

Voorzitter

gedeelte van de vergadering door te geleiden naar het kabinet.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringwet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31094).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik zal maar meteen met de deur in huis vallen: mijn fractie is tegen het voorstel om een eigen risico in te voeren. Wij vinden het een heel slecht voorstel; oneerlijk, oneigenlijk en ongewenst. Het is ook bureaucratisch en het is gedoemd te mislukken. Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat na alle eerdere mislukkingen er toch weer een eigen risico komt. Een ezel stoot zich geen twee keer aan dezelfde steen, maar het kabinet doet dat gewoon rustig keer op keer als het gaat om eigen betalingen, eigen risico's, no-claim, medicijnenknaak en noem maar op. Geen enkele eerdere vorm van eigen betaling en eigen risico was een lang leven beschoren. Wij hebben het gezien en ik noemde ze al. De medicijnenknaak, daar begon het mee, het specialistengeeltje, het eigen risico en de eigen betalingen van het paarse kabinet en op de eerste na hebben ze alle slechts twee jaar stand gehouden. Het is dus niet zo moeilijk om de levensverwachting van dit eigen risico van € 150 te voorspellen. Ik denk zo ongeveer twee jaar, maar ik hoop natuurlijk nog minder! Sterker nog, gezien de voorgeschiedenis lijkt het mij heel wijs om er maar helemaal niet aan te beginnen. De nadelige gevolgen zijn net als bij zijn voorgangers te beredeneren. Ze blijken uit onderzoek en zijn ook op basis van deze historie gewoon te voorspellen. De redenen waarom de eerdere initiatieven zijn afgeschaft, hadden te maken met het feit dat ze niet werkten, verkeerd werkten, bureaucratisch waren. Ook de Raad van State herinnert het kabinet hieraan: "dat het recente verleden verschillende stelsels van eigen bijdragen zijn ingevoerd en dat deze na vrij korte tijd weer zijn afgeschaft, omdat zij geen of weinig effect sorteerden en er uitvoeringsproblemen waren, ook in de vorm van hogere kosten die veelal niet opwogen tegen de veronderstelde baten".

Voorzitter. Laat ik dan ook maar even de rust en de tijd nemen om de historie langs te lopen. Al vanaf de invoering van de Ziekenfondswet zijn er voorstellen gedaan om een eigen bijdrage in te voeren. Het tientje van Veldkamp in 1966. Ik was nog niet eens geboren. Plannen voor de invoering van een eigen risico door het kabinet-Biesheuvel in 1973. Plannen voor een eigen bijdragen door het kabinet-Van Agt-Wiegel die al in de Kamer sneuvelden, mede vanwege hevig verzet van de bonden en later ook de actiegroep Stop het eigen risico. In 1982 wordt de medicijnenknaak ingevoerd, hoewel de Ziekenfondsraad eerder concludeerde dat er "geen overwegend effect van eigen bijdragen op medisch en

verantwoord gebruik van deze verstrekkingen valt te verwachten". Toch werd het ingevoerd! Ondanks hevig verzet van ziekenfondsen, vakbonden, specialisten en huisartsen wordt in 1988 door het kabinet-Lubbers het specialistengeeltje ingevoerd. Beide, de medicijnenknaak en het specialistengeeltje, werden in 1990 weer afgeschaft. Desalniettemin ontstond in 1992 opnieuw de discussie over eigen risico's en eigen bijdragen. De PvdA was toen tegen een eigen bijdrage: "Het legt een drempel en belemmert daarmee de toegang tot de zorg en bovendien doorkruist het de solidariteitsgedachte." Een mooie opvatting, maar helaas verliet de PvdA dit goede standpunt.

Het komt uiteindelijk toch tot plannen voor een verplicht eigen risico in het regeerakkoord van Paars I, maar het wordt uiteindelijk in 1997 een ingewikkeld eigenbijdragesysteem. Het wordt in 1999 afgeschaft omdat deze bijdragevoorschrift voortdurend aanleiding gaf tot maatschappelijke discussie, omdat de regeling door alle uitzonderingen erop hoge uitvoeringskosten vergde en omdat het remmend effect beperkt bleek te zijn. Alsof er nog niet genoeg was geëxperimenteerd en er niet genoeg lessen waren geleerd, verschijnt in 2005 de no-claim ten tonele. Na veel verzet wordt die nu weer afgeschaft. Blijkbaar zijn er nog steeds onvoldoende lessen geleerd, want de no-claim wordt wel afgeschaft, maar hij wordt vervangen door een nieuw gedrocht: het eigen risico.

Ik wil graag dat de minister inhoudelijk ingaat op de eerdere mislukkingen. Er waren toch goede redenen om al die eerdere initiatieven af te schaffen? Waarom zouden diezelfde redenen nu geen aanleiding zijn om iets vergelijkbaars dan maar niet in te voeren? Ik zie de logica niet. Ik krijg graag een reactie van de minister.

Aan eigen betalingen in de zorg is inherent dat ze, als ze werken, werken als remgeld in de zorg. In dat geval werken ze ook waar ze niet moeten werken. Eigen betalingen werken dus niet doordat ze te laag zijn en geen effect hebben, of werken wel, maar dan ook op plekken waar ze niet zouden moeten werken. Mensen die noodzakelijke zorg nodig hebben, zullen daar dan om financiële redenen vanaf zien.

Er is inmiddels onderzoek genoeg beschikbaar waaruit dit blijkt. Ik zal het niet allemaal noemen, want het is al in 2001 door het ministerie op een rijtje gezet. Dit rapport Eigen betaling in perspectief leidde tot de conclusie dat empirisch onderzoek laat zien dat eigen betalingen leiden tot een verminderd gebruik van medische zorg en tot lagere ziektekosten. Dit verminderd gebruik heeft over het algemeen geen nadelige gezondheidseffecten, aldus het rapport. Er wordt echter aan toegevoegd dat deze conclusie in mindere mate geldt voor de lagere inkomensgroepen. En daar zit natuurlijk de pijn! Ik krijg graag een reactie van de minister op met name dit laatste deel van de conclusie van het rapport.

Ik zei het al, dit is dus opnieuw een slecht voorstel. Het eigen risico is oneerlijk, oneigenlijk, ongewenst en bovendien bureaucratisch. Het zal dan ook geen verbazing wekken dat ik een vrij rigoureuus amendement heb ingediend waarin ik voorstel om wel de no-claim af te schaffen en niet een eigen risico in te voeren. Waarom is het oneerlijk? Het antwoord op die vraag is simpel. Niemand kiest ervoor om ziek te worden of om ziek te zijn en zorg nodig te hebben. Een chronisch zieke niet, een kankerpatiënt niet, iemand die een hartinfarct krijgt niet, iemand die een auto-ongeluk krijgt niet. Daarom is

Kant

het voor hen allen ook niet eerlijk dat zij dan ook nog eens gestraft worden met een eigen risico van € 150. Het is een soort boete op ziek zijn of een ongeluk krijgen.

Het eigen risico is oneerlijk in het algemeen, maar het is langdurig oneerlijk voor langdurig zieken. Omdat inmiddels iedereen – ook hier in de Kamer – dat begrijpt, zouden chronisch zieken van dit eigen risico worden uitgezonderd. Ik zeg met nadruk: zouden worden uitgezonderd, want zo staat het letterlijk in het regeerakkoord, maar het gebeurt niet. Zij worden gecompenseerd. Nee, zij worden gedeeltelijk gecompenseerd en dat is toch echt iets anders.

Zij worden wel degelijk geconfronteerd met de plicht om € 150 te betalen op het moment dat zij kosten in de zorg maken. Het is bekend dat deze groep over het algemeen niet zo goed bij kas zit. Als zij de rekening moeten betalen, zal dit wel degelijk een probleem zijn en ook heel erg vervelend, want het kan leiden tot liquiditeitsproblemen. Dit is hier ook vaak gezegd. Sterker nog, dit was de reden om geen eigen risico maar een no-claim in te voeren. Dat mensen onmiddellijk met die € 150 over de brug moeten komen, was voor het vorige kabinet een argument om niet voor een eigen risico te kiezen. Ik kan me nog heel goed herinneren dat het CDA-Kamerlid en huisarts Siem Buijs destijds al stellig zei dat dit tot liquiditeitsproblemen zou leiden. Waarom gaat dit argument nu niet meer op? Het probleem blijft toch hetzelfde? Dit wordt overigens ook door Divosa geconstateerd. De vereniging waarschuwt hier nadrukkelijk voor.

De chronisch zieken worden dus niet gecompenseerd voor het hele eigen risico, maar alleen voor dat deel dat zij meer betalen dan een gemiddeld eigen risico. Ik vind dit een vreemde redenering, want chronisch zieken betalen toch per definitie geen gemiddelde kosten. Dat is toch de kern van het probleem en de reden waarom zij van dit eigen risico uitgezonderd zouden moeten worden. In plaats daarvan wordt ervoor gekozen om hen alleen te compenseren voor het deel dat afwijkt van het gemiddelde. De € 150 eigen risico is voor hen elk jaar weer onvermijdelijk. Daarom moet die € 150 voor deze groep worden gecompenseerd. Ik heb een amendement ingediend dat dit regelt.

Het kabinet wil sowieso volgend jaar het mes zetten in de aftrek van de bijzondere ziektekosten. De groep die voor deze aftrek in aanmerking komt, wordt dus al kleiner. Het wordt al een stuk schraler. Daarbovenop wil de minister het eigen risico ook nog eens niet laten meetellen bij de aftrek van de bijzondere ziektekosten. Ik begrijp dat niet. De minister stelt weliswaar terecht dat het voor een deel in de zorgtoeslag zit en dat het daarom dubbelop is. Dat geldt echter niet voor mensen die geen zorgtoeslag ontvangen, maar wel hoge ziektekosten hebben, mede door dat eigen risico. Bovendien wordt alleen het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag meegenomen in de aftrek, maar niet het bedrag tot € 150. Ik had een amendement ingediend om dit punt aan te passen. Omdat is besloten om een deel via de zorgtoeslag te compenseren, dien ik vanmiddag een aangepast amendement in.

Het is heel ingewikkeld om een definitie te geven van "chronisch ziek". Maar wat doet deze minister? Hij baseert zijn definitie op het geneesmiddelengebruik, terwijl hij eigenlijk ook wel weet dat het geen goed systeem is. Hij noemt het een suboptimale oplossing en kondigt aan dat het volgend jaar beter moet. Ik vind het

niet suboptimaal, maar onzorgvuldig en zelfs beschamend. Dit is toch geen serieuze wetgeving meer? De minister dient een wetsvoorstel in voor een eigen risico in de zorg, waarvan hij de chronisch zieken wil uitzonderen, zonder dat hij weet hoe dat zou moeten. En toch maar snel een wetsvoorstel indienen? Ik eis daarom dat dit wetsvoorstel van tafel gaat als dit probleem niet fatsoenlijk wordt opgelost. Ik hoop dat de Kamer deze eis wil steunen. Chronisch zieken moeten op een goede manier worden gecompenseerd of worden uitgezonderd, voordat deze wet in werking treedt.

Het wetsvoorstel is niet suboptimaal. Dat is een veel te positieve kwalificatie, want dit wetsvoorstel voldoet absoluut niet. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als je chronisch ziek bent en geen geneesmiddelen gebruikt? Dan heb je gewoon pech gehad. Denkt de minister soms dat die mensen niet bestaan of wil hij een premie geven op het gebruik van geneesmiddelen? Volgens zijn definitie moet je geneesmiddelen ook nog eens 180 dagen gebruiken. Misschien dat mensen medicijnen dan nog maar een weekje doorslikken om in aanmerking te komen voor compensatie.

Ik geef twee voorbeelden van e-mails die ik heb ontvangen. Ik lees ze letterlijk voor: "Ik ben chronisch ziek, maar er zijn voor mijn aandoening geen medicijnen voorhanden. Wel bezoek ik wekelijks de fysiotherapeut. In het oude systeem kreeg ik geen geld terug, omdat ik te veel kosten maakte. In het nieuwe systeem moet ik het volle pond betalen, omdat ik geen medicijnen gebruik. Twee keer pech gehad! Ik krijg het gevoel dat ik telkens gestraft wordt voor mijn aangeboren ziekte." Het tweede voorbeeld: "Ik ben vader van een tweeëntwintigjarige dochter met de ziekte van Crohn. Ze gebruikt niet veel medicijnen, in ieder geval niet 180 dagen per jaar, ook omdat ze heel bewust met haar ziekte omgaat, let op voedsel et cetera. Maar ze gaat wel een aantal keer per jaar naar de specialist en soms heeft ze erg last van haar Crohn en dan moet ze dus wel medicijnen gebruiken, maar geen 180 dagen per jaar. Het eigen risico is ze dus wel elk jaar helemaal kwijt, maar ze komt niet in aanmerking voor de compensatie." Dit zijn slechts twee voorbeelden, want er zijn legio mensen die geen compensatie krijgen.

Een ander raar punt in de farmaceutische oplossing van de minister is dat cholesterolverlagers er niet onder vallen. Dat is vreemd, want waarom niet? De arts bepaalt toch dat mensen langdurig deze geneesmiddelen moeten gebruiken? Je kunt zelfs stellen dat het een vorm van preventie is. Er is veel voor te zeggen dat mensen moeten voorkomen dat ze in de situatie terechtkomen dat ze cholesterolverlagers moeten gebruiken. Maar er zijn heel veel redenen waarom mensen deze medicijnen moeten gebruiken: niet alleen overgewicht en een ongezonde levensstijl, maar ook een aangeboren verhoogd cholesterolgehalte.

Maar zelfs als gedrag in het verleden de oorzaak is, is het toch nog steeds wenselijk dat mensen deze medicijnen gebruiken. De minister vindt toch zeker niet dat mensen deze medicijnen niet moeten gebruiken, met alle risico's van dien voor hun hart? Ik denk het niet. Het is een mooie taak voor de huisarts om mensen zich gezonder te laten gedragen, te laten stoppen met roken en gezonder te laten eten. Maar als er feitelijk sprake is van een te hoog cholesterol en pillen moeten worden voorgeschreven en gebruikt, zou het toch vreemd zijn om de kosten van langdurig medicijngebruik de doorslag

Kant

te laten geven en te zeggen: jammer, maar helaas, u krijgt geen compensatie.

Ik heb nog een aantal specifieke vragen over de systematiek van de "farmaceutische kostengroepen", een term die ik gelukkig niet heb bedacht. In de stukken staat dat er 17 kostengroepen zijn, maar dat lijkt mij de lijst van 2006. De lijst van 2007 bestaat uit twintig kostengroepen. Ik ben benieuwd welke lijst zal worden gebruikt, want er is een nogal wezenlijk verschil: op de lijst van 2006 staat de ziekte kanker bijvoorbeeld niet, op de lijst van 2007 wel. Graag een reactie.

Als je deze weg kiest – en laat het duidelijk zijn dat ik dit een foute weg vind – vraag ik me verder af of er niet ook kan worden gekeken naar hulpmiddelen; sommige mensen gebruiken immers geen geneesmiddelen, maar wel dure hulpmiddelen en dat leidt natuurlijk ook tot hoge kosten. Misschien zijn diagnostische kostengroepen ook een optie: dan wordt er niet gekeken naar het gebruik van geneesmiddelen, maar naar diagnoses. Graag een reactie op deze voorstellen. Maar zoals ik al zei, dit is helemaal geen goede route; er zijn wel degelijk betere systemen denkbaar dan dit. Waarom bijvoorbeeld geen lijst met ziekten, zoals bijvoorbeeld wordt gebruikt in de fysiotherapie? Ik weet dat dit ingewikkeld is en dat dit niet een heel goede oplossing is, maar volgens mij is het wel beter dan dit voorstel. Graag een reactie.

We zouden ook de huisarts een rol kunnen geven. De huisarts kent zijn patiënten en als deze van mening is dat iemand een chronisch zieke patiënt is – deze mensen heb je in allerlei gradaties, met onvermijdelijk hoge zorgkosten – wordt aan die persoon een labeltje gehangen en is hij vrijgesteld van het eigen risico. Dit lijkt mij een heel simpele oplossing. En als de minister dit niets voor huisartsen vindt, wijs ik hem erop dat dit ook bij de zelfzorgmiddelen zo gebeurt; het zou hierbij dus ook kunnen.

Hoe kan die groep chronisch zieken in beeld worden gekregen om haar te ontzien? Ik ben benieuwd of er überhaupt overleg is geweest met de CG-Raad en wat de reactie van de minister is op de kritiek van die kant. Heeft de minister geen contact gehad, dan vraag ik me in gemoede af waarom niet.

