er helemaal in betreft, ontstaat er een heel evenwichtig koopkrachtbeeld.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant nog eenmaal over hetzelfde onderwerp, neem ik aan.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister begint gewoon over een nieuw onderwerp, terwijl ik het nog over iets anders had. Hij zegt toch dingen die ik echt anders heb gezien in die brief. Volgens mij ± daar heb ik helemaal geen wolkjes voor nodig ± gaan chronisch zieken en gehandicapten er door de no claim meer op achteruit doordat zij veel gebruikmaken van de zorg. Dat kunt u niet wegpoetsen. U vindt dat evenwichtig.

Minister **Hoogervorst**: Uit de brief van minister De Geus komt een evenwichtig beeld naar voren. Ook chronisch zieken en gehandicapten gaan erop achteruit, ook wel eens met 3%, maar bij het overige gedeelte van de bevolking onder de 65 jaar is dat aantal nog groter.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Nee, nee, nee.

Minister **Hoogervorst**: Ja, dat is wel het geval.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik heb steeds begrepen dat de bedoeling van dit wetsvoorstel is: kostenbeheersing en gedragsbeïnvloeding. Het punt van de kostenbeheersing is duidelijk. Dan de gedragsbeïnvloeding. Er zijn mensen die een gesteldheid hebben die keuzes mogelijk maakt: zal ik wel of niet naar de dokter gaan, zal ik wel of niet nog een keer mijn medicijnen laten aanvullen? Er zijn ook mensen die die gesteldheid niet hebben, niet meer hebben, nooit meer zullen hebben of nog niet hebben. Op die mensen vallen de prikkels heel anders neer dan op de eerste categorie. De minister bouwt voor de kostenbeheersing via gedragsbeïnvloeding een systeem op. Allen gaan er € 73 op achteruit, maar het verschil is dat de gezonde ten opzichte van de zieke, als het ik zo even mag categoriseren, in de

## Hoogervorst

gelegenheid is om die € 255 aan het eind van het jaar terug te krijgen. Op nettoniveau blijft dat een verschil.

Minister **Hoogervorst**: Dit heeft u mij ook nooit horen ontkennen. Ik heb altijd toegegeven dat er een categorie van mensen is die dat geld niet kunnen terugverdienen, omdat zij gewoon zo ziek zijn dat zij die zorgkosten moeten maken. Om die reden heb ik twee dingen gedaan. Ten eerste heb ik voor een vriendelijke vormgeving gekozen, waarin er een prikkel is die niet meteen tot gigantische effecten leidt. Wij hebben heel zichtbaar kunnen maken dat de premieachteruitgang € 63 per jaar is. Ten tweede hebben wij er in het algemene koopkrachtbeeld voor gezorgd dat de kwetsbare groepen, waar die chronisch zieken zich meestal onder bevinden, er wat beter voorstaan dan andere groepen. Die € 63 is een achteruitgang die men ondervindt en die andere groepen niet ondervinden. Ik vind dat al met al een vrij evenwichtig inkomensbeeld. Dat hebben wij zichtbaar gemaakt in de notitie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Wij moeten ons iets goed realiseren. Als wij dit gedaan hebben, is de solidariteit in het systeem nog steeds ongelooflijk groot. Wij weten allen dat mensen met een chronische ziekte of een handicap vaak een veelvoud kosten aan wat zij aan premies inbrengen. Dat geeft niet, daar hebben wij het verzekeringsstelsel voor, maar de solidariteit blijft veel groter dan die kleine aanpassing van die € 63. De chronisch zieken hebben de afgelopen jaren ook honderden euro's extra moeten betalen. Dat is wat anders dan het bedrag waar wij nu over spreken. Het is ook voor die mensen van ongelooflijk belang dat wij een betaalbaar systeem houden. Dat is wat ik probeer te bereiken, niet door eenzijdig chronisch zieken en gehandicapten te pakken, maar door over de hele linie mensen te laten inleveren: ziekenhuizen, verpleeghuizen, iedereen. Dit is een kleine aanpassing die ik zeer verdedigbaar acht.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik luister goed naar de minister. Natuurlijk is het in mijn perceptie niet zo dat met dit wetsvoorstel de solidariteit wordt geamputeerd uit ons bestel, maar zij wordt wel aangesproken. Een bepaalde

categorie van mensen wordt aangesproken op een wijze die € 63 op jaarbasis aan verzwarende last oplevert ten behoeve van prikkels in het systeem waar zij zelf niets mee kunnen. Dat vind ik een vervelende constatering. De minister komt natuurlijk nog op het amendement van collega Halsema c.s., waarmee geprobeerd wordt dat vervelende effect te repareren.

Minister **Hoogervorst**: Naar mijn stellige overtuiging hebben wij het gerepareerd in het algemene koopkrachtbeeld. Door het samenstel van de vormgeving en belendende compenserende maatregelen hebben wij een heel evenwichtig beeld gecreëerd. Daar komt ook mijn opmerking vandaan ± ik heb die vanmorgen al even toegelicht ± dat het een buitengewoon solidair systeem blijft. Ik weet dat wij nu ook chronisch zieken en gehandicapten aanspreken, maar ik vind dat wij dat op een verantwoorde manier doen. De solidariteitsheffing is geen eenrichtingverkeer, maar tweerichtingverkeer. Het is wel glashelder dat dit verkeer primair van gezonde richting zieke moet gaan. En dat blijft het geval.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Gelet op de historie van dit dossier, zou er toch wat voor te zeggen zijn om dat vervelende effect budgettair neutraal te repareren. Dat is ook de kern van het amendement van mevrouw Halsema, maar daar komt u zo nog over te spreken.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik heb nog een vraag over de brief van het ministerie van SZW waar u even naar verwees. Op pagina 2 is in figuur 1 aangegeven dat het negatieve koopkrachteffect voor bijna de helft van de chronisch zieken en gehandicapten oploopt van min 1 tot meer dan min 3.