Nu de kern van het politieke probleem waar het vandaag onder andere over zou moeten gaan. Als dit niet wordt opgelost en de minister vandaag, deze week of de komende weken geen goed systeem kan bedenken voor het ontzien van de chronisch zieken en gehandicapten, dan snap ik niet waarom dat volgend jaar wel zou lukken. Dat zegt hij namelijk: we voeren het in en dan gaan we dit volgend jaar gebruiken om de groep beter in beeld te krijgen, zodat de juiste groep op een eerlijke manier kan worden gecompenseerd. Maar als die eerlijke manier bestaat, dan moeten we die nu zoeken en nu invoeren, en niet als de wet al in werking is, want dan worden de mensen die erbuiten vallen, een jaar onnodig getroffen. Waarom zou de minister volgend jaar wel lukken wat nu niet lukt? We zitten dan namelijk met het eigen risico, dat niet is ingetrokken – hoewel dat na twee jaar gewoon wel weer lijkt te kunnen. Ik wou die problemen echter liever vermijden. Het moet een voorwaarde zijn voor de invoering van deze wet. Dat moet goed zijn geregeld.

Mijn conclusie is: een goede regeling voor de chronisch zieken, anders gewoon uitstel. Omdat ik voorzie dat deze minister in deze paar dagen niet zal komen met een goed voorstel voor de chronisch zieken

en voor alle haken en ogen die nog bestaan, wil ik sowieso – dus los van het feit dat ik dit helemaal niet wil – voorstellen om dit niet overhaast te doen. Ik heb een amendement ingediend om de no-claim volgend jaar af te schaffen en het eigen risico pas een jaar later in te voeren. Wacht dus met de invoering van het eigen risico tot de knelpunten zijn opgelost. Volgend jaar dus niets, en als de minister iets goeds bedenkt, praten we opnieuw over de vraag of dat een goede manier is om de chronisch zieken en gehandicapten te ontzien.

Nog een belangrijk punt. Ik stel ook voor om te wachten tot we weten hoe het uitpakt voor alle groepen. Ik wil graag weten wat de specifieke koopkrachtheffingen zijn voor de chronisch zieken, voor de ouderen, voor de mensen met lage inkomens, voor de chronisch zieken met lage inkomens, voor ouderen met lage inkomens. Ik wil dit alles fatsoenlijk in beeld hebben om te kunnen beoordelen of het verantwoord is wat met dit voorstel gebeurt, en of de compensatie al dan niet voldoet. Kunnen deze berekeningen niet alsnog beschikbaar komen, bijvoorbeeld aan de hand van casussen of voor specifieke groepen? Dat kan namelijk zeer verhelderend zijn voor de beoordeling van de gevolgen van het wetsvoorstel. Graag een reactie van de minister.

De openstelling van eigen betalingen vind ik ook bijzonder zorgelijk. Wij kennen in de zorg al allerlei vormen van eigen betaling. Dat geldt bijvoorbeeld in de thuiszorg, maar ook in het kader van de Zorgverzekeringswet. Stel dat je hulpmiddelen of zittend ziekenvervoer nodig hebt, waarvoor een eigen bijdrage geldt. Daar komt dan het eigen risico bovenop. Ik vind het vreemd dat het zo in elkaar zit en dat beide tegelijk mogelijk zijn.

Het moet van tweeën een zijn: of je betaalt een eigen bijdrage, en dan ben je klaar voor dat hulpmiddel, of je betaalt een eigen risico. Nu telt het eerste deel van het verschuldigde bedrag mee voor de eigen bijdrage, en als het hulpmiddel duurder is, telt het resterende bedrag mee voor het eigen risico. Ik ben helemaal niet voor al die eigen betalingen, ook niet in de Zorgverzekeringswet, maar als ze er toch zijn, dan mag ik hopen dat de minister goed heeft nagedacht over de hulpmiddelen in specifieke situaties. Ik vind het vreemd dat het resterende bedrag ook nog doortelt in het eigen risico. Ik heb een amendement in voorbereiding om dit zo niet te doen.

Ik kan het niet vaak genoeg zeggen: mijn fractie is niet voor de invoering van het eigen risico. Het liefst zouden wij daarom iedereen willen uitsluiten van deze oneigenlijke vorm van betalen voor zorg. Naast de chronisch zieken zouden op zijn minst de ouderen moeten worden uitgesloten. Een hogere leeftijd gaat nu eenmaal vaak gepaard met meer gezondheidsproblemen en dus hogere ziektekosten. Ook de ouderen zijn dus vrijwel zeker elk jaar per definitie hun eigen risico kwijt, zonder dat zij daarop zelf invloed hebben. Tenzij de minister zegt: als u oud bent en iets mankeert, moet u maar niet naar de dokter gaan en geen pillen slikken. Ik neem echter aan dat hij daar niet zo over denkt. Om die reden zou ik 65-plussers niet onder het eigen risico willen laten vallen. Gelet op de systematiek van de wet zou ik hen willen compenseren. Op dit punt heb ik een amendement ingediend.

Los van de nadelige gevolgen is het eigen risico een heel oneigenlijke manier van benaderen. Het is oneigenlijk om een eigen risico te hebben voor iets waar mensen zelf helemaal niet voor kiezen. Wij kennen in Nederland

Kant

de huisarts als poortwachter voor de meeste zorg. Het is volkomen terecht dat daarvoor niet de financiële drempel van het eigen risico is opgeworpen. Iedereen vindt dat je wel drempelloos toegang moet hebben tot de zorg. Maar wat moet je daarna doen? Als de huisarts doorverwijst, moet je dan zeggen: verwijs maar niet door, want dan moet ik een eigen risico betalen? Is dat een keuze, als de huisarts zegt dat het verstandig is dat je naar de specialist gaat? Een ander voorbeeld is antibiotica. Stel dat je kind een ernstige infectie heeft en dat de huisarts oordeelt dat snel antibiotica nodig is. Die haal je dan bij de apotheek, maar je moet € 150 zelf betalen. Is dat een keuze? Moet je tegen de huisarts zeggen: mijn kind geneest vanzelf wel?

Ik begrijp het gewoon niet. Wat moet volgens de minister een vrouw die met een knobbeltje in haar borst bij de huisarts komt, zeggen als deze de zaak verontrustend vindt en wil dat er in het ziekenhuis een extra foto wordt gemaakt? Moet zij tegen de huisarts zeggen: het kabinet en de meerderheid van de Kamer vinden dat ik zelf moet bepalen of ik hier wel € 150 voor over heb, en ik kies er dus maar voor om het nog even uit te stellen en af te wachten of het knobbeltje wel of niet groter wordt? Dat zijn toch geen keuzes voor mensen? Ik neem aan dat het bedrag van € 150 bedoeld is als prikkel om al dan niet die keuze te maken, want anders begrijp ik niet waarom het kabinet een en ander wil invoeren. Dan kan men net zo goed gewoon op een eerlijke manier de premies verhogen. Als er geen sprake is van een keuze, is het namelijk gewoon een verkapte premieverhoging.

Ik begrijp echt niet hoe dit zou moeten werken. Heeft de minister het echt bedoeld als remgeld? Is het werkelijk de bedoeling dat mensen in de situaties die ik schetste er nog eens goed over nadenken? Hebben mensen in de zorg echt een keuze? Kan de minister dat aangeven? Als de minister al van mening is dat de maatregel remmend zou moeten en kunnen werken, vindt hij het dan verantwoord dat deze in alle gevallen remmend werkt? Mij lijkt van niet. Moeten adviezen van artsen dan maar genegeerd worden door de mensen? Mij lijkt van niet. Vrijwel nooit heb je in de zorg echt een keuze. Dat is evident niet het geval bij bepaalde vormen van zorg; ik noemde er al een aantal. Acute zorg en ziekenhuisopname zijn evidente voorbeelden. Het lijkt mij sterk dat, als er een ambulance komt, er dan een keuze wordt gemaakt, in de trant van: ik ga wel of niet met de ambulance mee in verband met die € 150. Dat lijkt mij sterk. Ziekenhuisopname en acute zorg zouden sowieso uitgezonderd moeten worden van het eigen risico.

Hetzelfde geldt voor preventie. Daar ligt vaak wel een keuze, maar is het een goede keuze als mensen afzien van preventieve zorg? Nee, wij willen juist preventieve zorg, want daar voorkom je ziektes mee, je voorkomt er gezondheidsproblemen mee, je voorkomt dat mensen voor hogere kosten komen te staan en je voorkomt een hoop ellende. Preventie is goed. Dat willen wij juist stimuleren. Dan moet je daar niet een financiële drempel voor leggen. Daar waar een keuze is, kan het dus ook weer verkeerd uitpakken als mensen om financiële redenen ervoor kiezen, niet aan preventie te doen.

Ik kom op een heel ander punt. Bij de no-claimregeling is het nu al buitengewoon verwarrend dat iets bij de zorgverzekering onder het vrijwillige eigen risico kan vallen, terwijl het dan niet onder de no-claim valt. Helaas blijft deze ongewenste en verwarrende situatie ook bestaan bij het eigen risico. Ik overweeg op dat punt een

amendement in te dienen, want het is voor mensen niet te volgen dat bepaalde dingen wel tellen voor je eigen risico, dat je dan een verplicht eigen risico neemt en dat daarvan weer andere dingen uitgezonderd of juist niet uitgezonderd zijn. Ik denk dat parallel getrokken zou moeten worden waar het wel en waar het niet voor geldt.

In het wetsvoorstel wordt het mogelijk gemaakt om via een AMvB in de toekomst bepaalde vormen van zorg aan te wijzen waarvoor een zorggebonden bijdrage geldt. Anders is immers in een keer het hele bedrag op. Volgens mij zal dat vrij vaak het geval zijn. Ik noemde al een ambulance, een ziekenhuisopname, een bezoek aan de specialist of onderzoek in een ziekenhuis. Heel veel in de zorg zal al bij een eerste keer meer kosten dan € 150. Niemand hoopt dat hem iets overkomt, maar als je iets overkomt, zit je heel snel over die grens. Voor heel veel mensen zal gaan gelden dat die € 150 na de eerste keer dat hen iets overkomt, al op is. Dan zijn zij hun eigen risico dus al kwijt.

Terecht stelt de minister dat het beoogde effect dan wegvalt. Je zou gechargeerd kunnen zeggen dat voor de rest van het jaar alle remmen los zijn. Het effect dat de minister beoogt – ik ben er niet voor, maar de minister beoogt het toch – is dan weg. De minister stelt eigenlijk zelf al dat dit de tweede grote omissie is in het wetsvoorstel, daarom wil hij nog met een AMvB komen. Waarom regelt de minister het dan niet gelijk goed?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik kan mij voorstellen dat mevrouw Kant het amendement dat ik juist op dat punt heb ingediend, nog niet heeft gezien. Ik vraag haar belangstelling daar dan voor. Het beoogt te verhelpen wat zij hier nu bekritiseert.

Mevrouw **Kant** (SP): Daar was ik ook al naar aan het zoeken. Als u dat werk al hebt gedaan, is dat helemaal geweldig. Ik zal er serieus naar kijken, want ik vind dit een van de grootste omissies in het wetsvoorstel. Ik wil zelf helemaal niet de effecten die de minister met het voorstel beoogt, maar ik zeg tegen de minister: als u het dan al wilt, doe het dan goed. Wat heb je eraan als mensen na hun eerste ziekenhuisbezoek hun € 150 al kwijt zijn?

Ik vind dat hieruit en uit de manier waarop er omgegaan wordt met het uitzonderen of niet-uitzonderen van chronisch zieken blijkt dat het een behoorlijk ondoordacht wetsvoorstel is. Ik loop hier al een tijdje mee, maar ik heb niet eerder meegemaakt dat wij een dusdanig onzorgvuldige en incomplete wet moesten behandelen, omdat die overhaast moet worden ingevoerd. Als je dit twee belangrijke punten vindt, regel ze dan fatsoenlijk. Kom met een fatsoenlijke wet en ga niet overhaast iets erdoorheen jassen, om vervolgens jarenlang met alle problemen van dien te zitten. Neem liever een jaar langer de tijd, maar schaf in de tussentijd de no-claim af. Ook die regeling, waar wij nu mee te maken hebben, is immers een gedrocht.

Ik heb nog een punt. Ik vind het verontrustend dat de minister de mogelijkheid wil creëren dat zorgverzekeraars zelf diensten kunnen aanwijzen die in hun polis worden beschouwd als buiten het eigen risico vallend. Dat lijkt op het eerste gezicht heel sympathiek, maar er zit natuurlijk wel een addertje onder het gras. Heel sympathiek zou het zijn als het mogelijk was – ik weet niet of dat mogelijk wordt, want dat hebben wij nog

Kant

niet ingevuld – dat een zorgverzekeraar zegt: ik bied een polis aan zonder eigen risico ik zonder alle vormen van zorg uit. Dan zijn wij weer waar ik zijn wil. Dan hebben wij weer een solidaire, collectieve verzekering die zegt: wij doen niet aan eigen risico, want dat is nadelig en niet-solidair voor de mensen die iets overkomt of die ziek zijn, dus wij doen dat gewoon niet. Is dat de bedoeling? Wordt dat een mogelijkheid? Ik denk niet dat dit uw bedoeling is, maar ik krijg hier graag uw reactie op. Kan dan ook alles uitgezonderd worden? Ik ben bang van niet. Mij lijkt dat de bedoeling is dat men verschillende polissen kan aanbieden, een die veel of volledige keuzevrijheid biedt en een waarbij minder keuzevrijheid wordt geboden, een beperkt aantal zorgaanbieders, een beperkt aantal ziekenhuizen of andere zorgdiensten waar gebruik van kan worden gemaakt. Dan moet je daar wel naar toe, wil je dat het wordt uitgezonderd van je eigen risico. Op dat moment is dat heel prettig, maar op de langere termijn leidt het natuurlijk wel tot tweedeling. Als je namelijk om financiële redenen, omdat je het eigen risico niet kunt betalen, de polis kiest waarbij je minder keuzevrijheid hebt, ben je minder goed af dan iemand die dat niet doet, die er wel € 150 extra voor over heeft om naar een zorginstelling of ziekenhuis van zijn keuze elders te gaan. Ik vind dat keuzes niet mogen worden beïnvloed door financiële prikkels. Dat leidt er namelijk toe dat de een wel keuzevrijheid heeft en de ander niet. Ik vind dat een zeer slechte ontwikkeling. Ik zie die mogelijkheid graag uit de wet gehaald.

In zijn toelichting stelt de minister hierover: "dergelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen meer omvatten dan uitsluitend het tarief, zoals de kwaliteit van zorg". Kunnen meer omvatten dan uitsluitend het tarief, staat er. De vraag is of je op het vlak van kwaliteit naar hogere of lagere kwaliteit kunt kijken. Dat staat er niet bij, maar lagere kwaliteit kan natuurlijk net zo goed, want die is goedkoper. De minister noemt als voorbeeld dat preventieactiviteiten kunnen worden uitgezonderd van het eigen risico, maar ik heb net al gezegd dat ik sowieso en per definitie vind dat preventie uitgesloten moet zijn van het eigen risico.

Een laatste prangend punt betreft de onnodige bureaucratie die ontstaat. Eerdere mislukte pogingen tot het invoeren van eigen betaling vormden een reden om ermee te stoppen. Ook in dit geval voorzie ik een heleboel bureaucratie. De minister wil de compensatie bijvoorbeeld via het Centraal Administratie Kantoor laten lopen. Wij hebben daar niet zulke goede ervaringen mee, moet ik zeggen. Dat kantoor doet veel eigen betalingen in de AWBZ. Daar hebben wij het nodige van meege maakt aan bureaucratie, mensen niet goed helpen, late rekeningen et cetera. Hoe kan de minister garanderen dat het in dit geval wel goed loopt? Waarom moet het zo ingewikkeld en via een andere weg? Waarom regelt hij het niet via het systeem van de zorgtoeslag? Ik begrijp best dat sommige mensen die compensatie ontvangen, niet in aanmerking komen voor zorgtoeslag, maar de minister zou ze wel in dat systeem kunnen opnemen.

De het eigen risico kan worden ingevoerd, lijkt mij wederom een forse onderschatting van de toename van de bureaucratie. Sterker nog: de minister negeert dit negatieve effect volgens mij een beetje. Ik heb de brief van het Actal gezien en die loog er niet om, zeker niet in vergelijking met vorige brieven. De minister negeert de kritiek van het Actal gewoon. Dat stelt dat er onvolgende aandacht wordt besteed aan de gevolgen voor

de administratieve lasten en dat de voorgestelde compensatie tot veel administratieve lasten leidt. Met vette letters staat onder aan de brief dat het Actal adviseert, het wetsvoorstel niet in te dienen. De minister deed het wel. Ik vond het een heel goed advies van het Actal om het wetsvoorstel niet in te dienen, niet alleen vanwege de bureaucratie, maar vooral omdat het ongewenst is en niet solidair. Niet indienen kan niet meer, intrekken wel.

□

De **voorzitter**: Ik heb verzuimd om aan het begin van dit debat mijn ordevoorstel te doen. Dit houdt in dat u elkaar drie keer mag interrumpen en dat u de minister drie keer mag interrumpen. Het is op verzoek van de heer Vendrik een meesleepregeling. U kunt de vragen aan elkaar dus "meenemen" naar de minister. Andersom is met het oog op de volgorde niet mogelijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Het spijt mij, maar hiertegen teken ik bezwaar aan. Wij hebben het over een wetsvoorstel, een nogal rammelend wetsvoorstel, waar ik heel veel vragen over heb. Ik vraag mij überhaupt af of het verstandig is om de behandeling ervan vandaag af te ronden.

De **voorzitter**: Dat was mij niet ontgaan. Ik doe een voorstel om het aantal interrupties overzichtelijk te maken.

Mevrouw **Kant** (SP): Daar maak ik bezwaar tegen.

De **voorzitter**: Maar ik ga wel over het aantal interrupties.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is zeker zo, maar de Kamer gaat over de vraag of dit wetsvoorstel vandaag op een fatsoenlijke manier kan worden behandeld of dat de behandeling op een ander moment moet worden voortgezet.

De **voorzitter**: Hebt u een ander voorstel?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik stel voor om vooral ruimte te laten voor alle vragen die te stellen zijn, en het debat eventueel op een ander moment te vervolgen. Ik wil zorgvuldige wetgeving.

De **voorzitter**: Dat snap ik.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Wij hebben het inderdaad over een belangrijk wetsvoorstel. Daarom horen wij alle vragen te kunnen stellen die er zijn. Ik stel voor dat alle vragen kunnen worden gesteld en dat het aantal niet wordt beperkt tot drie.

De **voorzitter**: Ik heb het over twee keer drie vragen. Ik zit een aantal debatten per week voor en ik weet dat dit echt heel veel is.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik zal mij uiterst terughoudend opstellen, maar wij moeten zorgvuldig over dit wetsvoorstel kunnen debatteren.

De **voorzitter**: Zorgvuldigheid kan ook in enig tempo.

Voorzitter

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil vanmiddag niet de meest chagrijnige zijn, dus ik wil best een beetje met u mee bewegen. Dat veronderstelt wel dat de minister en de hem begeleidende ambtenaren hun uiterste best zullen doen, alle vragen in eerste termijn te beantwoorden. Als de beantwoording namelijk achterwege blijft, lokt dat weer interrupties uit. Ik geef mevrouw Kant overigens gelijk. Zij heeft veel vragen gesteld, maar het zullen vandaag niet de laatste zijn.

De **voorzitter**: Wij kennen deze minister als een minister die altijd alle vragen beantwoordt. Daar gaan wij ook dit keer van uit.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het kan geen kwaad dat nog een keer te onderlijnen, voorzitter.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ik ga ook niet akkoord met uw voorstel. Ik heb dan liever dat wij het debat op een bepaald moment onderbreken en een andere keer vervolgen. Ik ben heel terughoudend in het stellen van vragen, maar ik ben het ook met mevrouw Kant eens dat het wetsvoorstel enorm rammelt. Ik wil mij niet beperkt voelen tot het stellen van een beperkt aantal vragen.

De **voorzitter**: Ik wijs u op het Reglement van Orde. De komende maanden hebben wij een heel drukke agenda. Ik wil dit wetsvoorstel, als het enigszins kan, vandaag afronden. Dat wil zeggen dat wij moeten samenwerken en een beetje gelijk moeten opgaan wat betreft de interrupties. Ik doe dus een voorstel voor een soort richtsnoer op dit punt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben het daar niet mee eens. Er zitten enorm veel knelpunten in het wetsvoorstel. Ik begrijp dat u dit voorstelt, maar als de minister niet adequaat antwoordt, moet ik toch doorvragen. Ik heb daartoe al een poging gedaan in het verslag, maar de antwoorden daarin gaan nergens over. Ik wil dat risico niet nog een keer lopen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Mevrouw Kant en ik zijn het vandaag over weinig zaken eens, maar op dit punt stem ik met haar opmerkingen in. Ik doe het voorstel om in plaats van drie plus drie interrupties te gaan naar vijf plus vijf.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik ondersteun het voorstel van de heer Vendrik.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ben het ook niet eens met uw voorstel, voorzitter. Ik wil geen enkele beperking van het aantal interrupties.

De **voorzitter**: Dat ga ik u echt niet beloven, want ik ben ook verantwoordelijk voor de programmering.

Mevrouw **Agema** (PVV): Volgens mij is daar toch een meerderheid voor.

De **voorzitter**: Voordat het zover komt, moet de Kamer het Reglement van Orde wijzigen. Dat moet eenstemmig gebeuren, door alle 150 leden, inclusief mijzelf. Dat lukt u niet staande de vergadering.

Ik heb u allen goed gehoord, dus ik ga niets doen waar u niet achter staat. Wij gaan echter wel proberen om kort en bondig te zijn. U hebt allen spreektijd mogen aangeven, zo lang als u wilde, want daar hebt u met het oog op de wetgeving recht op. Ook dat staat in het Reglement van Orde. U kunt dus zo lang spreken als u hebt aangegeven, maar wij gaan het toch heel zorgvuldig doen. Ik houd u op de hoogte over hoe wij in de tijd zitten. Mevrouw Wiegman wil mevrouw Kant interrumperen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik herken mij voor een groot deel in de twijfels van mevrouw Kant en de vragen die zij heeft gesteld. Zij heeft verschillende amendementen ingediend, maar die hebben nogal wat financiële consequenties. Ik ben dus heel benieuwd naar de financiële analyse op dit punt. Hoe kunnen wij de zorgkosten beteugelen en de zorgpremies een beetje betaalbaar houden voor alle mensen in Nederland?

Mevrouw **Kant** (SP): Het is niet mijn verantwoordelijkheid dat het kabinet in de begroting voor volgend jaar al heeft ingecalculleerd dat dit wetsvoorstel gewoon wordt aangenomen. Dat is ook de verantwoordelijkheid van de coalitiepartijen. Ik zou de bezuiniging die hier onder ligt niet hebben geaccepteerd. In onze alternatieve begroting gaan wij uit van geen no-claim en geen eigen risico. Wij houden dus ook geen rekening met de geraamde besparingen, al moeten wij nog afwachten of die worden gerealiseerd. Mevrouw Wiegman kan mij deze vraag wel stellen, maar ik vind het aan de orde zijnde voorstel niet gewenst. Als zij zou vragen wat ik anders zou willen in de zorg om de kosten te beteugelen, dan denk ik aan het aanpakken van de topsalarissen en dan denk ik aan de bureaucratievoorstellen die ik tot nu toe heb gedaan, want als wij de zorg anders organiseren, kan dat een heleboel geld besparen. Ik zou de kosten niet bij de chronisch zieken leggen en ook niet, via een eigen risico, bij mensen die de pech hebben ziek te worden.

□

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Onze fractie is er verheugd over dat de regering het coalitieakkoord snel uitvoert, waarmee zij een belangrijke verkiezingsbelofte van de regeringspartijen nakomt: afschaffing van de no-claim in de zorg per 1 januari 2008. Tegen dit no-claimstelsel, een ongelukkige term, bestaat veel weerstand en het is een juiste beslissing om dit systeem af te schaffen. Hiervoor in de plaats komt een eigen risico van € 150 per volwassene per jaar. Dit past beter bij een verzekering en het moet in onze ogen een aanzet zijn tot een systeem van eigen betalingen, wat in het regeerakkoord is aangekondigd. Een eigen risico dient bij te dragen aan kostenbewustzijn, het dient gepaard te gaan met een redelijke verdeling van de lasten en het dient de juiste prikkels te bevatten.

De zorg in Nederland kost geld, heel veel geld: bijna 60 mld. Daarmee torent de begroting van het ministerie van VWS hoog uit boven alle andere begrotingen. Zorg is waardevol en waardenvol voor degenen die zorg nodig hebben en voor degenen die zorg verlenen, dag in, dag uit. Maar daarmee is zorg nog niet gratis. Met een eigen risico aan de voet kunnen wij mensen er bewust van maken dat zorg geld kost; zo zullen zij in een situatie

Omtzigt

waarin zij een beroep op zorg kunnen vermijden, nadenken over de noodzaak ervan. Het is ook mogelijk dat zij hun gedrag veranderen. Zo kun je bij een ongelukje in het weekend naar een post voor spoedeisende hulp gaan, waarbij je eigen risico in werking treedt. Het is in zo'n geval beter om naar een huisartsenpost te gaan, want de zorg is daar efficiënter en het valt niet onder het eigen risico. Dat is winst voor de samenleving en voor degene die de zorg nodig heeft.

Wij zien het eigen risico graag gepaard gaan met dit soort prikkels. Daarom zijn wij blij dat de regering in de eerste nota van wijziging de mogelijkheden voor een meer gericht eigen risico verruimt en verheldert. Ten eerste is het mogelijk om slechts een deel van de kosten van een behandeling of een verstrekking ten laste van het eigen risico te laten komen. Graag zouden wij zien dat deze mogelijkheid gebruikt wordt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik had begrepen dat mensen die voor een akkefietje naar de eerste hulp gaan, tegenwoordig vaak worden doorverwezen naar de huisartsenpost op dezelfde locatie. Daar is het eigen risico dus niet voor nodig.

Maar het gaat mij nu om het standpunt van het CDA. Er hangt al jarenlang mist over dit standpunt, dit is een ernstige kwestie. Ik heb de website van het CDA er maar eens op bekeken. De no-claim moet eraf, want die werkt niet. Nu komt er een vrijwel vergelijkbaar systeem, dat volgens het CDA kennelijk wél werkt. Hoe zit dat? Er staat op de site dat het CDA zo snel mogelijk af wil van de no-claim. Dat is duidelijk, daarover zijn wij het eens. Maar dan staat er: "Overigens wil het CDA wel blijven werken aan het afremmen van de zorgkosten, maar niet in de vorm van een verplicht eigen risico." Daarmee ben ik het spoor bijster.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik zal straks even nagaan naar welke webpagina u verwijst, en dan kom ik er in tweede termijn even op terug. Ik moet u zeggen dat ik hier geen verklaring voor heb. Maar verder staan wij achter de keuze om de no-claim af te schaffen, want die heeft niet gewerkt, en een eigen risico met een gerichte compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten in te voeren, zoals opgenomen in het regeerakkoord.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U zegt dat de no-claim niet gewerkt heeft, maar de regering zegt van wel. De regering geeft aan dat dit systeem 170 mln. heeft opgeleverd, een bedrag dat zij wil opkrikken tot 200 mln, het rendement dat een verplicht eigen risico moet opleveren. Klopt het dat het CDA de regering hierbij niet volgt? En wat is nu eigenlijk het grote verschil tussen no-claim en eigen risico? In beide gevallen is iemand die gebruik maakt van zorg, toch gewoon geld kwijt? Je krijgt minder dan oorspronkelijk was bedacht, of je betaalt meer dan oorspronkelijk was bedoeld. Wat is het fundamentele verschil?

De heer **Omtzigt** (CDA): In verband met de vraag of het systeem gewerkt heeft, vragen wij de minister om de tweede evaluatie van de no-claim aan de Kamer voor te leggen. Als wij weten hoe dit systeem gewerkt heeft en wat de voor- en nadelen ervan zijn, kunnen wij daar goed van leren. Mevrouw Kant heeft al een lijst van methodieken voor een eigen bijdrage genoemd; wij willen graag

zien wat de gevolgen van de no-claim zijn geweest, en wij willen er graag in de Kamer over spreken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Maar u zei zojuist toch dat de no-claim niet gewerkt heeft? Als u het al weet, hoeft u die evaluatie toch niet af te wachten?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ook als iets niet goed werkt, wil je wel zien waarom het niet werkt, zodat je lering kunt trekken uit wat er gebeurd is. Dat moet wel gedaan worden.

De essentiële verschillen bevinden zich in het moment van betaling, in de mogelijkheden om bijvoorbeeld gedeeltelijk de zaak in rekening te brengen – daarop zal de CDA-fractie duidelijk aandringen – en in de compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten, die een integraal onderdeel uitmaakt van dit wetsvoorstel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het CDA had de compensatie van chronisch zieken en gehandicapten al kunnen regelen door indertijd voor een amendement van mevrouw Halsema te stemmen. Dat amendement strekte ertoe de no-claim – als hij dan toch moet worden ingevoerd – niet van toepassing te laten zijn op chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik geef u meteen een antwoord. Dat amendement kwam erop neer dat bij te late betaling en te late uitbetaling men het belastingformulier pas kon invullen nadat men wist wat de no-claimteruggave was. Het was dus technisch onuitvoerbaar om de no-claim meteen in mindering te brengen op de buitengewone uitgaven. Mijnheer Vendrik, dat weet u. U weet dat u het belastingformulier voor 1 april moet invullen en dat u pas na 1 april hoort of u een no-claimteruggave krijgt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Als het CDA dat destijds had gewild, hadden wij dat echt samen opgelost.

Het principiële punt gaat erom dat het CDA vorig jaar, in het licht van verkiezingen, heeft gezegd van de no-claim af te willen. Wij zien de heer Verhagen nog staan: weg met die no-claim, want hij werkt niet! Ik hoor het de heer Verhagen nog zeggen. Nu wil het CDA kennelijk nog wel weten waarom hij niet werkt, om vervolgens een verwant systeem in te voeren. Mijnheer Omtzigt, u bent aan het draaien en dat maakt een beetje ongeloofwaardige indruk. U moet echt preciezer zijn waarom u destijds, drie maanden voor de verkiezingen, zo hard de no-claim heeft afgewezen, en waarom u nu, een klein jaar na de verkiezingen, voorstander bent van de invoering van een vergelijkbaar systeem. U schiet tekort in uw argumentatie en ik hoop dat dit in dit debat nog een beetje opgelost wordt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Mijnheer Vendrik, ik heb u net drie heldere verschillen gegeven en het valt mij op dat u in uw antwoord op geen van die verschillen bent ingegaan. Als u mij vraagt om argumenten, valt mij van u tegen dat u er geen geeft. Ik hoop dat dat in de rest van het debat wel gebeurt, want anders moet ik de voorzitter alsnog complimenteren met haar ordevoorstel.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat ik nou zo gek vind, is dat bij de drie verschillen die u noemde bijvoorbeeld het verschil zat dat men het eigen risico meteen moet betalen en niet achteraf. Weet u waarom ik dat zo gek vind? Dat weet u

Omtzigt

vast wel. Dit was namelijk de reden waarom het CDA tegen de invoering van een eigen risico was toen het vorige kabinet met de no-claim kwam. Daarom kwam u met de no-claim. Wat is er gebeurd?

De heer **Omtzigt** (CDA): Wat er gebeurd is, is dat op dit moment no-claims uitbetaald worden en daarna worden teruggevorderd, dat wij te maken hebben met een dbc-systematiek, en dat wij willen dat een gedeelte van die kosten in rekening gebracht wordt bij het eigen risico. Dat is een helder verhaal. Laat mij u gewoon rustig vertellen hoe wij de inrichting van dit nieuwe systeem van eigen betalingen in de toekomst zien.

Mevrouw **Kant** (SP): Een van uw bezwaren tegen het idee van een eigen risico was nu juist dat mensen in betalingsproblemen konden komen omdat men dat eigen risico gelijk moest betalen. Dat was uw bezwaar. Dit bezwaar is nu blijkbaar gewoon helemaal weg. Ik zie het uw collega Buijs nog zeggen. Hij was zo stellig, hij was zo vol vuur, hij stal mijn hart. Maar u niet.

De heer **Omtzigt** (CDA): U ziet dat er een ander bedrag staat bij de no-claim dan bij het eigen risico, het verschil tussen € 255 en € 150 in de hoogte van het risico dat iemand in rekening gebracht kan worden. Er zit een compensatie in voor chronisch zieken en gehandicapten, waardoor het voor hen effectief gemiddeld net zo uitpakt als voor een gemiddelde andere Nederlander. Het genoemde bezwaar is daarom vele malen minder groot dan het was bij de no-claim.

Mevrouw **Kant** (SP): Het principe van het bezwaar is er dus nog steeds, en toen kon u daar met geen moeite overheen stappen, en terecht, en nu stapt het CDA wel heel gemakkelijk over de inhoud van het bezwaar heen. Dat vind ik vreemd.

Ik heb nog een heel andere vraag. U had het in uw betoog zo-even over keuzes en de vraag of zorg al dan niet onvermijdelijk is. Bij mensen voor wie het vermijdbaar is, kan volgens u een financiële prikkel de keuze beïnvloeden. Toen gaf u het voorbeeld van de spoedeisende hulp bij naar ik meen een voetbalblessure, waarvoor mensen beter naar de huisartsenpost kunnen. Dat is zo ongeveer het enige voorbeeld dat ik heb kunnen bedenken waarvoor mensen inderdaad misschien beter naar de huisartsenpost kunnen gaan. De heer Vendrik zegt terecht dat in dit geval ook duidelijk gemaakt moet worden dat zij daarnaartoe moeten. Dat is de manier om daar iets aan te doen.

Heel veel andere dingen in de zorg zijn echter helemaal geen vermijdbare keuzes. Daar gaat u hetzelfde systeem opleggen. Bijvoorbeeld de vrouw die met een knobbeltje in de borst bij haar huisarts komt. De huisarts zegt: u moet naar het ziekenhuis, het lijkt mij heel verstandig om een foto te laten maken. Vindt u het dan terecht dat zo'n mevrouw met een eigen risico van € 150 geconfronteerd wordt als zij luistert naar de huisarts?