Minister **Hoogervorst**: Dat ontken ik niet. Dat is precies hetzelfde als wat er met de rest van de bevolking gebeurt. En dat is wat ik u probeer uit te leggen.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dat is niet het geval. Als je het vergelijkt met de rest van de figuur, dan zie je voor de gezonde oudere en jongere mensen bij elkaar opgeteld een veel gunstiger koopkrachtbeeld dan voor de zieken.

Minister **Hoogervorst**: Nee, er is zelfs een categorie die erop vooruitgaat en die is bij de chronisch zieken hoger dan bij de mensen onder 65 jaar. Ik wil het tabelletje straks met alle plezier nog eens met u doornemen, maar het is echt glashelder.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Er staat ook in de brief dat de gemiddelde koopkracht van chronisch zieken en gehandicapten als gevolg van de no claim naar beneden wordt gedrukt ten opzichte van die van de anderen. Bovendien kunt u het niet ontkennen. De chronisch zieken en gehandicapten weten namelijk zeker dat zij nooit in aanmerking zullen komen voor teruggave, terwijl zij wel de € 63 betalen. Dat is inderdaad een kleiner bedrag dan de bezuinigingen die zij al hebben gehad, maar zij betalen zonder iets terug te krijgen. En dat leidt tot koopkrachtverlies.

Minister **Hoogervorst**: Bijna de hele Nederlandse bevolking lijdt dit jaar en volgend jaar koopkrachtverlies. Naar aanleiding van de vooruitzichten voor de koopkracht voor 2005 heeft het kabinet een aantal beslissingen genomen die in zichzelf sterk nivellerend van aard waren, waardoor kwetsbare groepen als gehandicapten en sociale minima er minder op achteruitgingen dan de rest van de bevolking. Dat is het generieke beeld in de Sociale nota. De uitgangspositie is dus beter. Ik erken dat de no claim tot een verslechtering voor deze groepen kan leiden. Als je dat meeneemt, houd je evenwel een beeld over waarin de chronisch zieken niet significant afwijken van de rest van de bevolking beneden de 65 jaar. En dat wordt in deze brief duidelijk gemaakt. Ik ontken dus niet ± ik heb dat nooit ontkend; zo dom ben ik niet ± dat de no claim slecht kan uitpakken voor de koopkracht van chronisch zieken, maar het belerende beleid is dusdanige geweest dat het totaalbeeld niet slecht is. Het is wel slecht voor iedereen, maar het is voor hen niet slechter dan voor de rest.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Ik verzet mij hier toch tegen. Ik dicht u geen kwade intenties toe, maar er wordt wel een trucje uitgehaald. Chronisch zieken en gehandicapten worden namelijk plotseling enkel

## Hoogervorst

vergeleken met de gezonde bevolking jonger dan 65 jaar. Ze worden echter niet vergeleken met de gezonde bevolking ouder dan 65 jaar. In vergelijking met de gezonde bevolking jonger dan 65 jaar zijn de koopkrachtverschillen inderdaad niet zo groot. In vergelijking met de gezonde bevolking ouder dan 65 jaar zijn de koopkrachtverschillen echter heel groot. Zieken en gehandicapten gaan er ten opzichte van bijvoorbeeld gezonde ouderen aanzienlijk op achteruit.

**Minister Hoogervorst:** Nu schieten wij toch echt op in dit debat. Mevrouw Halsema geeft in ieder geval toe dat ten opzichte van de 65-minners ± dat zijn de mensen die het geld moeten verdienen voor ons in Nederland ± de gehandicapten en chronisch zieken er niet op achteruitgaan. Het is waar dat de 65-plussers er ten opzichte van de rest van de bevolking, dus ook de chronisch zieken en de gehandicapten, erop vooruitgaan. Wat mij betreft is dat zegkund.

**Mevrouw Halsema (GroenLinks):** Het is gebruikelijk om een onderscheid te maken tussen ziek en gezond. U heeft de gezonden plotseling onderverdeeld in twee categorieën. Dat doet u om de effecten in koopkrachtverlies voor de zieke mensen af te vlakken. Als je alle gezonde mensen, jonger en ouder dan 65 jaar, bij elkaar optelt, is er een groot verschil in koopkracht tussen ziek en gezond.

**De heer Rouvoet (ChristenUnie):** Ik heb er ook een beetje moeite mee, omdat het referentiepunt in dit debat voortdurend aan het schuiven is. Wie vergelijken wij nu namelijk met wie? De minister zegt te erkennen dat de no-claimregeling als zodanig voor chronisch zieken en gehandicapten kan leiden tot een verslechtering. Nee, zal leiden, want zij gaan er op achteruit. En dat weten wij zeker. Dus dat behoeven wij niet iedere keer tegen elkaar te zeggen.