De heer **Omtzigt** (CDA): Een eigen risico betekent een vorm van eigen betalingen. U vraagt of er nog andere voorbeelden zijn. Er zijn inderdaad een heleboel behandelingen die beter in de eerste lijn dan in de tweede lijn plaats kunnen vinden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld mevrouw Schippers van de VVD staan wij er pal voor dat de huisarts van het eigen risico is

uitgezonderd. Als u bij de huisarts terecht kunt, bijvoorbeeld voor controles, bent u daar beter af.

Mevrouw **Kant** (SP): Daarvoor hebben wij toch dat mooie systeem van de huisarts als poortwachter? U kletst gewoon over mijn vraag heen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Nee, dat doe ik niet. Wij houden dat systeem ook. U vroeg om een voorbeeld, u krijgt voorbeelden van diabeteszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik krijg geen voorbeeld, want ik kan namelijk helemaal niet zomaar naar het ziekenhuis. Ik moet naar mijn huisarts. Hij is poortwachter. Gelukkig betaal ik daar geen eigen risico. Mijn huisarts zegt: mevrouw, u hebt een knobbeltje in uw borst, gaat u alstublieft naar het ziekenhuis. En dan zegt u tegen die mevrouw: kom maar op met die € 150. Die vraag stelde ik u. Wat moet die vrouw dan? Die kan toch niet kiezen of zij wel of niet die foto laat maken?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik zeg het nog een keer: als er bepaalde vormen van zorg zowel in de eerste als in de tweede lijn verschafte kunnen worden, hebben wij liever dat het in de eerste lijn gebeurt. Dat is dichter bij de persoon.

Een vorm van eigen risico betekent dat de patiënt een gedeelte van de eigen kosten zelf draagt. Anders zouden wij nooit een systeem van eigen risico hebben. Je kunt daar geen onderscheid tussen maken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is het verschil tussen naar een huisarts gaan, waar je nog kunt afwegen of je gaat of wacht tot het overgaat, en wat mevrouw Kant zegt, dat mijn huisarts mij wegens een knobbeltje in mijn borst doorstuurt? Daar zit dan toch geen eigen afweging meer in. Waar blijft dan het idee van het remgeld nog in uw voorstel?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik gaf net een aantal voorbeelden aan van behandelingen van chronisch zieken die beter in de eerste lijn kunnen plaatsvinden. Dit laat mevrouw Schippers vallen met haar voorstel. Mijn tweede voorbeeld betrof spoedeisende eerste hulp die in vergelijking met de huisartsenpost stukken duurder en inefficiënter is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit zou dus betekenen dat onvermijdelijke zorg die technisch te ingewikkeld is voor de eerste lijn en daarom alleen in de tweede lijn verkregen kan worden, volgens de heer Omtzigt eigenlijk niet onder een eigen betaling zou moeten vallen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Deze zorg valt wel onder een eigen betaling, maar moet eerder in rekening worden gebracht. Daarom pleit ik ook voor vormen waarbij een gedeelte van de behandeling ten koste van het eigen risico komt. Ik vind echter wel degelijk dat degene die de zorg krijgt, hiervoor ook een stukje moet betalen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De heer Omtzigt moet mij eens uitleggen wat het verschil is tussen de huisarts en de situatie die wij hebben geschetst. Waarom zou het wel gerechtvaardigd zijn om iemand met een knobbeltje in de borst die doorverwezen wordt naar een tweede lijn, een klein stukje van de zorgkosten te laten betalen, maar

Omtzigt

zou dit onethisch of onwenselijk zijn bij zorg verleend door de huisarts? Dit maakt de heer Omtzigt niet hard.

De heer **Omtzigt** (CDA): Omdat er een kostenverschil is van ongeveer factor 5 tussen een consult in het ziekenhuis en een consult bij de huisarts. Wij willen graag preventieve zorg, maar de VVD werpt hiervoor een drempel op. Wij doen dit niet. Wij vinden dat deze zorg zo veel mogelijk in de eerste lijn moet plaatsvinden en hierbij hoort de uitzondering van het eigen risico.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Los van de vraag van mevrouw Schippers die wel een punt heeft, heb ik een andere vraag. Stel dat die mevrouw met het knobbeltje naar het ziekenhuis wordt gestuurd. Valt zij dan onder de definitie "verzekerden met meerjarige onverwijtbare zorgkosten", zodat zij gecompenseerd kan worden?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik hoop van harte van niet, want dit hangt af van de uitslag van het verdere onderzoek. Ik vervolg mijn betoog.

Ten eerste is er de mogelijkheid om slechts een deel van de kosten van de zorg van een behandeling of een verstreking ten laste te laten komen van het eigen risico. Die mogelijkheid ziet de CDA-fractie graag ingevuld. In de memorie van toelichting staat dat van een ziekenhuisbehandeling bijvoorbeeld € 100 ten laste kan komen van het eigen risico en dat de rest wordt vergoed. Dat is een goed idee, omdat mensen ook bij de tweede keer nog nadenken over de kosten; zij hebben immers een stukje eigen risico over. Ook lijkt het ons eerlijk dat een gedeelte van de eerste behandeling of verstreking voor rekening van de collectiviteit komt en een gedeelte ten laste van de verzekerde. Is de minister bereid in het voorjaar met een voorstel te komen om deze AMvB in te vullen, bijvoorbeeld door dbc's in te delen in prijsklassen van € 50, € 100 en € 150? Is hij bereid ook geneesmiddelen mee te nemen in dit voorstel?

Ten tweede kan de regering verzekeraars toestemming geven om het eigen risico niet in rekening te brengen wanneer de verzekerde naar bepaalde aanbieders gaat. Wij zien nog niet precies hoe en bij welke behandelingen dit gaat werken. In de memorie van toelichting staat dat selectie op kwaliteit zal plaatsvinden, maar welke objectieve kwaliteitsindicatoren zijn beschikbaar? Is de verzekeraar verplicht die te gebruiken, of mag hij zelf keuzen maken wanneer hij het eigen risico niet in rekening wil brengen? Graag horen wij een toelichting op de precieze invulling die de minister voor ogen staat. Overigens stellen wij voor deze twee mogelijkheden een voorhangprocedure voor, zodat wij een vinger aan de pols kunnen houden. Ik kom daarop zo terug.

Ten derde kan het vrijwillig eigen risico nu eindelijk dezelfde uitzonderingen bevatten als het verplichte eigen risico, als gevolg van de nota van wijziging. Mevrouw Kant vroeg daarnaar, maar het staat sinds twee weken wel in het wetsvoorstel. Het verbaast mij dat zij dat niet heeft gelezen. Zij zegt wel dat zij alles leest, maar dat valt tegen. Dus de verzekeraar krijgt de mogelijkheid om het huisartsenconsult en de kraamzorg niet alleen buiten het verplichte eigen risico te houden, maar ook buiten het vrijwillige eigen risico. Dat scheelt veel ingewikkeld uitlegwerk en een lelijk wetsartikel. Zaken moeten eerst toegerekend worden aan het vrijwillige eigen risico, daarna aan het verplichte eigen risico, terwijl als iemand

een eigen risico neemt van € 400 hij echt geen onderscheid wenst tussen het verplichte en het vrijwillige deel.

Heeft de minister met de verzekeraars overleg gehad en afgesproken dat deze twee nu ook onmiddellijk geharmoniseerd worden, ook als gebruik wordt gemaakt van de eerste mogelijkheden van de opsomming? Dat zou het stelsel van verzekeren lekker helder houden.

Betalingen moeten binnen een redelijke termijn geïnd worden, niet alleen omdat er boter bij de vis geleverd moet worden zoals de Raad van State schrijft, maar gewoon om ergernis te voorkomen. De CDA-fractie schrikt dan ook van een termijn van vijf jaar die de zorgverzekeraar heeft om het eigen risico in rekening te brengen. Stelt u zich eens voor: de weduwe krijgt vier jaar na het overlijden van haar echtgenoot nog de rekening en dat zou nog legaal zijn ook.

De CDA-fractie stelt een maximumtermijn voor van een aantal maanden na afloop van het verzekeringsjaar. De minister mag wel regels stellen om ervan af te wijken als daartoe aanleiding is. Als iemand dus een rekening indient na de termijn voor het eigen risico, mag wat ons betreft de zorgverzekeraar het eigen risico in mindering brengen op de vergoeding. Maar de verzekerde mag niet de dupe worden van traag betalingsverkeer in de zorgsector als geheel, en dat is op dit moment helaas de situatie. Daarom hebben wij op dit punt een amendement ingediend. Om eerlijk te zijn, dat vonden wij ook al bij de no-claim. Het feit dat de motie op stuk nr. 30 (30124), die pleitte voor het onmogelijk maken van het terugvorderen van de uitbetaalde no-claim, niet is uitgevoerd, stelt ons teleur. Vooral als je bedenkt dat sommige zorgverzekeraars meer dan 20% van de uitbetaalde no-claims terugvorderen omdat zij hun eigen administratie van vergoedingen niet op orde hebben.

Het amendement voorziet ook in een tweede punt. Wanneer een zorgbesluit wordt aangepast op het gebied van het eigen risico, onder andere op de twee punten die ik hiervoor noemde, dient de wijziging eerst voorgelegd te worden aan beide Kamers der Staten Generaal. De voorhangprocedure gold ook voor de no-claim, als gevolg van het amendement-Rouvoet bij de Zorgverzekeringswet, dat als ongeveer enig amendement Kamerbreed werd aangenomen. Mijn fractie vindt dat die parlementaire betrokkenheid er ook moet zijn bij de invulling van het eigen risico.

Bij de formatie is de afspraak gemaakt dat er een compensatie is voor chronisch zieken en gehandicapten. Dit heeft in het wetsvoorstel zijn beslag gekregen door iedereen die in de afgelopen twee jaar ten minste 180 dagdoseringen per jaar medicijnen heeft gebruikt van een bepaalde FKG-lijst, via een beschikking te laten weten dat hij of zij € 47 op zijn bankrekening krijgt ten minste zolang de verzekeraar het medicijn heeft vergoed.

In de nota naar aanleiding van het verslag werd duidelijk dat een aantal groepen niet chronisch ziek of gehandicapt is. Ik noem drie voorbeelden. Ten eerste mensen die intramuraal opgenomen zijn in een AWBZ-instelling voor wie de instelling de medicijnen betaalt. Zij worden niet gecompenseerd. Ten tweede blinden, doven en mensen met een dwarslaesie die geen andere aandoening hebben. Deze mensen gebruiken niet dagelijks medicijnen, maar zijn wel afhankelijk van hulpmiddelen. Zij krijgen dus niet de € 47. Ten derde mensen die medicijnen voorgeschreven krijgen die voor meer ziektes voorgeschreven staan, zoals zware pijnstillers en ontstekingsremmers. Die medicijnen staan

Omtzigt

niet op de FKG-lijst. De laatste groep geeft aan waar de klem zit, want de FKG-lijst was bedoeld om verzekeraars te compenseren voor hoge kosten en niet voor het individueel compenseren van verzekerden. Zijn er mogelijkheden om rekening te houden met deze bezwaren? Is het mogelijk om het systeem al in 2008 zodanig te verfijnen dat tegemoetgekomen wordt aan deze bezwaren die buitengewoon helder naar voren kwamen in de nota naar aanleiding van het verslag?

Mevrouw **Kant** (SP): Op het laatste punt ben ik het geheel met u eens. Dit is niet de goede manier om de groep te pakken waar het om gaat. Bent u het met mij eens dat voor het in laten gaan van het eigen risico voorwaarde moet zijn dat dit goed is geregeld?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik vind dat deze groep goed afgebakend moet zijn voor de compensatieregeling. Daarom vraag ik de minister om aan te geven of hij dit beter af kan maken, zeker met betrekking tot de eerste twee groepen die ik noemde.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat vroeg ik niet. Wij willen allemaal dat het beter wordt. Graag zelfs. Ik wil van u weten of u het als voorwaarde ziet om het eigen risico überhaupt in te voeren.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorwaarde is dat de compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten op een goede manier wordt geregeld. Daarom daag ik de minister uit om met een goed antwoord hierop te komen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan zijn wij toch een stapje verder gekomen. U ziet het als een voorwaarde. Ik ben blij met uw antwoord. Ik heb nog een vraag over het woord compensatie. In het regeerakkoord is afgesproken dat de groep uitgezonderd zou worden en niet dat de groep wordt gecompenseerd. Dat is iets heel anders. Het betekent namelijk dat je mee moet gaan in het systeem van het eigen risico en dat geldt ook de chronisch zieke die € 150 gewoon elk jaar moet betalen en elk jaar € 47 terugkrijgt. Dat is niet hetzelfde als "het ontzien van chronisch zieken".

De heer **Omtzigt** (CDA): De situatie blijft dat ook mensen die niet als chronisch ziek en gehandicapt aangemerkt worden zorgkosten maken. Het is wel mogelijk om een lijn te trekken en te stellen dat iedereen achter die lijn volledig wordt gecompenseerd voor € 150. Dat zal steeds leiden tot een verschuiving van die lijn. Ik vind dat de minister hiermee een evenwichtig voorstel heeft gedaan waarbij mensen die chronisch ziek en gehandicapt zijn gemiddeld net zoveel kwijt zijn als mensen die niet chronisch ziek en gehandicapt zijn.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik had uit het regeerakkoord ook begrepen dat er een verplicht eigen risico zou komen met uitzondering van chronisch zieken en gehandicapten. Dat betekent dat voor die groep geen eigen risico van € 150 geldt. Tot mijn verbazing geldt in het wetsvoorstel het eigen risico wel voor de groep en wordt de groep vervolgens voor een bedrag van € 47 gecompenseerd. Dat is twee keer verkeerd. De heer Omtzigt moet mij uitleggen waarom hij vindt dat dit

wetsvoorstel een adequate vertaling is van de betreffende zinsnede in het regeerakkoord.

De heer Omtzigt weet als geen ander dat dit kabinet bezig is de regeling voor buitengewone uitgaven aan te passen. Daarbij speelt de discussie over de vraag wat chronisch zieken en gehandicapten in de zin van de wet zijn een cruciale rol. Dat debat moeten wij volgend jaar nog voeren. Overigens bezuinigt de regering daar alvast 400 mln. op. Sinds vorige week 650 mln., maar dat is een ander verhaal. Hoe kunnen wij nu vaststellen dat er in dit wetsvoorstel een definitie van chronisch zieken en gehandicapten staat, terwijl wij er in het kader van de buitengewone-uitgavenaftrek volgend jaar nog een debat over voeren? Is het niet verstandiger de zaak een jaar uit te stellen? Dit wordt een rotzooitje.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben blij dat de heer Vendrik het regeerakkoord verdedigt. Ik vind net zoals hij dat het een buitengewoon evenwichtig regeerakkoord is. Ik ben blij dat hij zijn best gaat doen om de regering daar de komende vier jaar aan te houden. Wat betreft de wijze waarop het eigen risico erin is opgenomen, verwijs ik naar het antwoord dat ik zojuist aan mevrouw Kant gaf, namelijk dat er straks een gelijkheid bestaat in de gemiddelde betalingen tussen mensen die chronisch ziek en gehandicapt zijn en mensen die niet als zodanig worden aangemerkt.

Ik kom straks in mijn betoog terug op het feit dat beide regelingen inderdaad vragen om een definitie van chronisch zieken en gehandicapten. Ik vind dat er enige vorm van zwaluwstaarten kan worden toegepast tussen wat bij de ene definitiebepaling gebeurt en wat bij de andere.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Die zwaluwstaart is dus bij het kabinet afwezig, want hier komt de minister met een definitie, terwijl de staatssecretaris van Financiën in het belastingplan dat hier al ligt, voor volgend jaar een bezuiniging van 400 mln. inboekt. De staatssecretaris gaat echter volstrekt voorbij aan de door het kabinet gewenste herziening van de definitie van wat "chronisch ziek" en "gehandicapt" is. Dus die zwaluwstaart ontbreekt. Daarom is de vraag: wat vindt het CDA, wie krijgt de voorrang, De Jager of Klink?

Ik ga nog even terug naar het punt over het regeerakkoord. Het CDA heeft destijds niet voor niets met ons gezegd: die no-claim moet eraf, want chronisch zieken en gehandicapten betalen met de no-claim te veel. Dat zullen wij dus terugdraaien. Wat doet u nu met deze uitleg van het regeerakkoord? U draait de no-claim niet terug, u gebruikt hem als startsituatie voor de invoering van het eigen risico. Daarom is het geen adequate vertaling van wat er in het regeerakkoord staat. Die uitzondering moet er blijven, moet er komen, zou ik zeggen. Maakt u zich daar nu sterk voor: het regeerakkoord uitvoeren. Doe eens een keer uw best.

De heer **Omtzigt** (CDA): U heeft twee jaar geleden uitgebreid betoogd dat die regeling voor buitengewone uitgaven door een aantal amendementen van uw eigen hand, die wij soms wel en soms niet hebben gesteund, nu geldt voor zes miljoen mensen en eigenlijk, als iedereen er gebruik van maakt, voor negen miljoen mensen. Dat is het aantal mensen dat u als chronisch ziek en gehandicapt ziet. Als u op deze manier met die definities omgaat, gaat u precies hetzelfde doen. Wij

Omtzigt

maken een principieel andere keuze dan u door te zeggen dat wij niet tegen eigen bijdragen in de zorg zijn. Dat heeft er deels mee te maken dat u meedraagt aan de kosten van de zorg. Daarbij heeft u een andere benadering. Wij zien het gewoon anders. Over chronisch zieken en gehandicapten in de BU komen wij inderdaad te spreken. Ik zal straks een voorstel doen om die twee zaken samen goed te onderzoeken, zodat wij daarvan profijt kunnen hebben en niet tig verschillende definities krijgen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het CDA wilde toch dat de no-claim niet alleen verdween, maar dat ook het gevolg daarvan, namelijk dat chronisch zieken en gehandicapten in de afgelopen jaren minimaal voor € 255 per jaar extra aan zorg betalen, zou worden teruggedraaid? Dat gebeurt toch niet met dit wetsvoorstel?

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat gebeurt met dit wetsvoorstel. Ik leg het u nogmaals uit. Op dit moment betaalt ook iemand die als gezond wordt aangemerkt, gemiddeld ongeveer € 103 eigen risico en krijgt hij ook niet altijd zijn volledige no-claim terug. Dat verschil wordt met dit wetsvoorstel stukken kleiner, sterker nog, het wordt ongeveer nul.

De **voorzitter**: Nee mevrouw Kant, de heer Omtzigt gaat nu echt zijn betoog vervolgen. Geen interrupties meer op hetzelfde onderwerp.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb wel hetzelfde onderwerp, maar een heel andere vraag.

De **voorzitter**: Dan wacht u maar en komt u de volgende keer terug. De heer Omtzigt zal nu zijn betoog vervolgen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Verder moeten er 1,6 miljoen positieve beschikkingen worden verstuurd en impliciet elf miljoen negatieve beschikkingen, waartegen vervolgens bezwaar en beroep openstaan. Wij verbazen ons erover dat de Belastingdienst niet bereid is om rekeningnummers van mensen beschikbaar te stellen om deze € 47 uit te betalen. Ze moeten door de zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld. Dat lijkt een goede oplossing, behalve als u bedenkt dat veel zorgverzekeraars mensen collectief hebben verzekerd, zoals mensen met een bijstandsuitkering. Zij hebben die rekeningnummers dus niet. Wij krijgen graag de toezegging dat de Belastingdienst meehelpt om die rekeningnummers te verschaffen, als de CAK-oplossing gaat werken. De Belastingdienst heeft die nummers immers voor de uitvoering van de toeslagensystematiek.

Wij verzoeken de regering behalve op dit CAK-voorstel ook te reageren op het volgende voorstel, waarmee ik mij aansluit bij de heer Vendrik: laten wij een half jaar de tijd nemen om te kijken hoe deze groep goed kan worden gedefinieerd. Dat kan via de uitbetaling door het CAK, zoals voorgesteld in de wet, maar dat zou bijvoorbeeld ook meegenomen kunnen worden in de discussie over de overheveling van de BU naar de Wmo. Zou de regering willen kijken wat er zou gebeuren als je voor het komend jaar het in rekening gebrachte eigen risico onderbrengt in de regeling voor buitengewone uitgaven en daarna willen kijken hoe dat zorgvuldig vorm

kan krijgen? Wij zien graag een uitgebreide reactie hierop, op onze bezwaren en op het tegenvoorstel. Misschien heeft de regering zelf goede voorstellen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit raakt aan de vraag die ik zojuist al wilde stellen. Wilt u niet weten hoe het uitpakt voor de groepen waarover het gaat? Wij hebben algemene koopkrachtplaatjes gezien, maar alvorens hierover een beslissing wordt genomen, zou ik heel graag willen weten hoe dit nu én als het gaat zoals u beschrijft, specifiek uitpakt voor de koopkracht.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb in de nota naar aanleiding van het verslag een aantal rekenvoorbeelden gekregen. Wellicht kan de minister ons nog een of twee rekenvoorbeelden doen toekomen van iemand die chronisch ziek of gehandicapt is: hoe werkt dat in het oude systeem van de no-claim en in het nieuwe systeem van een eigen risico?

Mevrouw **Kant** (SP): Met een paar rekenvoorbeelden kun je natuurlijk alle kanten op. Ik wil een veel breder beeld. Ik wil het beeld van specifieke groepen die wel of juist niet onder de compensatie vallen. Natuurlijk wil ik ook voorbeelden van de groep mensen die bijvoorbeeld door de geneesmiddelenbepaling hier niet onder vallen. Dan kunnen wij een afgewogen beslissing nemen. Ik zou op dit punt bijvoorbeeld ook heel specifiek de ouderen in beeld willen hebben. "Een paar rekenvoorbeelden" vind ik dus een beetje mager. Ik zou echt een fatsoenlijke doorrekening van de effecten willen hebben, bijvoorbeeld door het Nibud, dat daar heel goed in is.

De heer **Omtzigt** (CDA): Volgens mij is mevrouw Kant bezig met haar eigen eerste termijn. Zij vraagt of ik die voorbeelden wil hebben. Als zij die voorbeelden wil hebben, neem ik aan dat zij die aan de minister vraagt. Ik zou die voorbeelden best graag willen zien, maar die vraag moet aan de minister worden gesteld, niet aan mij. Ik zou best een aantal voorbeelden willen krijgen, maar ik kan mij niet voorstellen dat wij op korte termijn het Nibud nog een keer inschakelen. Dat hadden wij dan in het verslag kunnen vragen, maar daarin heb ik die vraag van mevrouw Kant niet gezien.

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat mij er natuurlijk om dat wij hier weloverwogen beslissingen nemen. Ik wil die voorbeelden zien, maar ik vraag u of dat inzicht in het systeem ook voor u een voorwaarde is. Ik stel u die vraag omdat u zelf zojuist hebt gesteld dat dit systeem niet deugt en niet goed uitpakt. Dan moet je ook willen weten hoe dit uitpakt ten opzichte van iets anders. Dan kun je een goede beslissing nemen. Daarom vraag ik of u dat niet eerst wilt weten, alvorens dit ingaat.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb u zojuist een aantal voorstellen gedaan. Ik wil aan de hand van twee of drie voorbeelden graag weten hoe dit uitpakt. Ik kan mij voorstellen dat wij dat niet van tevoren berekenen voor alle negen miljoen Nederlandse huishoudens, maar wel voor de specifieke voorbeelden die ik heb genoemd. Een Nibud-onderzoek moet u overigens echt aan de minister vragen en niet aan mij, want ik heb geen macht over het Nibud.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik zou het graag vanaf een

Omtzigt

andere kant willen voorleggen aan u. U wilt de groep die gecompenseerd wordt, verder uitbreiden. Het door u voorgestane systeem komt er echter op neer dat een kleingebruiker van de zorg – iemand die een ongelukje heeft of een keertje naar een ziekenhuis moet en dus in ieder geval zijn € 150 opmaakt, want je bent al heel snel aan die € 150 – uiteindelijk meer aan de gezondheidszorg gaat betalen dan iemand die chronisch ziek is en misschien wel tonnen euro's verbruikt in de gezondheidszorg. Vindt u dat een redelijk systeem? Wij hebben het altijd over "de gebruiker betaalt", maar in dit geval betaalt de niet-gebruiker nog meer.

De heer **Omtzigt** (CDA): De niet-gebruiker betaalt niet. Dit is eigenlijk een debat tussen mevrouw Kant en mevrouw Schippers dat via mij gevoerd wordt, want zij gaan 180 graden tegenovergestelde richtingen op.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, u wilt een eigen risico en u wilt chronisch zieken uitzonderen.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, u hebt het woord niet.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, maar ik wilde even duidelijk maken dat dat debat niet gevoerd kan worden, want ik wil helemaal geen eigen risico.

De heer **Omtzigt** (CDA): Volgens mij bestond daar na uw betoog van dertig minuten geen enkele twijfel over.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Nee, maar wat je er ook van vindt en los van het feit dat ik het er niet mee eens ben, het verhaal van mevrouw Kant klopt in ieder geval. Uw verhaal klopt niet, want dat is de omgekeerde wereld: iemand die een klein beetje gebruikmaakt van de zorg, betaalt – als je het aan het eind van het jaar optelt – meer aan de gezondheidszorg dan iemand die daar heel veel gebruik van maakt. Vindt u dat redelijk?

De heer **Omtzigt** (CDA): Als dat eenmalig is, is dat redelijk. Deze compensatiemaatregel is bedoeld voor wie chronisch ziek is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als iemand toevallig vijf jaar achter elkaar kleine akkefietjes heeft, betaalt die kleingebruiker vijf jaar achter elkaar meer aan de gezondheidszorg dan iemand die grootverbruiker is.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat kan. Als u geen systeem van eigen betalingen wenst, dient u zich te verwoegen in het kamp van mevrouw Kant.

Voorzitter. Ik ben nu toe aan een aantal zeer diverse vragen over dit wetsvoorstel. Ik begin met het buitenland. Ten tijde van het schrijven van de nota naar aanleiding van het verslag was nog niet duidelijk hoe het eigen risico zou worden geïncasseerd in de verdragen. Is daarover nu wel helderheid? Hoeveel eigen risico geldt voor een EU-burger die tijdens zijn vakantie van twee weken zorg in een ziekenhuis gebruikt? Hoeveel eigen risico wordt in rekening gebracht als een Nederlander in Gronau wordt behandeld, bijvoorbeeld omdat de ambulance daar vanuit Denekamp sneller is dan in Enschede? Kan zo iemand in één jaar twee keer het eigen risico volmaken?

Wat de zorgtoeslag buitenland betreft, bevat de eerste nota van wijziging een heel lelijk stuk. De zorgtoeslag

van mensen in het buitenland wordt voor de tweede keer met terugwerkende kracht aangepast. Dit duidt wederom op niet goed nadenken door het departement over de positie van verdragsverzekerden. Wij zullen hierop terugkomen bij het masterplan buitenland. Laat ik zeggen, dat de regering de morele plicht heeft om zeer grondig te werk te gaan bij het masterplan buitenland en verder om met een heldere en duurzame oplossing te komen en niet met snelle reparatiewetgeving.

Mevrouw Kant heeft er al aan gerefereerd dat chronisch zieken en gehandicapten te maken kunnen krijgen met meerdere eigenbijdrageregelingen: de eigen bijdrage Wmo, de eigen bijdrage AWBZ, het eigen risico, de eigen bijdrage in de zorgverzekering voor bijvoorbeeld medicijnen. Zij kunnen daarvoor de zorgtoeslag en misschien de CAK-bonus krijgen. Ik geef toe dat het daardoor soms moeilijk wordt om precies uit te rekenen wat het uiteindelijke effect is. Cumulatie van te veel eigen betalingen kan ongewenste effecten hebben. Daarom zijn er bijvoorbeeld de BU- en TBU-regelingen. Mogelijk ontstaan er weer verschuivingen en veranderingen als gevolg van regeringsvoorstellen voor de toekomst van de BU en het nieuwe SER-advies over de toekomst van de AWBZ. Is het kabinet bereid een overzicht van deze betalingen te geven en een aanduiding van de maxima die zouden moeten gelden. Is het bereid aan te geven wanneer er gecompenseerd moet worden en wanneer niet? Dat laatste is ook heel belangrijk. Het kan namelijk niet dat zes miljoen Nederlanders buitengewone uitgaven hebben. Je bent in Nederland pas echt buitengewoon als je geen buitengewone uitgaven voor zorgkosten kunt aftrekken.

Ten slotte een vooruitblik. In het wetsvoorstel staat geen evaluatiebepaling. Zeker gezien de geschiedenis van eigen betalingen in het Nederlandse zorgstelsel, zouden wij het zeer op prijs stellen als het kabinet helder uiteen zou zetten wanneer en op basis van welke criteria de wet zal worden geëvalueerd. Wij hopen dat dit over een jaar of twee, drie het geval zal zijn en wij hopen op een toezegging op dit punt. Kan de minister vertellen wanneer de evaluatie van de no-claim klaar is? Ik doel op de tweede evaluatie waarover wij eerder spraken. Van fouten willen wij in ieder geval wel kunnen leren.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Namens de fractie van GroenLinks kan ik om te beginnen melden dat er één groot winstpunt zit in het wetsvoorstel dat deze minister hier aan ons voorlegt: de no-claim verdwijnt. Dat is goed nieuws. Als fractie van GroenLinks hebben wij daar jaren voor gevochten en vele debatten over gevoerd, met name met de voorganger van deze minister. Dat deze minister dat nu mogelijk maakt, is een complimentje waard. Wij beginnen vanmiddag positief.

Het probleem is dat er iets voor terugkomt dat in essentie en qua benadering – ik zou bijna zeggen: qua mensbeeld – niet heel erg veel afwijkt van die no-claim. Dit wetsvoorstel doorlezend, vraag je je soms af of er echt een nieuwe minister van VWS is, of dat het zijn voorganger is, maar dan in een ander kostuum.

Het eigen risico is wat dit kabinet aan ons voorstelt. De fractie van GroenLinks is er bepaald niet enthousiast over. Ik zei al bij interruptie dat volgens mij de coalitiepartijen ten tijde van het opstellen van het coalitieakkoord dat zij in februari hebben beklonken, één

Vendrik

duidelijke afspraak hebben gemaakt: als er een eigen risico komt, dan worden chronisch zieken en gehandicapten, even afgezien van het probleem van de definiëring, daarvan uitgezonderd. Dat kan volgens mij maar een ding betekenen, namelijk dat zij nooit geconfronteerd worden met een vorm van eigen betaling. Dat betekent dat, waar niet chronisch zieke en gehandicapte burgers de eerste € 150 aan zorg in een jaar zelf moeten betalen, chronisch zieken en gehandicapten dat niet hoeven.

Dit wetsvoorstel doet echter iets anders. Chronisch zieken en gehandicapten gaan wel degelijk betalen, maar krijgen dan tot een bedrag van € 47 dat eigen risico terug. Ze betalen dus wel degelijk, namelijk € 150 min € 47, dus € 103! Ik vraag de minister mij uit te leggen hoe dat kan! Volgens mij is het van tweeën een; of hij geeft hier toe dat dit geen adequate vertaling is van het coalitieakkoord – dat kan, maar dan moet hij dat wel even uitleggen – of hij wijzigt het wetsvoorstel ter zake. Volgens mij kan dit wetsvoorstel onmogelijk worden beschouwd als die adequate vertaling van het coalitieprogramma.

Ons tweede probleem met dit wetsvoorstel is dat er niet alleen sprake is van een gedeeltelijke compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten, maar dat de groep voor wie die te beperkte compensatie van € 47 geldt, ook nog eens te klein is. De voorbeelden zijn al genoemd door mevrouw Kant en de heer Omtzigt. Volgens mij heeft de minister ook een batterij van brieven gehad, ten dele terecht, vanuit allerlei patiëntengroepen die erop hebben gewezen dat chronisch medicatiegebruik geen regelrechte indicatie is voor het zijn van chronisch ziek of gehandicapt. Dat debat kennen wij ook in de fiscale wetgeving. Als fiscaal woordvoerder van GroenLinks ben ik daar nauw bij betrokken geweest. Na een debat van jaren – dat begon zelfs nog in de tijd dat staatssecretaris Bos de scepter zwaaide over de fiscale wetgeving; wij spreken dan over 2001-2002 – is toen gekozen voor de benadering dat wanneer bepaalde kosten boven een bepaalde drempel worden gemaakt, dit de kwalificatie van chronisch ziek of gehandicapt oplevert. Zo is in de fiscale systematiek bij de buitengewone-uitgavenregeling de definitie chronisch ziek of gehandicapt vastgelegd. Indien er een minimaal bedrag aan specifieke kosten wordt gemaakt, heeft men ook aanspraak op het chronischziekenforfait, dat eigenlijk een soort tegemoetkoming is voor allerlei verborgen kosten, bijvoorbeeld hogere vaste lasten van de eigen woning. Bijvoorbeeld energiekosten – ik noem maar een zijstraat – spelen heel erg bij mensen die chronisch last hebben van reuma.