**Minister Hoogervorst:** Ik heb dat nooit ontkend.

**De heer Rouvoet (ChristenUnie):** Als wij dan gaan vergelijken en wij het toespitsen op dit wetsvoorstel, dan is het een feit dat de gezonde mensen aan het eind van het jaar er € 192 aan overhouden en dat de chronisch

zieken en gehandicapten er € 63 of straks eventueel € 68 extra op inleveren. Dat zijn gewoon de harde cijfers van dit wetsvoorstel.

**Minister Hoogervorst:** Ik heb dat ook nooit ontkend. En dat zou met het eigen risico van € 100 dat de heer Rouvoet heeft voorgesteld ook het geval zijn geweest. Weliswaar is het dan een geringer bedrag maar het principe is hetzelfde.

**De heer Rouvoet (ChristenUnie):** Het is dan wel van belang dat de minister zichzelf corrigeert, in de zin dat hij zegt dat chronisch zieken en gehandicapten er niet op achteruit kunnen gaan maar dat ze er op achteruit zullen gaan.

**Minister Hoogervorst:** Ik heb hier toch echt bezwaar tegen. Ik heb nooit ontkend dat dit het geval zou zijn. Ik heb het zo-even in een interruptie-debat met de heer Van der Vlies ruiterlijk toegegeven. Nu wordt mij verweten dat ik de boel zou zitten te ontwijken. Ik ben er altijd glashelder in geweest. Ik heb aan de hand van de cijfers duidelijk gemaakt dat na alle maatregelen de positie van chronisch zieken en gehandicapten niet significant anders is dan die van de mensen in het land die het geld moeten verdienen voor ons allemaal.

**De heer Rouvoet (ChristenUnie):** Wat ik heb gedaan heb, is de woorden die de minister zo-even in de richting van mevrouw Halsema uitsprak, aanhalen. De belangrijke nuance daarbij is dat de minister zegt dat dit wetsvoorstel voor chronisch zieken en gehandicapten een verslechtering kan betekenen. Mijn stelling is ± de minister heeft dat volgens mij ook zelf erkend ± dat het wetsvoorstel een verslechtering zal betekenen.

**Minister Hoogervorst:** Als het de heer Rouvoet gelukkig maakt, wil ik dat nog wel een keer bevestigen.

Voorzitter. Vervolgens kom ik te spreken over de kwestie van de huisartsen. Ik moet zeggen dat ik de huisartsen liever wel onder de no-claimregeling had gehouden. Het feit dat de huisarts maar voor 25% zou meetellen, dus voor maar € 5, vergeleken met een specialistenbezoek van zo'n € 65, zou geen financiële drempel van betekenis zijn geweest, in ieder geval een veel lagere drempel dan nu het geval is.

Verder wijs ik erop dat de consumptie van huisartsenzorg heel evenwichtig over de bevolking is gespreid. Het is niet een deel van de zorg dat bij uitstek door chronisch zieken en gehandicapten wordt benut maar wel degelijk ook door mensen die eigenlijk heel gezond zijn maar af en toe een griepje hebben en daarvoor naar de dokter gaan. Dus het was eigenlijk een van de meest solidaire elementen uit de no claim en die gaat er nu dus uit verdwijnen. Ik erken alle argumenten van de heer Buijs over nut en noodzaak van de poortwachtersfunctie van de huisarts, maar in mijn voorstel was de drempel tot de huisarts de laagste drempel in het gehele stelsel. Ik vind het jammer dat een grote meerderheid van mening is dat dit element uit mijn voorstel geschrapt moet worden. Dat is een gemiste kans.

**Mevrouw Halsema (GroenLinks):** Hoe belangrijk ik het ook vind dat de huisarts niet onder de no claim valt, toch denk ik dat u gelijk heeft dat dit het meest solidaire onderdeel van het voorstel was. Bent u het met mij eens dat de premieverhoging als gevolg van het amendement-Buijs c.s. vooral betaald wordt door chronisch zieken en gehandicapten? Zij zullen nooit iets terugkrijgen.

**Minister Hoogervorst:** Het bedrag van 20 mln wordt over heel veel mensen verdeeld. De premieverhoging bedraagt ongeveer € 5 per jaar. Ten opzichte van het geheel is dat niet problematisch. Ik vind het jammer, maar ik heb te maken met de politieke realiteit. Ik ben nooit van mening geweest dat dit het hart van de regeling was. Ik heb ook aannemelijk proberen te maken dat op heel veel andere onderdelen van de zorg de no claim heel goed kan werken.

**Mevrouw Halsema (GroenLinks):** Dat was mijn vraag niet. Het gaat er niet om of een verhoging met € 5 veel of weinig is. U hebt zelf gezegd dat het huisartsenbezoek vrij evenwichtig over de bevolking is gespreid. Naar verhouding maken chronisch zieken en gehandicapten weinig gebruik van de huisarts. Iedereen krijgt te maken met de premieverhoging, maar slechts enkelen krijgen hun no claim terug. Chronisch zieken en gehandicapten krijgen die in ieder geval niet. Klopt het dat de verhoging van de premie om de huisartsen uit de

## Hoogervorst

regeling te kunnen halen, vooral gedragen wordt door de chronisch zieken en gehandicapten?

Minister **Hoogervorst**: Principieel is uw analyse juist, maar ik heb al gezegd dat het niet over grote bedragen gaat. Als u hieruit concludeert dat de huisarts alsnog onder de no claim moet vallen, hoor ik dat graag.

De heer **Heemskerk** (PvdA): U kunt de politieke realiteit veranderen. U bent niet blij met deze vorm van de no claim omdat de huisarts eruit is. De hele oppositie is er niet blij mee en de VVD wil ook iets anders. Het CDA is volgens mij ook niet blij dat het nu de chronisch zieken heeft opgezadeld met de rekening van het schrappen van de huisarts uit de no claim. De huisartsen zijn niet blij omdat zij een sigaar uit eigen doos krijgen. U kunt dus wat aan die politieke realiteit doen door het voorstel in te trekken. Dan kunt u tot volgend jaar, wanneer wij de zorgverzekeringswet behandelen, nadenken over een ander, effectief systeem.

Minister **Hoogervorst**: Ik ben ontzettend blij met deze wet. Sterker nog, volgens mij is de PvdA er ook blij mee. Op uw internetsite staat nog steeds het bericht van enkele maanden geleden dat u op zichzelf voor invoering van een vorm van no claim bent, als die maar niet al te hoog is en als de huisarts er niet inzit.

De heer **Heemskerk** (PvdA): Als u in eerste termijn goed geluisterd had, had u precies gehoord welke voorwaarden de PvdA aan eigen betalingen stelt. Ik heb die vandaag genoemd, maar ook bij het hoofdlijnen debat. Wij willen daar best over nadenken, ook in de curatieve zorg. Wij verbinden daar dan wel een aantal voorwaarden aan. Kwetsbare groepen moeten ontzien worden. De huisarts mag er niet onder vallen. De administratieve lasten mogen niet te hoog zijn. Iedere brugklasser die net economie heeft gehad, kan u uitleggen dat prikkels alleen werken als er keuzemogelijkheden zijn. Aan de eigen betalingen moeten dan ook keuzemogelijkheden gekoppeld worden. Dat gebeurt niet in het onderhavige voorstel.

Minister **Hoogervorst**: Als de huisarts uit de no claim wordt gehaald, is de vraag hoe dit gedekt wordt. Ik heb bij brief aangegeven, de dekking van het amendement deugdelijk te vinden. Ik had 50 mln van de opbrengst ter beschikking willen stellen aan de eerstelijnszorg, maar dat gaat nu niet door. De resterende 20 mln wordt gedekt door een verhoging van de no claim met € 5. Dat klopt allemaal als een bus. De opstellers van het amendement willen via een doelmatigheidsslag bij de huisartsen de 20 mln op termijn vervangen. De huisartsen zijn de enige groep in Nederland die ik nog niet heb aangeslagen. Die hebben er alleen maar geld bij gekregen. Ik wil best een goed gesprek met de LHV voeren, niet om de huisartsen in hun inkomen te treffen maar om te kijken of de productiviteit omhoog kan. Als zij tot meer verrichtingen in staan zijn, bijvoorbeeld door verbetering van de praktijkondersteuning en door substitutie, kan men tegen een wat lager tarief meer werk doen en kan men het inkomen op peil houden. Dat is precies wat ik met de ziekenhuizen heb afgesproken. Ik wil er bij de LHV ook wel een gooi naar doen.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): De huisartsen was 50 mln ter beschikking gesteld als uitruil met de aanvaarding van de no claim. De minister erkende blijkbaar dat het noodzakelijk was om te investeren. Waarom is de minister van gedachten veranderd?

Minister **Hoogervorst**: Ik ben niet van gedachten veranderd. Ik heb wel steeds duidelijk gemaakt aan de sector geen cent te makke te hebben in mijn begroting, maar wel een uiterste poging te willen doen om uit het geld van de no claim een bedrag vrij te maken. Ik heb er nooit een misverstand over laten bestaan dat er voor de partijen een risico lag. Het risico was immers levensgroot aanwezig dat het niet door zou gaan. Daarom staat het ook op een aanvullende post en niet in een begrotingsartikel. Ik heb net gezegd eigenlijk met alle sectoren, de verpleging en de verzorging en met de ziekenhuizen, afspraken te hebben gemaakt om procenten in te leveren. Dat is bij de huisartsen nog niet het geval. Men komt er dus relatief buitengewoon goed vanaf. Er komt alleen geen geld bij. Het zal uit de

doelmatigheid moeten komen. Ik denk dat er nog een heleboel mogelijk is. Ik wil hier dus niet al te bittere tranen over wenen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): De verhoging van € 250 naar € 255 begrijp ik in macrotermen, ook in relatie tot de premieverhoging van € 5 per jaar. Ik wil het systeem goed begrijpen. Als de regeling goed gaat werken en mensen minder vaak onnodig gebruik maken van zorgvoorzieningen, is er dan sprake van een potentieel extra besparingsverlies doordat meer mensen meer geld terug kunnen krijgen?