Als ik dit wetsvoorstel lees, wordt een heel andere groep gedefinieerd dan bij de buitengewone-uitgavenregeling. Wat moet ik daar nu van maken? Wie spreekt hier nu namens de regering, want volgens mij kan het niet allebei waar zijn? Heeft de minister van VWS zijn eigen regeling voor chronisch zieken en gehandicapten, waar staatssecretaris De Jager nog minimaal doorgaat met de bestaande regeling, die weliswaar niet ideaal is, maar die in ieder geval haar eigen merites en ontstaansgeschiedenis heeft? Wat is het nu in het jaar 2008? Wie heeft er nu uiteindelijk gelijk? En waarom – dit dreigt echt op een rotzooitje uit te lopen – kiest het kabinet er niet voor om de invoering van dit wetsvoorstel nog een jaar uit te stellen en nog maar eens fundamenteel met de Kamer de discussie te voeren over de vraag wat chronisch ziek en gehandicapt is in de zin van de wet

en hoe tot een sluitende definiëring kan worden gekomen? Overigens verzet ik mij al op voorhand buitengewoon tegen de groeiende geluiden vanuit het kabinet – met name de bewindslieden van Financiën, maar wij hebben vorige week ook de heer Van Geel namens het CDA gehoord – alsof nu in het kader van die buitengewone-uitgavenregeling iedereen in Nederland zo ongeveer chronisch ziek of gehandicapt is, waardoor er geen onderscheid meer valt te maken! Daarvoor zijn toch allang voorstellen gedaan, ook door het voormalige kabinet, ook door de toenmalige staatssecretaris, om een aantal evidente onjuistheden in de regeling ongedaan te maken? Het toenmalige kabinet heeft daar niet op gereageerd. Ik doel bijvoorbeeld op de compensatie of de verrekening van het verzamelinkomen voor het eigen huis. Dat leidt tot absurde situaties; in de ene situatie is wel sprake van chronisch ziek of gehandicapt zijn, in de andere situatie niet. Dat kun je zo repareren zonder dat je het hart van de regeling hoeft aan te tasten. Ik vrees het komende kabinetsstandpunt in dezen! Bovendien zou je ook nog kunnen zeggen dat chronisch zieken vanaf 2008 weer bij een nieuw loket te rade moeten gaan om die € 47 te kunnen terughalen. De minister schrijft in de nota naar aanleiding van het verslag dat dit bedrag automatisch wordt overgemaakt. Wij hebben al eerder gemerkt hoe dit soort systemen in de praktijk werkt. Ook al denken wij hier dat het kan, de uitvoering is vaak bar en boos. Het gaat natuurlijk fout en dan moeten de mensen er weer achteraan. Vervolgens zijn er nog de fiscale systematiek en de eigenbijdragerregeling in de zorg. De wijze waarop de zorg wordt gefinancierd en de inning van eigen bijdragen lijken met name voor chronisch zieken op de toren van Babel. Laten wij het nu niet nog ingewikkelder maken. Daarom doe ik een dringend beroep op de minister: wacht nog een jaar of bezin u op het wetsvoorstel.

Ik heb er begrip voor dat de minister zich sterk wil maken voor beheersing van de zorgkosten. Dat is een gemeenschappelijk doel of een gemeenschappelijk probleem, want de komende vier jaar zullen de kosten voor de zorg stijgen met zo'n 10 mld. De koopkracht van de hardwerkende Nederlander zal komend jaar dus vooral worden besteed aan de oplopende zorgkosten. Er bestaat dan ook geen verschil van mening over het doel van de minister om te bezien of de snelle groei in het systeem van de zorg kan worden beheerst en of het gebrek aan doelmatigheid en de gevolgen van slordig besteed geld kunnen worden ingedamd. Langzamerhand rijst echter wel de vraag waar de minister de nadruk op legt.

Ik stel die vraag in dit debat – eigenlijk is dit meer een debatje voor de behandeling van de begroting van VWS, maar het kabinet wil dat wij dit wetsvoorstel nu al behandelen, ontijdig en wat mij betreft te vroeg – omdat ik de minister politiek gesproken meerdere bewegingen zie maken. Hij doet een aantal goede dingen. Zijn laatste preventienota is daar een voorbeeld van. Hij probeert een overmatig beroep op zorg te voorkomen via een actief en gericht preventiebeleid. Dit is winst. Deze verstandige aanpak hebben wij bij de vorige minister van VWS node gemist. Het is goed dat de minister kiest voor deze benadering en het is dan geen schande om te zeggen dat preventie goed is voor mensen, maar ook voor de collectieve pot.

Daarnaast wil de minister dat de professionals zo doelmatig mogelijk omgaan met de centen. Daar kunnen

Vendrik

wij een heel eind in meegaan. In de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders valt het nodige te verbeteren. Met name de zorgverzekeraars zouden een veel interessantere rol kunnen spelen door ervoor te zorgen dat de zorg goed is, maar niet overmatig of duur. Daar valt met ons zeker over te praten.

Wat is echter de reden dat naast deze inzet van de minister nu ineens ook de zieke consument – alleen het woord al – bij de lurven wordt gegrepen? In het debat over eigen betalingen en eigen risico is dit een terugkerende gouwe ouwe. Is het waar dat burgers als een homo economicus nadenken over de gang naar de huisarts, de kraamhulp, het ziekenhuis of de eerste hulp? Het zal best wel eens een keer voorkomen dat burgers twee keer nadenken over de gang naar de apotheek als daar een prijskaartje aan hangt, maar dat is niet de vraag. De interessante vraag is of het voor een grootst mogelijke groep burgers een doorslaggevend motief is, zodat een financiële bijdrage ook werkelijk leidt tot het vermijden van ondoelmatige zorg, dat wil zeggen dat mensen voor niets naar de huisarts gaan. Ik heb nog nooit een onderzoek gezien waaruit dit onomstotelijk blijkt. Het is ook niet in overeenstemming met mijn eigen waarneming. Ik ken niemand die voor z'n lol naar de huisarts gaat, die op weg naar het werk denkt: ik heb nog even tijd, de trein komt wat later, kom, ik pak nog even de huisarts mee, gezellig. Zo werkt het toch niet! Wie doet dat? Ik zou het niet weten.

Kennelijk bestaan die mensen wel, althans dat denkt het kabinet, want alleen als die mensen bestaan heeft het zin om hen te laten betalen. Naar mijn mening speelt het financiële motief echter geen rol als mensen bezorgd zijn over hun gezondheid. En als dat motief wel een rol speelt, zijn wij verkeerd bezig. Wij zadelen mensen dan op met een verantwoordelijkheid die ze niet aankunnen. Ik ben woordvoerder gezondheidszorg, maar ik heb geen bal verstand van medicijnen. Als ik mij niet goed voel, moet de minister mij niet lastig vallen met zijn opvatting dat ik zelf moet uitmaken of ik zo ziek ben dat ik de huisarts of de specialist moet bezoeken. Gun mij een beetje ruimte, want ik ben angstig genoeg dat mij iets is overkomen. Ik wil weten wat er aan de hand is. Dat weet ik niet en daarom ga ik naar de huisarts. Ik begrijp de filosofie dus niet dat een eigen bijdrage voor een grote groep zou leiden tot minder zorgverbruik.

Als de minister al een eigen bijdrage wil introduceren, waarom dan gekozen voor een eigen bijdrage voor de specialist? Ik heb ook meegemaakt dat de huisarts mij doorverwees naar de specialist. Wat gebeurt er in de toekomst als er een rekening van € 150 hangt aan dat bezoek? Moet ik daarover dan in discussie met mijn huisarts: weet je het wel zeker? Ben je wel goed bij je hoofd? Wij willen toch zeker niet dat een patiënt in zo'n discussie met zijn huisarts verzeild raakt? Als je al een eigen betaling introduceert, moet je die voor de eerstelijnszorg introduceren en niet voor de tweedelijnszorg. Als je dat wel doet, creëer je alleen maar een conflict tussen huisarts en patiënt. Overigens wil ik ook geen eigen risico voor de eerstelijnszorg. De minister is een redelijk mens en ik vraag hem daarom serieus op deze vragen in te gaan. Hoeveel mensen maken in die mate verkeerd gebruik van zorg dat dit eigen risico kan leiden tot een betekenisvolle vermindering?

Het debat van vandaag is niet nieuw. In het debat over de no-claimregeling hebben wij hierover al eendeloos met de vorige minister van VWS gesproken. De no-claim

is geëvalueerd. De Raad van State wijst de minister er echter op dat het voorbarig is om die evaluatie te gebruiken. Deze evaluatie komt er namelijk op neer dat men eigenlijk niet weet wat het resultaat is van die no-claim van € 255. Wij weten niet of mensen hierdoor aangespoord zijn om doelmatiger gebruik te maken van zorg. Hoe kan de minister dan zo stellig beweren dat een eigen risico van € 150 leidt tot een besparing van 200 mln.? Ik vraag de minister met bewijzen hiervoor te komen. De bewijslast ligt bij hem, want het is zijn voorstel. Ik hoop echter wel dat hij meer zal doen dan de vage uitkomsten van de evaluatie extrapoleren. Ik benadruk dat, omdat wij allemaal weten dat de vorige minister in zijn brief aan de Eerste Kamer de resultaten iets te rooskleurig heeft voorgesteld.

De minister verwijst graag naar het buitenland, bijvoorbeeld naar België met 25% eigen betalingen/eigen risico. In alle landen waarvoor ik dat heb kunnen nagaan, zijn de eigen betalingen of het eigen risico vormgegeven met een inkomensafhankelijke staffel. Waarom heeft de minister dat niet ook gedaan? Hij spiegelt zich toch zo graag aan het buitenland? Waarom kiest hij niet net als het buitenland voor een inkomensafhankelijke regeling? Val de lage inkomens toch niet lastig met dat financiële motief! Heeft het kabinet deze mogelijkheid overwogen? Zo ja, waarom heeft zij dit idee dan niet overgenomen?

De minister opent de weg voor zorgverzekeraars om het vrijwillig eigen risico nader in te vullen en de kosten van bepaalde zorgverleners niet van toepassing te verklaren. Waarom is het vrijwillige eigen risico voor de minister onvoldoende? Waarom dwingen wij burgers om dat risico op zich te nemen? Het zorgverzekeringsstelsel moest ons toch dwingen om te kiezen? Als wij allemaal moeten kiezen, laten wij dan ook mogen kiezen voor een eigen risico. Waarom zou dat eigen risico weer verplicht moeten worden? Is het misplaatst moralisme? Vliegt de regering soms gewoon uit de bocht? Vertrouwt het kabinet burgers deze keuze niet toe? Dat zou vreemd zijn, want wij vertrouwen ze wel toe dat patiënten met een verplicht eigen risico de goede afweging maken, ook al ligt er dan wel een rekening van € 150 op hen te wachten.

Er zijn nog twee punten die mij hoog zitten. Voor mensen met een goed gevulde portemonnee is dat bedrag van € 150 wel te overzien, maar voor veel mensen met een niet zo goed gevulde portemonnee is dat niet het geval. Ik verwijs naar de brief van de grote steden, die de minister ook heeft ontvangen. Zij waarschuwen voor de vergroting van het probleem van wanbetaling en onverzekertheid, dat nu al bestaat. Het is de forse erfenis van de vorige minister van VWS, de heer Hoogervorst, die aan het nieuwe zorgstelsel kleefte. Deze minister neemt het risico op zich dat hij die erfenis verdubbelt. Volgens mij is dat een reden om nog eens heel goed na te denken over dit wetsvoorstel. Een eigen risico leidt voor mensen met een smalle beurs volgens mij tot twee dingen. In de eerste plaats mijdt men de zorg die men nodig heeft, en dat willen wij niet. De tweede mogelijkheid is dat men de rekening die men voorgeschoteld krijgt niet betaalt, en dat willen wij ook niet. Hoe denkt de minister de grote steden op dat punt tegemoet te komen? Ik verwijs hierbij naar de brief die de minister ongetwijfeld ook heeft gekregen van de heer Thissen, de directeur van Divosa. Ook de sociale diensten maken zich grote zorgen over de gevolgen van dit wetsvoorstel voor mensen met een uitkering en de

Vendrik

mensen met een smalle beurs. Niet voor niets wijst de directeur van Divosa de minister erop dat er in alle collectieve verzekeringen die de sociale diensten afsluiten voor hun uitkeringsgerechtigden nooit sprake is van een eigen risico, omdat men weet dat dit tot problemen leidt op het gebied van liquiditeit, betalingsachterstanden et cetera. Wat is de reactie van de minister op deze klachten uit het veld?

De minister opent voor zichzelf de mogelijkheid om bij AMvB nadere regels te stellen voor zorgverzekeraars die met het vrijwillige eigen risico in de hand onderscheid willen maken tussen typen zorg. De heer Omtzigt had het daar in zijn bijdrage ook over. De mate waarin wij zorgverzekeraars die positie zouden moeten geven is onderwerp van een heel fundamenteel debat. Ik vind een regeling bij AMvB al te weinig, laat staan een AMvB die zonder voorhang in het wetsvoorstel wordt gemonteerd. Ik geloof dat de heer Omtzigt zei dat er minimaal sprake moest zijn van voorhang, en daarin steun ik hem.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb daartoe een amendement ingediend.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Zoveel te beter, en dat zal dus wel de steun krijgen van een meerderheid van de Kamer.

Voorzitter. De vraag is ook of een dergelijke positie van zorgverzekeraars in het zorgverzekeringsstelsel niet zo fundamenteel van aard is dat daarvoor een wetswijziging nodig is. Zou het niet chic zijn om gewoon die route te bewandelen? Dat zou ik van de minister een goede toezegging vinden.

□

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik schaam mij voor het feit dat wij vandaag een wetsvoorstel bespreken dat zeker is dan iedereen die op dit moment chronisch ziek, gehandicapt of ouder is. Het doel van deze wet is dat zieke mensen minder snel naar de dokter gaan, maar ik wil niet verantwoordelijk zijn voor een wet die ertoe leidt dat een vrouw met een knobbeltje in haar borst of een man met pijn op de borst blijft rondlopen omdat zij de afweging maken om niet naar de specialist te gaan, omdat dit kabinet die mensen wil prikkelen. Hoe veel zieken zullen er als gevolg van deze prikkel zeker worden, in plaats van gezonder? Zo zou de zorg in Nederland niet moeten zijn. Het is mijn voornaamste bezwaar tegen dit wetsvoorstel.

Mijn tweede bezwaar is, dat er met dit wetsvoorstel vanuit wordt gegaan dat ons land wordt bevolkt door hypochonders. Mensen die ziek zijn en daarbij een zoektocht afleggen, zijn echter vooral bezig met de legitieme vraag: wat mankeer ik, en is er een oplossing voor mijn probleem? Dit zijn twee vragen die over het algemeen helemaal niet zo gemakkelijk te beantwoorden zijn. Stelt u zich voor dat een vrouw van 25 tijdens haar werk plotseling te maken krijgt met heftige pijn aan haar hand. De boel gaat ook ontsteken en in no time is de hand opgezwollen als een ballon. Logischerwijs gaat zij op zoek naar het waarom. Het vervolg is: ziekenhuis in, ziekenhuis uit. De ene specialist kijkt naar de bobbel op de vinger, de andere naar het gegeven dat de vinger niet meer beweegt. Weer een ander kijkt naar de zwelling, en zo maar door. Alle specialisten worden afzonderlijk bezocht. Allen zien dat er iets mankeert en stellen een

diagnose. Een echt integrale oplossing komt er echter niet. Na twee jaar shoppen komt deze mevrouw terecht bij het handenteam van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. In één consult zitten alle specialisten bij elkaar. Het probleem wordt integraal bekeken, en in het bijzijn van de patiënt wordt er gezocht naar de oorzaak en de oplossing. Binnen enkele weken volgt een operatie. Een enkele ingreep en vanaf dan gaat het de goede kant op. Was die mevrouw nu al die tijd een shopaholic, iemand die middels financiële prikkels afgeremd had moeten worden? Nee. De oplossing voor het afremmen van de zorgvraag ligt goeddeels niet in het prikkelen van zieke mensen, maar in het prikkelen van ziekenhuizen. Ziekenhuizen moeten veel meer integraal werken, zoals het handenteam van het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis dat doet.

Mijn derde bezwaar is dat deze wet bovenal geen prikkel is, maar vooral een inkomstenbron voor het kabinet, een inkomstenbron van 1,5 mld. die de zieken in ons land moeten betalen, en dat alles voor een geschatte vermindering van de zorgkosten met zo'n € 150 tot 200 mln. Moeten wij daar al die capriolen voor uithalen? Valt er niet iets slimmers, iets rechtvaardigers te bedenken dan de rekening neer te leggen bij mensen die al ziek zijn? Dan blijkt ook nog eens dat de besparingen niet zozeer voortvloeien uit minder gebruik van zorg, maar vooral uit het gebruik van goedkopere medicijnen en hulpmiddelen. Iets anders dus dan het indammen van de zorgvraag.

Mijn volgende bezwaar ligt in de enorme bureaucratistische rompslomp tussen ziekenhuis, zorgverzekeraars en burgers die deze regeling met zich meebrengt. Zo stuurt een ziekenhuis een jaar na een behandeling een nota naar de zorgverzekeraar, die er vervolgens voor moet zorgen dat dit verrekend wordt met het eigenrisicobedrag van een verzekerde, die misschien in de tussentijd van verzekeraar is gewisseld. Hoe gaat de minister dat oplossen?