Minister **Hoogervorst**: Nee. Als er minder gebruik wordt gemaakt van voorzieningen, kan ik daarop besparen. Daarom is het te doen. Dat is een groter effect.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Het extra besparingsverlies valt dus weg tegen minder aanspraak op de voorzieningen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De minister zei dat de huisartsen de enige sector vormen die nog niet is aangesproken. Hij kan deze sector 4% opleggen. Hoe doet hij dat? De verhoging met € 5 dient om het gat tot de resultaten van de min 4% te dichten. Als die 4% opgehoest wordt door de huisartsensector kan de premieverhoging teruggehaald worden. Hoe legt de minister dit op? Als hij het gewoon dicteert, is de € 5 verhoging immers niet nodig.

Minister **Hoogervorst**: Ik zou eenvoudigweg morgen een tariefskorting kunnen opleggen. Zo heb ik dat ook bij de andere sectoren echter niet gedaan. Er zijn afspraken gemaakt. Bij de ziekenhuizen is afgesproken dat zij binnen twee jaar meer gaan leveren voor hetzelfde geld. Dat zetten wij dan om in een tariefskorting. Het inkomen van het ziekenhuis gaat er op zich niet op achteruit. Men doet echter meer voor hetzelfde inkomen. Ik wil er een gooi naar doen om met de huisartsen hetzelfde af te spreken.

Het plan van de VVD is mij niet onbekend. Ik heb er eerder op gereageerd. Het is eerder gepubliceerd. Er bestaat geen principiële verschil tussen mijn plan en het VVD-plan. Het is meer een nadere uitwerking, waarbij de originele invalshoek is om de mensen met



## Hoogervorst

naar verwachting heel hoog en onvermijdbaar zorgverbruik, namelijk de ouderen, een prikkel te geven om zuinig met zorg om te gaan. De VVD wil dat bewerkstelligen door een clustering in leeftijds- en geslachts-groepen, het feitelijke zorggebruik te relateren aan het gemiddelde zorggebruik in die groepen en daaraan een bonus te verbinden. Dat is een originele gedachte, die inderdaad voor sommige groepen meer prikkels kunnen genereren dan nu met de no-claimregeling. Er is uitvoeringstechnisch echter nog veel nodig om dit mogelijk te maken; de kennis en automatisering in de zorg is wat dat betreft nog verre van optimaal. Ik zeg toe dat ik twee onderzoeken zal laten verrichten: ik zal dit plan goed laten doorlichten op technische haalbaarheid, met name de automatiseringskwesties, en ik zal de prikkelwerking van dit plan laten toetsen door het CPB. Zowel de technische als de economische invalshoek van het plan wil ik dus laten doorlichten. Ik zal de Kamer berichten over de resultaten.

Nu de meer specifieke kwesties die de Kamer heeft aangevoerd. De heer Buijs vroeg waarom er alleen een informele toetsing van het voorstel bij de ILO heeft plaatsgevonden en of er nog een formele toetsing komt. Welnu, zo werkt dat niet bij de ILO. Een land dat een voorstel ontwikkelt dat raakt aan een van de ILO-verdragen is eraan gehouden, zelf dat voorstel te toetsen aan het betreffende verdrag. Vervolgens dient elk land dit aan de ILO te rapporteren. Op basis van een dergelijke rapportage toetst het toezichthoudend comité achteraf  $\pm$  dus niet vooraf  $\pm$  een dergelijke maatregel. Op basis van de sfeer van de informele toetsing verwachten wij dat dit goed zal gaan.

Verder vroeg de heer Buijs naar de meeropbrengst van de no claim. Wat had ik gedaan als die er niet was geweest? Ik kan u verzekeren dat ik blij was dat dit geld nog in deze regeling zat; ik heb mijn creativiteit tot het uiterste moeten benutten om zaken uit het pakket te verwijderen waarvan ik dat acceptabel vond. Zowel de AWBZ-sector als de ziekenhuizen heb ik behoorlijk de duimschroeven aangedraaid. Gisteren hebben we een akkoord bereikt voor een nieuw medicijnen-convenant met een opbrengst van 685 mln, dat aan alle kanten dicht zit. Voorlopig ben ik dus wel even

uitgepraat, maar wij hadden dit hard nodig.

De heer Van der Vlies vroeg verduidelijking over de relatie tussen no claim en de fiscale buitengewone-uitgavenregeling. De nominale premie, dus ook de verhoging daarvan, is gewoon aftrekbaar. Wel moeten de inkomsten uit de no claim weer worden opgeteld; het gaat om het saldo. Aangezien dat in de meeste gevallen pas rond 1 april bekend is, zal men vaak uitstel moeten vragen, maar de Belastingdienst heeft al aangekondigd daar soepel mee om te gaan.

De heer Van der Vlies vroeg ook of in de AMvB een vast tijdstip wordt vastgelegd. Ja, dat is 1 april. Hoe wordt omgegaan met rekeningen die laat binnenkomen? Rekeningen die in de loop van het jaar na 1 april binnenkomen, kunnen eventueel worden verrekend met de nieuwe no claim van het jaar erop, maar als men meer dan anderhalf jaar achterloopt, dan is het verloren en wordt men niet meer op een rekening getraakteerd.

De heer Rouvoet heeft voorgesteld om de naam "no-claimregeling" te wijzigen in teruggaaf voorschot eigen risico. Dat ligt niet alleen niet erg lekker in de mond, maar het is feitelijk ook niet correct. Het bedrag dat men terug kan krijgen, is namelijk veel groter dan het voorschot. Een eigen risico is ook geen voorschot, maar een bedrag dat men verschuldigd is als men zorg consumeert. Toen ik de naam no-claimregeling overnam, voorzag ik natuurlijk ook dat men vergelijkingen zou maken met autoverzekeringen en dergelijke. Ik heb lang met deze naam geworsteld, maar uiteindelijk vond ik het de meest voor de hand liggende. Verder begrijpt iedereen waar het over gaat.

De heer Heemskerk vroeg hoeveel mensen iets terugkrijgen. In de schriftelijke beantwoording heb ik al geschreven dat ongeveer 50% van de mensen geen recht op teruggaaf zal krijgen. Het zijn moeilijke inschattingen, maar het is onze verwachting dat tussen de 15 en 20% van de mensen de hele teruggaaf krijgt en tussen de 25 en 30% een gedeeltelijke.

De heer Heemskerk (PvdA): Uit de notitie van het CPB heb ik opge-maakt dat ongeveer 25% van de ziekenfondsverzekerden het

no-claimbedrag niet zal volmaken. U spreekt echter over 50%.

Minister Hoogervorst: Ik baseer mij op cijfers uit de CPB-notitie van 31 maart 2004.

De heer Heemskerk (PvdA): In de gewijzigde notitie van 7 oktober wordt echter gesproken over 25%.

Minister Hoogervorst: Ik kom daar voor de vergadering van morgen nog op terug.

Voorzitter. De heer Heemskerk heeft gevraagd hoe het zit met de opening van een DBC. Die wordt pas geopend op het moment dat de patiënt de eerste behandeling krijgt en dus niet op de dag dat de afspraak voor die behandeling wordt gemaakt. De afspraak wordt opgesteld in lijn met het Burgerlijk Wetboek en de daarin geregelde behandelingsovereenkomst met de specialist. Ik verwacht niet dat dit zal leiden tot conflicten. Als dat wel het geval is, kan men bezwaar maken bij het Ziekenfonds en uiteindelijk kan men zijn bezwaar, ingevolge de AWB, voorleggen aan de rechter.

De heren Nawijn, Heemskerk en Weekers hebben vragen gesteld over gepensioneerden in het buitenland. Mensen die in het buitenland wonen en verzekerd zijn via het Ziekenfonds, betalen in principe de nominale premie en krijgen verder het woonlandpakket zorg. Met de vaststelling van de no-claimteruggaaf wordt rekening gehouden met de kosten die deze mensen in het buitenland maken, voor zover deze kosten in Nederland bekend zijn. Het kan voorkomen dat die kosten hier niet bekend zijn, bijvoorbeeld als er tussen Nederland en het woonland een zogenaamd niet-afrekenings-akkoord is afgesloten. In dat geval hebben die mensen gewoon een meevallertje. Het kan in ieder geval niet leiden tot een tegenvaller.

Het eigen risico in de standaard-pakketpolis wordt verhoogd. In dit pakket voor particulier verzekerden viel de huisarts altijd al onder het eigen risico. Daarin verandert niets als gevolg van het amendement. Als men in 2006 onder de zorg-verzekeringwet komt, valt men natuurlijk wel onder het dan geldende regime.

De heer Heemskerk (PvdA): Ik had verwacht dat de heer Buijs nu zou

## Hoogervorst

opspringen. Er wordt immers een hoger eigen risico geïntroduceerd en daarmee een hogere drempel voor de huisarts voor een specifieke groep ouderen die gebruikmaken van de standaardpakketpolis. Waarom wil de heer Buijs wel dat de huisarts uit de no-claimregeling wordt gehaald, maar houdt hij nu zijn mond?

**De voorzitter:** Ik stel voor dat de heer Buijs daarop in tweede termijn antwoordt.

**Minister Hoogervorst:** Er zijn hele volksstammen in Nederland, ook mensen met publiekrechtelijke regelingen zoals ambtenaren, die gewoon een eigen bijdrage betalen voor de huisarts. Daaruit zijn nooit grote ongelukken voortgekomen.

De heer Heemskerk stelde slim vast dat de prijsinflatie in de zorg teneinde hoger te zijn dan de algemene prijsinflatie. Ik begrijp dat hij mij wil aanmoedigen om op een hogere indexering van het bedrag in te zetten. Zijn opmerking wil ik vooral ± misschien kan ik zo een interruptie voorkomen ± beschouwen als een aanmoediging om de inflatie in de zorg laag te houden. Vooralsnog lukt mij dat heel redelijk.

Daarmee heb ik naar mijn overtuiging alle vragen beantwoord. Mochten er nog niet beantwoorde vragen restereren ... Oh, de amendementen!

**De voorzitter:** Mevrouw Kant mag nog kort een vraag stellen, en dan zal de minister de amendementen bespreken.

**Mevrouw Kant (SP):** De minister schat in dat er ongeveer 160 mln aan bezuinigingen overblijft door het gedragseffect, nu de huisarts eruit is. Kan de minister een beeld schetsen van hoe dit bedrag is verdeeld? Is er in die berekeningen ook rekening gehouden met negatieve effecten, misschien op de iets langere termijn? Deze kunnen ontstaan doordat mensen van zorg afzien terwijl die wel nodig is.