Nog een bezwaar ligt in het gegeven dat ervoor gekozen is om de chronisch zieken en gehandicapten op te sporen via een FKG, wat inhoudt dat die persoon minimaal 180 dagdoseringen van een medicijn voor een chronische ziekte voorgeschreven moet hebben gekregen. Er zijn echter heel veel zieken die juist heel spaarzaam met medicijnen omgaan. Die spaarzaamheid zou toch beloond moeten worden? Diezelfde zieke, die spaarzaam met de medicijnen omgaat, maakt trouwens wel hoge zorgkosten voor steeds terugkerende behandelingen voor chronische aandoeningen, zoals de steeds terugkerende behandeling van een zenuwblokkade die wordt uitgevoerd door een anesthesist.

Ten slotte wil de minister ons laten geloven dat zieken en gehandicapten worden gecompenseerd, maar dat is niet waar. Zij krijgen een compensatie die erop neerkomt dat ze net zoveel betalen als gemiddeld, namelijk € 109. Een gezond mens betaalt echter niets. Als je niet chronisch ziek bent, maar een keer naar de specialist moet, moet je mogelijk in een keer het jaarmaximum van € 150 op tafel leggen. Dat is voor heel veel mensen en voor heel veel gezinnen een heel groot bedrag, waardoor ze in de problemen komen met hun maandelijks budget.

Hoe je het ook wendt of keert, de medicijnknaak, het specialistengeeltje, de no-claim of het eigen risico: het wordt altijd betaald door mensen die ziek zijn. De minister schrijft in zijn stukken dat het kabinet wil

Agema

luisteren naar de gevoelens van onvrede die in de samenleving spelen met betrekking tot de no-claim. Volgens de minister past dat in het streven om de kloof tussen politiek en burger te verkleinen. Het eigen risico is echter net zo slecht als de no-claim. De minister doet dus helemaal niets aan het verkleinen van de kloof tussen burger en politiek.

Het is een verkeerde wet. Wij zullen ertegen stemmen, want ziek zijn wij allemaal wel eens, en chronisch ziek kunnen wij allemaal worden.



Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Er waren al meer sprekers met een déjà-vu en ik heb er ook een. Dit debat is de afgelopen decennia al zoveel keren gevoerd! De lijst van VVD-woordvoerders die dit debat hebben gevoerd, is zo lang dat ik deze niet zal opsommen. Wat ook jammer is, is dat de discussie steeds hetzelfde is. De argumenten zijn steeds hetzelfde. De oorzaak is de eigen betaling, in welke vorm dan ook. Ik heb de verschijningsvormen niet zo gedetailleerd opgeschreven als mevrouw Kant, maar of ze nu specialistengeeltje heten of medicijnknaak, eigen bijdrage of no-claim: al deze vormen van eigen betalen worden op een gegeven moment ingevoerd en voordat ook maar iemand doorheeft hoe ze werken, zijn ze ook alweer afgeschaft. Soms blijven het ook papieren plannen in de zin dat ze wel in coalitieakkoorden worden opgenomen, maar sneuvelen voor ze ingevoerd zijn. Dit maakt dat dit debat ook een beetje een treurige herhaling van zetten is. Hoe lang denkt deze minister dat deze regeling van kracht zal zijn in de vorm waarin wij die nu invoeren? Ik vraag dit niet voor niets. Voor de invoering, nu dus, gaan er al geruchten over afschaffing van de regeling voor volgend jaar of een drastische aanpassing van deze regeling. Dat lijkt mij echt een staaltje van slecht overheidsbestuur: voor de invoering al weten dat zo'n regeling maar een jaar in deze vorm zal gelden. Ik hoor de minister hier graag over.

Eigen betalingen kun je uit drie overwegingen invoeren. De eerste overweging kan zijn dat "de gebruiker betaalt". Mensen die gezondheidszorg gebruiken, betalen de eerste, zeg, € 150 zelf. Daarboven wordt het risico door de collectiviteit, de samenleving als geheel, overgenomen. Een tweede argument om eigen betalingen in te voeren, is: de solidariteit tussen zieke en gezonde mensen wordt verstevigen. De gezondheidszorg wordt steeds duurder. Gezonde mensen betalen heel hoge premies, duizenden euro's per jaar, om onze gezondheidszorg te bekostigen, terwijl ze er zelf nauwelijks gebruik van maken. Er zijn relatief veel zieke mensen door de vergrijzing en relatief weinig gezonde mensen die een hoge solidariteitsafdracht betalen. Om deze solidariteit, die wij allemaal belangrijk vinden, in stand te houden, vergroten wij het draagvlak door de mensen die duizenden euro's per jaar betalen, zonder zelf ooit ergens gebruik van te maken, een premieverlaging te geven in ruil voor een eigen risico dat zij over het algemeen als gezond persoon niet zullen gebruiken.

De zieke Nederlander betaalt een net zo hoge premie als zijn gezonde buurman. Hij kan zich dankzij de acceptatieplicht ook bij iedere verzekeraar verzekeren. Deze zieke Nederlander heeft toch maar maximaal € 150 of een ander bedrag wat je ervoor inboekt, méér kosten

per jaar. Daarvoor staat de gehele gezondheidszorg tot zijn beschikking, ongeacht de kosten die hij maakt. Ik hoor vaak spreken over Amerikaanse toestanden, maar dit is eerder Moskou aan Zee.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Mevrouw Schippers houdt een betoog over solidariteit. Zij heeft het over een jaar, een jaar waarin een bepaald persoon wel een heel grote afdracht doet, maar niet gebruik maakt van de zorg. Zij zegt erbij dat die nooit gebruik maakt van de zorg. Dat is nu echter juist de kern van verzekerd zijn. Verzekerd zijn betekent dat je tien jaar, twintig jaar kan afdragen en in het 21^e jaar wellicht ineens multiple sclerose krijgt. Dan gaat de samenleving voor jou betalen. Dat is solidariteit. Hoe ziet mevrouw Schippers dat?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Deze nieuwe Zorgverzekeringwet is door een VVD-minister met steun van de VVD-fractie ingevoerd. De grote solidariteit in de zin dat de premies voor zieke en gezonde mensen even hoog zijn, hetgeen helemaal niet het geval was met de oude particuliere verzekering, maar dus wel geldt voor deze nieuwe verzekering voor iedere Nederlander, heeft de VVD niet alleen gesteund, maar zelfs ingevoerd. Mij gaat het in het kader van de stelling dat de gebruiker betaalt om de vraag of je van iemand die ergens veel gebruik van maakt, een eigen betaling mag verwachten. In de samenleving mag dat op allerlei fronten wel. Ik wijs bovendien nog eens op de huidige bevolkingsopbouw. Mensen die ouder zijn, maken meer gebruik van gezondheidszorg. Wij hebben te maken met vergrijzing, dus wij hebben relatief minder mensen die veel betalen en weinig gebruiken en relatief meer mensen die ziek zijn en veel gebruiken. Als ik ouder ben, zal dit waarschijnlijk in een andere verhouding tot elkaar staan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik zondig ook wel eens door een paar kilometer om te rijden om naar een biologische winkel te gaan, maar daar gaat het natuurlijk niet om. Aan ziekte gaat niet de keuze vooraf om extra gebruik te maken van de gezondheidszorg. Ik vraag de VVD-fractie dus echt om haar standpunt nog eens te overwegen. In dezen geldt namelijk niet "de gebruiker betaalt". Dat geldt wel voor degene die meer auto rijdt of van iets anders meer gebruik maakt. Voor ziek worden daarentegen kies je niet.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Nee, maar wij vragen van gezonde mensen duizenden euro's premie per jaar. Op een vrije markt, die ontstaat als de overheid niet bestaat, zijn zij misschien de helft van de premie op basis van hun risicoprofiel kwijt. Krijgen zij een ziekte als multiple sclerose, dan zijn zij net zo goed verzekerd. Aangezien de overheid zich ermee bemoeit en deze mensen zich niet op de vrije markt kunnen bewegen, moeten zij een dubbele premie betalen. Tegen mij moet u niet over solidariteit beginnen! Het systeem staat bol van de solidariteit. Die wil ik ook houden. Ik zeg alleen dat er drie overwegingen zijn om eigen bijdragen in te voeren. Dit kabinet houdt zich daar niet aan, maar daar kom ik straks op. Eigen betalingen worden ten derde ook wel remgeld genoemd. Eigen bijdragen werken in dit geval het beste. Als je gebruikt maakt van de zorg betaal je dan een beetje in plaats van het gehele bedrag ineens. De no-claimregeling werkt hier minder, omdat de beloning

Schippers

achteraf plaatsvindt in plaats dat een prikkel wordt gegeven op het moment dat je een keuze maakt. Ik loop het kabinetsvoorstel op deze punten na.

Eerst iets over het gestelde dat de gebruiker betaalt. Dat gaat in dit voorstel voor een belangrijk deel niet op. Chronisch zieken worden gecompenseerd. Grootgebruikers krijgen compensatie, maar mensen die weinig gebruiken, betalen de volle mep. Daar heb ik nog nooit van gehoord. Dat is een straf op gezond zijn, een straf op het weinig gebruik maken van iets dat veel geld kost. Onbegrijpelijk! De antwoorden van de minister suggereren dat gezonde mensen die iets mankeren hun kosten aan zorg kunnen vermijden en dat grootgebruikers dat niet kunnen. Dat is onzin. Ook al ben je gezond en breek je een been, je zult toch behandeld moeten worden. Hoezo een gerechtvaardigd beroep op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden, zoals de minister stelt? Wat is er rechtvaardig aan om kleine gebruikers meer te laten betalen dan grote gebruikers, zonder de onzin van vermijdbaarheid?

Over de compensatie heb ik, net als veel anderen vandaag, ook nog wel wat vragen. Wie worden er eigenlijk gecompenseerd? Iedereen met hoge zorgkosten? Neen, alleen mensen met bepaalde hoge zorgkosten! Het is heel raar om alleen compensatie te geven voor bepaalde kosten van geneesmiddelen. Kosten zijn kosten, of ze nu worden gemaakt voor medicijn A of B, ter bestrijding van kwaal 1 of kwaal 2. Dat krijg je met dit soort regelingen. Er wordt een groep gecompenseerd, maar kijk je goed, dan is dat heel oneerlijk tegenover een vergelijkbare groep die er net buiten valt. De amendementen van mevrouw Kant zijn daarvan een illustratie. Ik wijs verder op het verzoek van de heer Omtzigt. De eigenbijdrageregeling van Paars I is eraan ten gronde gegaan. Wij weten dus uit ervaring waar dit soort beleid toe leidt. De heer Omtzigt gaf zojuist aan dat hij graag leert. Ik adviseer hem die geschiedenis van Paars I nog een keer door te lezen.

De mensen die weinig gebruik maken van de zorg, maar waarvan wij wel hoge premies vragen, betalen ook de volle mep aan eigen betalingen. Mensen die helaas heel veel geld kosten omdat ze nu eenmaal ziek zijn, betalen minder dan een gezond iemand. Dat is toch de omgekeerde wereld. Ik vind dat een staaltje doorgeschooten solidariteit, zoals je die gelukkig niet vaak tegenkomt. Toch voert deze christendemocratische minister dit in. Ik begrijp dat niet.

De tweede reden om eigen betalingen in te voeren, de vergroting van het draagvlak, opdat solidariteit niet alleen nu, maar ook morgen nog in stand blijft – wij willen graag dat die gezonde persoon ook morgen nog betaalt voor de solidariteit – is ook geen argument voor dit kabinet geweest. Sterker nog, dit kabinet zet het draagvlak nog meer onder druk.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, ik luister met gekromde tenen naar het betoog van de afgevaardigde van de VVD. Hoe kan zij zich druk maken om het feit dat mensen die meer zorg gebruiken minder betalen? Mensen die de meeste zorg in ons land nodig heb ben, kunnen vaak helemaal niet werken. Dat weet mevrouw Schippers ook. Daardoor hebben die mensen een veel lager inkomen dan andere mensen die wel kunnen werken. Heeft zij daarover nagedacht? Deze mensen betalen inderdaad minder, maar naar verhouding betalen zij veel meer dan wat mevrouw Schippers en ik betalen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het is niet gezegd dat mensen met meer geld niet ziek worden. Het gaat in dit geval niet over inkomen. Als je over inkomen wilt spreken, moet je met inkomensafhankelijker regelingen komen en niet met dit voorstel. Dit voorstel gaat niet over inkomen, maar over ziekte.

Wij zorgen met zijn allen voor een solidair en goed stelsel van gezondheidszorg. Dat bekostigen wij met zijn allen. Van iemand die net begint met werken, vragen wij echter het dubbele aan premie dan hij of zij normaal zou moeten betalen. Ik zou echter graag zien dat deze personen dat straks ook nog willen betalen als wij met zijn allen ouder zijn en ook zorgkosten hebben. Het aantal mensen dat nog gezond is en de volle mep moet betalen, is dan echter nog kleiner geworden, maar ik wil wel graag dat zij de premie dan ook nog betalen. Als wij doorschieten in de solidariteit, zorgen wij ervoor dat die mensen straks afhaken en hier niet meer aan mee doen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Als je de mensen buiten dit huis vraagt aan welke mensen hun belastinggeld mag worden besteed, antwoorden zij gelukkig nog altijd dat dit geld mag worden besteed aan chronisch zieken en gehandicapten. Mevrouw Schippers maakt zich voortdurend druk om die € 109 verschil. Zij vindt het niet eerlijk dat chronisch zieken minder hoeven te betalen. Zij maakt zich voorts druk over de compensatie. Waar maakt u zich druk om? Het is toch geen enorm verschil? U heeft het over twee keer zoveel, drie keer zoveel, maar volgens mij maakt u zich juist druk om die teruggave.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Nee, ik maak mij er druk over dat dit systeem zo pervers is dat het bijvoorbeeld tot gevolg heeft dat iemand die vijf jaar achtereen € 150 aan zorgkosten heeft omdat hij zijn been breekt of iets dergelijks, die kosten volledig moet betalen, terwijl hij verder geen kosten maakt. Er zijn ook mensen die – overigens met steun van de VVD – zorg krijgen die tonnen per jaar kost, maar die na die vijf jaar minder geld kwijt zijn dan degene die per jaar € 150 kosten heeft gemaakt. Hier maak ik bezwaar tegen, ik maak mij er geen zorgen over dat wij iemand goede gezondheidszorg bieden, ook als die heel veel geld kost, zonder dat die daar meer premie voor hoeft te betalen. Maar het is toch de omgekeerde wereld dat iemand die weinig gebruik maakt van de gezondheidszorg, uiteindelijk meer geld kwijt is dan iemand die er heel veel gebruik van maakt?

Mevrouw **Agema** (PVV): Daarin vinden wij elkaar, over inkomenspolitiek zijn wij het wat minder eens, maar daar kunnen wij in een ander debat wellicht nog op terugkomen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het spijt me, maar dat is nu juist de kern van mijn betoog!

De remgelden. Een eigen betaling zou verzekerden ertoe moeten aanzetten om goed af te wegen of een bezoek aan een arts wel echt nodig is; dit zou onnodig gebruik van de zorg moeten afremmen. De minister geeft aan dat een van de twee belangrijkste redenen voor het invoeren van een eigen risico is "dat het vermogen van mensen om zorgkosten in meer of mindere mate daadwerkelijk te beïnvloeden wordt verdisconteerd". Mijn verbazing is groot als ik constateer dat de huisarts niet onder het eigen risico zal vallen. Hoe kan de minister dan nog spreken van remgeld? Als iemand naar de

Schippers

huisarts is geweest, kan die hem doorsturen naar een specialist of hem geneesmiddelen voorschrijven. Dan is er sprake van medisch noodzakelijke zorg, daarvoor vertrouw ik de huisarts voldoende. Dit is het uitgangspunt van ons systeem, dus de regering voert met deze regeling nauwelijks remgeld in.

En het is zeker te weinig om dit als een van de twee belangrijkste redenen aan te voeren. De minister schrijft in antwoord op vragen van onze fractie dat de huisarts zonder financiële drempel toegankelijk moet zijn en dat dit voor de regering doorslaggevend is. De gedachte hierachter is dat mensen die naar de huisarts zouden moeten gaan, bij een financiële drempel dat niet meer zouden doen. Dit wil de regering niet, maar dit geldt dan toch ook voor de oogarts, voor het zetten van een gebroken been, voor het vervoer van iemand die onwel is geworden, in een ambulance naar een ziekenhuis, en voor de onderzoeken die daarna volgen, voor mensen die jaarlijks een mammografie moeten ondergaan, voor bloedonderzoek, dat je niet zo maar, maar alleen op verzoek van een arts krijgt, of een bloedtransfusie? Ik kan een hele dag doorgaan met voorbeelden geven, maar het gaat erom dat dit punt van belang is om de redenering van de regering, die niet alleen gammel is, maar zelfs ondeugdelijk, door te prikken.