**Minister Hoogervorst:** Dit zijn berekeningen van het CPB. Ik neem aan dat het gaat om een saldo van positieve en negatieve effecten. Het CPB is buitengewoon voorzichtig met het specifiek aanwijzen van bedragen, bijvoorbeeld uit de hulpmiddelen of de medicijnen. Eigenlijk durft men daarvan geen

schatting te maken; het is een globale schatting.

**Mevrouw Kant (SP):** Volgens mijn informatie worden negatieve effecten niet meegenomen. Misschien kan de minister dit voor de tweede termijn van morgen toch nog eens nader bekijken.

**Minister Hoogervorst:** Ik zal dat doen.

**De voorzitter:** Ik heb gezien dat er een brief is binnengekomen over de onderbouwing van het amendement-Buijs c.s. Ik ga ervan uit dat de leden die brief kennen. In dat geval kan de minister zijn betoog vervolgen.

**Minister Hoogervorst:** Met de brief en wat ik zonet al heb gezegd, heb ik het amendement-Buijs becommentarieerd. Ik laat het oordeel daarover dus aan de Kamer over.

**Mevrouw Halsema (GroenLinks):** De brief van de minister heb ik goed gelezen. De dekking is volgens hem deugdelijk. De "politieke appreciatie" zou hij toevoegen in het debat. Ik heb hem eigenlijk alleen horen zeggen dat hij kan tellen en dat hij ziet dat er een meerderheid is. Als ik hem goed begrijp, vindt hij het amendement politiek gezien dus niets, maar legt hij zich erbij neer omdat er een meerderheid is.

**Minister Hoogervorst:** Ik vind het inhoudelijk jammer, maar dit is een politiek compromis zoals je dat soms moet sluiten.

**Mevrouw Halsema (GroenLinks):** Gaat het om een politiek compromis dat met de minister is gesloten, of tussen de coalitiepartijen?

**Minister Hoogervorst:** Dat is tussen de coalitiepartijen gesloten. Men weet natuurlijk wel dat het bij mij niet op een onaanvaardbaar zou stuiten.

**De heer Heemskerk (PvdA):** De minister zegt: het werkt niet, ik had het er liever in gehouden want dat was socialer. Het maakt hem echter niet uit, want hij haalt gewoon zijn bezuiniging. Of het nu wel of niet goed is voor de burgers, deze minister gaat het gewoon om het halen van bezuinigingsdoelstellingen.

**Minister Hoogervorst:** Nee. Ik hoop

dat er een wet wordt aangenomen die op een heel eenvoudige manier het kostenbewustzijn in de zorg zal versterken. Op een manier zoals wij dat nog nooit in Nederland hebben gezien. Ook nu de huisarts eruit is, werkt het nog steeds op heel veel terreinen. Dat vind ik een zeer waardevolle bijdrage aan ons zorgstelsel. Ik sta hier niet zomaar relaxt te doen, ik ben nog steeds buitengewoon in mijn nopjes met dit wetsvoorstel.

Het amendement van mevrouw Kant op stuk nr. 10 waarmee de huisarts uit de no claim wordt gehaald, bevat geen dekking. Ik zal het aannemen daarvan dan ook moeten ontraden.

**Mevrouw Kant (SP):** Daar had u gelijk aan, maar inmiddels is er een nieuw amendement in de maak. Ik had geen dekking opgenomen omdat ik een compleet andere verwachting heb van de effecten van deze wet. Ik geloof niet in uw gedragseffecten. Sterker nog: ik geloof dat de zorg eerder duurder wordt dan goedkoper. Daarom dacht ik het ook niet te hoeven dekken, want in mijn ogen was mijn amendement een bezuiniging. Om ook de coalitie een eerlijke keuze voor te stellen voor een andere dekking dan een bezuiniging op de huisartsenzorg, ben ik nu bezig het amendement zo te wijzigen dat er wel een dekking bij zit. Zoals u daarstraks al zei, is het een minimale premieverhoging als je het daar zoekt.

**De voorzitter:** Dat amendement maakt op dit moment geen onderdeel uit van de beraadslaging en er kan dus ook niet op gereageerd worden.

**Minister Hoogervorst:** Ik zal dat amendement morgen becommentariëren.

Het amendement op stuk nr. 14 houdt in dat verzekerden van 65 jaar en ouder altijd de volledige no-claimteruggave krijgen, ook al hebben zij zorg gebruikt. Ook dat leidt tot een zware financiële aanslag op deze wet. Bovendien is het echt niet gezegd dat alle ouderen die € 250 zullen volmaken. Ook aanname van dit amendement ontraad ik. De heer Van der Vlies heeft op stuk nr. 17 het voorstel gedaan om de uitkering te beperken tot 75%. Ik vind dat een heel creatief amendement. Afgezien van het feit

## Hoogervorst

dat het een behoorlijke aanslag zou betekenen in de financiële verschuiving, zou ook het volume-effect van deze maatregel worden beknot. Daarom zie ik mij genoodzaakt om ook aannahme van dit amendement te ontraden.

Het amendement van mevrouw Halsema op stuk nr. 19 strekt ertoe de fiscale compensatie van de no claim in de fiscale compensatieregeling te versterken. Ook aannahme van dit amendement wil ik ontraden. De belangrijkste reden daarvoor is dat ik vind dat wij de introductie van de no claim in het algemene koopkrachtbeeld op een heel fatsoenlijke manier hebben weten te realiseren. Daarom is er geen reden voor een extra compensatie. Bovendien kan die € 63 premieverhoging al worden opgebracht in de fiscale regeling. Als je hier nog een extra heffingskorting van € 63 gaat toevoegen, compenseer je meer dan überhaupt aan kosten wordt gemaakt. Om die twee redenen moet ik aannahme van het amendement ontraden.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Je compenseert niet meer dan aan kosten wordt gemaakt, maar je compenseert alleen de premieverhoging voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met veel zorgkosten. Je compenseert niet meer dan aan kosten worden gemaakt, maar je maakt ongedaan dat vooral chronisch zieken en gehandicapten weet zullen hebben van de premieverhoging, wat de minister overigens erkent. Daarmee kom ik ook tegemoet aan iets wat de minister zelf ook niet wenst, namelijk dat chronisch zieken en gehandicapten gepakt worden.

Minister **Hoogervorst**: Wij hebben daarvoor al compenserende maatregelen genomen in het algemene koopkrachtbeeld. Alles wat je extra doet, is een compensatie die tendeert naar overcompensatie. Bovendien kan die € 63 premieverhoging al volgens de bestaande fiscale regeling worden afgetrokken. In haar amendement laat mevrouw Halsema nog eens € 63 in aftrek brengen en dat is overcompensatie. Dat is technisch een vreemde zaak. Ook als dit niet het geval zou zijn, zou ik nog bezwaar hebben tegen dit amendement, omdat het koopkrachtbeleid van dit kabinet al heel evenwichtig is geweest.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Het is net alsof de discussie rond de medicijnknaak van vorig jaar is vergeten. De minister heeft net erkend dat het wegvallen van de huisarts uit de no claim ertoe leidt dat vooral chronisch zieken en gehandicapten nog eens worden aangeslagen. Het verhaal van overcompensatie is naar mijn idee echt flauwekul. Het woord is hier al vaker gevallen, maar de minister moet mij maar eens uitleggen waar die € 63 premieverhoging wordt gecompenseerd. Dat bedrag wordt niet gecompenseerd en dat is precies de reden waarom ik het repareer via de inkomstenbelasting.

Bovendien vergroot het de effectiviteit van de maatregel van de minister, die dankzij dit amendement specifiek wordt gericht op die mensen aan wie enige keuzemogelijkheid mag worden toegedicht in hun zorggebruik. Chronisch zieken hebben geen keuzevrijheid. Dat zegt de minister zelf ook.

Minister **Hoogervorst**: In de huidige regeling voor buitengewone lasten kunnen mensen hun ziektekostenpremies ook al in aftrek brengen. De meeste ouderen komen daardoor al over de drempel heen, door alleen de premies in aftrek te brengen, nog los van allerlei andere kosten die zij maken. Dat kan dus al. Dit amendement voegt daar nog eens een soort heffingskorting aan toe, die even groot is als de verhoging van de nominale premie. Ook als dit niet het geval was, zou ik nog dit amendement ontraden. Hier is naar mijn indruk echt sprake van een overcompensatie.

Mevrouw **Halsema** (GroenLinks): Dus de minister zegt eigenlijk dat chronisch zieken en gehandicapten met de compensatiemogelijkheden die er al zijn die jaarlijkse premieverhoging van € 63 niet betalen?

Minister **Hoogervorst**: Nee, dat zeg ik niet. Ik zeg alleen dat er al een zekere compensatiemogelijkheid  $\pm$  zij het niet volledig  $\pm$  in de regeling is.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Bij ondertekening van het amendement had ik begrepen dat de aftrekmogelijkheid voor buitengewone lasten wel bestaat maar niet door iedereen wordt bereikt. Daarvoor moet men immers wel aan bepaalde criteria voldoen in zijn belasting-

positie. Ik begreep dat dit amendement het als het ware generiek maakt. Dat is dus een verschil.

In de toelichting op het amendement wordt geconstateerd dat het amendement budgettair neutraal is. Los van de vraag of men zoiets wil of niet, wil ik graag van de minister horen of dat in zijn visie wel zo is.

Minister **Hoogervorst**: Voor zover ik heb kunnen zien, is dat inderdaad het geval. Door een verhoging van de nominale premie wordt dit vergoed. Ik meen niet dat daar het probleem ligt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voor de fracties die nog hun stemgedrag moeten bepalen is dat natuurlijk wel relevant.

Minister **Hoogervorst**: Zeker, maar u hebt mij dat verwijt ook niet horen maken.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

Sluiting 23.38 uur



### Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter ter zake gedane voorstellen:

- de volgende brieven:
  - een, van de minister van Justitie, ten geleide van het AWT-rapport "Kennis van criminaliteit" (29800-VI, nr. 5);
  - een, van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, over informatie van het regionale politiekorps Amsterdam-Amstelland naar aanleiding van het debat over de Al Tawheed-moskee (29800-VI, nr. 4);
  - een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, ten geleide van de inspectierapportage "Verkenning van masteropleidingen op het grensvlak van HBO en WO" (29800-VIII, nr. 10);
  - een, van de minister van Financiën, ten geleide van de geannoteerde agenda voor de Ecofin Raad van 21 oktober 2004 te Brussel (21501-07, nr. 456);
  - een, van de minister van Economische Zaken, inzake de strekking van het innovatievermogen van de Nederlandse economie (27406, nr. 29);