De minister stelt dat de kosten wat lager uitvallen en dat er dus sprake is van remgeld. Maar die twee dingen zijn niet hetzelfde, in het onderhavige voorstellen zullen hooguit dure geneesmiddelen worden vervangen door goedkopere. Dit kan ook voor medische hulpmiddelen gelden, maar daar houdt het dan ook mee op. Er zullen echt maar weinig mensen zijn die een doorverwijzing door de huisarts negeren, en dat is overigens maar goed ook. Wij moeten dit ook niet willen.

Voorzitter, mijn conclusie is schokkend. Deze regeling scoort op geen enkel punt, dus er blijft alleen het dichten van een financieel gat over. Het is toch treurig om te moeten concluderen dat deze maatregel alleen wordt genomen om financiële gaten te dichten. En wie betaalt dit? Daar is hij weer: de gezonde, hardwerkende Nederlander die elk jaar een klein akkefietje van € 150 heeft. Die betaalt het meest en hij krijgt nergens compensatie voor. En het kabinet maar klagen over een zesjesmentaliteit, je moet maar durven...

Ik wil nog graag ingaan op de argumentatie van de regering om de no-claim te vervangen door een eigen risico. Zij geeft aan, goed te willen letten op de gevoelens van onvrede in de samenleving over de no-claimteruggaveregeling. Deze regeling heeft eigenlijk geen tijd en dus ook geen kans gehad om echt bekendheid te verkrijgen. Maar wat doet de regering? Zij voert nu een eigen risico in. Ik kan melden dat ik evenveel en soortgelijke reacties op deze regeling ontvang als de reacties destijds op de no-claimvoorstellen. Ik kan u ook vertellen dat deze regeling een extra nadeel kent in vergelijking met de no-claimregeling: mensen met een laag inkomen kunnen liquiditeitsproblemen hebben als zij in een keer € 150 moeten betalen of zelfs als zij dat in gedeelten betalen. Dat was ook de reden voor de invoering van de beloning-achterafregeling, namelijk de no-claim.

De minister stelt dat de afschaffing van de no-claim "de kloof tussen politiek en burger moet verkleinen". Ook stelt hij dat er met de afspraak in het regeerakkoord voldoende draagvlak is voor dit eigen risico. Dat is een politiek draagvlak, maar hoe zit het met het maatschap-

pelijke draagvlak? Ik heb in mijn schriftelijke bijdrage al vragen gesteld, maar die zijn niet beantwoord. Hoeveel mensen waren tijdens de luistertour door het land enthousiast over de invoering van het eigen risico? Waar staan de passages over een in te voeren eigen risico in de verkiezingsprogramma's van de PvdA en de Christen-Unie?

Voor de VVD-fractie is de emancipatie van de patiënt en de verzekerde een heel belangrijke opdracht. Van oudsher ging de zorg veelal over de patiënt, maar werd er weinig met de patiënt zelf rekening gehouden. Dat is overigens al verbeterd. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet is de positie van de patiënt in theorie verbeterd. Dat moet zich overigens in de praktijk nog zetten. De VVD-fractie is dan ook heel verbaasd over de antwoorden van de minister op de vraag of de rekening van de zorgverlener in afschrift kan worden gestuurd naar de patiënt. De minister stelt dat dit te veel administratieve lasten met zich brengt. Ik vind dat enorm betuttelend: waarom zouden wij de patiënt eigenlijk informeren over zijn behandelingskosten? Waarom zouden wij hem daarmee vermoeien? Tegelijkertijd bepleit deze minister een groei van het kostenbesef bij de zorggebruiker. De minister geeft zelfs aan dat versterking van het kostenbewustzijn een van de twee belangrijkste motivaties voor dit eigen risico is. Dan is zo'n antwoord toch onbegrijpelijk? Patiënten moeten wel weten dat het duur is, maar niet hóé duur. De VVD hecht er zeer aan dat een afschrift ter informatie naar de patiënt wordt gestuurd. Het gaat om de patiënt, die recht heeft op deze informatie. Hij kan op die manier meekijken en eventuele verkeerde declaraties aanklaan. Hij weet namelijk heel vaak precies wat er wel en niet is gebeurd. Deze actief-kritische houding van de patiënt kan niet altijd en hoeft ook niet altijd, maar het is heel belangrijk dat zij die dat wel willen, automatisch mee kunnen kijken.

Ik wil graag eindigen met een belangrijke vraag aan de minister. Zie ik het juist dat deze regeling eigenlijk maar voor één jaar geldt en zal worden gevolgd door een regeling, waarvoor nu al theoretisch ruimte wordt gegeven, waarin zorgverzekeraars eigen betalingen kunnen opleggen als de verzekerde geen gebruikmaakt van een preferred provider, dat wil zeggen een gecontracteerde zorgaanbieder? Het voornemen is toch om dit bij algemene maatregel van bestuur te gaan regelen voor 2009? De kern van het feit dat selectief contracteren niet van de grond komt, is de nacalculatie. Daardoor zal imagoschade die een verzekeraar lijdt door selectief te contracteren nooit opwegen tegen het financiële voordeel dat hij ermee kan halen. In de huidige wetgeving is dat al geregeld. Ik heb zelf een amendement gemaakt om dat te matigen en dit is ook aangenomen.

Het is dus al geregeld dat iemand die een naturapolis heeft een extra bedrag moet betalen als hij zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Maar verzekeraars contracteren niet selectief. Bij de algemene maatregel van bestuur zit de afschaffing van de eigen betalingen al ingebakken. Met andere woorden, vandaag weer veel debat, morgen weinig geregeld.

Zoals ik al in het verslag namens mijn fractie heb aangegeven, zijn wij niet gelukkig met dit wetsvoorstel. De argumenten zijn niet solide. Het kabinet kiest niet, spaart de kool en de geit, en uiteindelijk geen van beide.

Schippers

Ik heb dan ook grote twijfels of wij hiermee akkoord kunnen gaan, maar laat mij uiteraard graag overtuigen.



Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De ChristenUniefactie is blij dat de no-claimteruggaveregeling per 1 januari volgend jaar wordt afgeschaft. Deze regeling is zeer onrechtvaardig, omdat zij nadelig uitwerkt voor chronisch zieken en gehandicapten, die er wel aan meebetalen maar nooit geld kunnen terugkrijgen, omdat zij niet in staat zijn invloed uit te oefenen op de mate waarin zij gebruikmaken van de zorg. Om die reden heeft de ChristenUniefactie zich altijd fel tegen de no-claimteruggaveregeling verzet. Dit betekent niet dat mijn fractie per definitie iedere vorm van eigen betaling afwijst. Wij zijn ons bewust van de blijvende noodzaak om de groei van de zorguitgaven te beteugelen en daartoe de nodige prikkels in te bouwen. Ook erkennen wij dat burgers een eigen verantwoordelijk hebben in het dragen van de zorgkosten en vinden wij het noodzakelijk om onterecht en onnodig gebruik van zorgvoorzieningen af te remmen. Het systeem van een verplicht eigen risico kan in beginsel een grotere bijdrage leveren aan deze doelstelling dan de no-claimteruggaveregeling, omdat een negatieve prikkel vooraf een groter remmend effect heeft dan een positieve prikkel achteraf. Een verplicht eigen risico is echter alleen aanvaardbaar wanneer recht wordt gedaan aan de bijzondere positie van chronisch zieken en gehandicapten. Het is daarom goed dat in het wetsvoorstel voor deze groep een compensatieregeling is opgenomen. Zo is het ook in het coalitieakkoord afgesproken.

Wij kunnen ons daarom in beginsel vinden in het voorstel om de no-claimteruggaveregeling te vervangen door een verplicht eigen risico. Wel hebben wij grote moeite met de manier waarop de invoering van het verplicht eigen risico in dit wetsvoorstel wordt uitgewerkt. Wij doelen op de afbakening van de doelgroep en de wijze waarop de compensatieregeling wordt uitgevoerd.

Mevrouw **Kant** (SP): U schetst dat in het regeerakkoord staat dat chronisch zieken gecompenseerd worden. Maar dat staat er niet, hè?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ken de letterlijke tekst van het coalitieakkoord. De achtergrond en de bedoeling van de ChristenUnie met die passage is om de ongelijkheid ten opzichte van chronisch zieken en gehandicapten bij de no-claimregeling recht te trekken. Wij willen dat zij gelijk behandeld worden. Of dit nu via een compensatie gebeurt of via een uitzondering, of hoe het ook in het coalitieakkoord staat, het gaat ons erom dat chronisch zieken en gehandicapten gelijk behandeld worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit lijkt mij wel een heel vrije interpretatie. In het regeerakkoord staat inderdaad dat chronisch zieken worden uitgezonderd. Dat is in de Nederlandse taal toch echt iets anders dan gecompenseerd worden. Dat wil ik even rechtzetten in uw betoog.

Mijn vraag gaat over de manier waarop dit gebeurt. U hebt daar zelf ook kritiek op. Eigenlijk heeft bijna iedereen daar kritiek op, tenzij je geen uitzondering wilt

maken. Vindt u dat het voorwaardelijk moet zijn? Vindt u dat er geen eigen risico moet komen als de oplossing voor die groep niet adequaat is? Vindt u dat een eigen risico voorwaardelijk moet zijn en dat er geen eigen risico moet komen als de oplossing voor deze groep niet adequaat is?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik beseft dat de uitkomst van vandaag niet het beste eindresultaat is. Ik wil echter dat de no-claimregeling per 1 januari afgeschaft wordt en dat wij in ieder geval met een goede tussenoplossing komen. Op langere termijn moet er een goede regeling komen waarin ook andere dingen zijn meegenomen.

Het gaat ons primair om de gelijke behandeling van chronisch zieken en gehandicapten. Wat is de beste weg om dit mogelijk te maken, een compensatie of een uitzondering? Als een compensatie veel beter te regelen valt dan een uitzondering, is dit een goed gekozen weg. Het gaat om een gelijke behandeling van chronisch zieken en gehandicapten.

Mevrouw **Kant** (SP): Een uitzondering is heel eenvoudig, want je vraagt de huisarts, net als bij de zelfzorgmiddelen, aan de verzekeraar aan te geven welke patiënten in zijn praktijk chronisch ziek zijn. Simpel kan het niet. Ik maak uit de woorden van mevrouw Wiegman op dat het dus niet een voorwaarde is dat dit op de best mogelijke en een fatsoenlijke manier geregeld is, alvorens het eigen risico ingaat. Zij heeft het nu immers al over tussenoplossingen. Ik zou gelijk willen gaan voor de beste oplossing en geen broddelwerk willen leveren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zou ook het liefst vandaag tot de beste oplossing willen komen. Wij hebben de afgelopen maanden nagedacht over een wenselijke uitkomst en de mogelijkheden op korte termijn. Dat blijkt lastig. Als wij vandaag tot een aanvaardbare tussenoplossing, een overgangsmaatregel, kunnen komen en op termijn tot een echt goed resultaat, ben ik voorlopig tevreden. De no-claimregeling moet in ieder geval per 1 januari afgeschaft worden.

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw Wiegman zegt dat zij meer tijd nodig heeft, omdat de oplossing meer tijd vergt. Nee, het denken vergt tijd. Het denken gaat nu al heel lang door en heeft tot nu toe niet tot een oplossing geleid. Als wij het nu niet kunnen bedenken, waarom zou mevrouw Wiegman het volgend jaar dan wel kunnen bedenken?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Om die richting aan te geven heb ik dus het vervolg van mijn betoog nodig.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mevrouw Wiegman zegt stellig dat de prikkeling die van het eigen risico uitgaat groter is dan die van de no-claim. Heeft zij daar sluitend bewijs voor? Want in de stukken wordt het mondesmaat aangegeven, alleen een denkrichting, beetje opgeschroefd hier en daar.

Als die prikkeling wordt vergroot, welke mensen zullen dan minder zorg vragen? Is dat die man met pijn op de borst? Welke mensen zullen minder zorg vragen?

Wiegman-van Meppelen Scheppink

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb geprobeerd mij heel zorgvuldig uit te drukken. Ik zei: in beginsel. Ik was haast filosofisch aan het redeneren. Naar ik meen doen wij dat vandaag allemaal, want ook mevrouw Agema is met allerlei voorbeelden gekomen hoe zij zich kan voorstellen dat zaken kunnen uitwerken, waarover ik dan weer anders denk. Ik kan mij niet voorstellen dat mensen zich terughoudend opstellen ten aanzien van het gebruik van zorg op het moment dat zij pijn op de borst hebben, of als zij ergens een knobbelletje constateren. Voor heel veel mensen geldt: mijn gezondheid is goud waard en als het nodig is zoek ik de juiste zorg.

Waar het ons veel meer om gaat, is dat mensen zich meer bewust worden van de kosten van de zorg, dat die kosten inzichtelijk worden en dat mensen daarmee bezig zijn. Het remmende effect kan verder uitgezocht worden: wat zijn de juiste prikkels, wat voor drempels zijn nodig willen die echt goed werken? Daarom spreek ik over: in beginsel. In beginsel lijkt mij dat zo'n verplicht eigen risico een beter effect heeft dan een no-claim achteraf.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dus in beginsel hangt u uw hele betoog op aan het feit dat u voor de invoering van het eigen risico bent, omdat u denkt – u kunt het niet bewijzen en nergens op baseren – dat er een grotere prikkel van zou uitgaan. Door die prikkel zouden minder mensen naar een specialist gaan, maar de mensen die werkelijk ergens last van hebben, zouden nog altijd naar de specialist gaan. Hoe naïef bent u?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben niet naïef, maar ik ben er ook niet voor om mensen te weerhouden om zorg te zoeken als zij zorg nodig hebben. Dat wil ik even duidelijk stellen. Maar het lijkt mij goed om het kostenbewustzijn op een of andere manier onder de aandacht bij mensen te brengen.

Ik ben principieel geen tegenstander van een vorm van eigen betaling. Ik denk dat vanmiddag de wegen vrij snel uiteengaan als je daarvan geen tegenstander bent. Als je daarvan een voorstander bent, benader je het heel anders dan als je bij voorbaat zegt: ik wil er niet aan, ik zie er niets in. Ik geef aan dat ik er wel wat in zie. Ik zie in dat het in beginsel positieve effecten kan hebben en ik ben er een groot voorstander van om het kostenbewustzijn bij mensen onder de aandacht te brengen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik zie dat de solidariteit bij de fractie van de ChristenUnie ver te zoeken is; een begrip waarmee zij zich altijd graag profileert. Mevrouw Wiegman is dus voor een regeling die zij niet kan onderbouwen en waarvan zij geen enkele wetenschap heeft of die de prikkel daadwerkelijk vermindert. Zij zegt gewoon: alle zieke mensen in dit land gaan betalen. Dat is het gezicht van de ChristenUnie.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Uw conclusie deel ik absoluut niet. Ik ben juist nadrukkelijk mijn betoog begonnen met aan te geven waarom wij zo graag willen dat die no-claim teruggaveregeling wordt afgeschaft, juist vanwege dat solidaire principe en vanwege het feit dat chronisch zieken en gehandicapten door die regeling bij voorbaat op achterstand worden gezet. Wij willen graag een gelijke behandeling.

In het wetsvoorstel wordt voor de afbakening van de te compenseren groep gebruikgemaakt van de FKG's, farmaceutische kostengroepen. Dat betekent dat alleen medicijn-grootverbruikers in aanmerking zullen komen voor compensatie. Veel gehandicapten die gebruikmaken van hulpmiddelen, vallen daardoor buiten de boot. Ook mensen die vanwege verschillende aandoeningen langdurig zijn aangewezen op medicijngebruik, komen in deze constructie niet in aanmerking voor compensatie. Dat is voor de leden van de ChristenUniefractie onacceptabel. Het kan niet zo zijn dat mensen die jaar in jaar uit met hoge zorgkosten worden geconfronteerd, niet in aanmerking komen voor compensatie omdat deze kosten niet worden veroorzaakt door medicijngebruik, maar door andere vormen van zorg. Dat kan op geen enkele manier worden gerechtvaardigd, zoals ook de Raad van State constateert. Bovendien is het in strijd met de afspraken in het coalitieakkoord waarin nadrukkelijk wordt gesproken van een uitzonderingspositie voor de hele groep chronisch zieken en gehandicapten. Daarnaast moeten chronisch zieken en gehandicapten die voor compensatie in aanmerking komen ervan uit kunnen gaan dat zij deze compensatie ook daadwerkelijk ontvangen. Ook op dat punt bestaan er zorgen bij mijn fractie. Vanwege capaciteitsgebrek bij de Belastingdienst wordt de uitvoering van de compensatieregeling bij het CAK neergelegd. Mijn fractie is er niet gelukkig mee dat de uitvoering van de zorgtoeslag en de uitvoering van de compensatieregeling voor het verplichte eigen risico bij twee verschillende instanties wordt ondergebracht. Mijn fractie is van mening dat verzekerden zo min mogelijk met verschillende geldstromen zouden moeten worden geconfronteerd. Maar ook als het slechts een overgangsmaatregel zou zijn om de Belastingdienst tijdelijk te ontlasten, betekent dit dat het CAK de organisatie daar wel helemaal op moet inrichten. Mijn fractie twijfelt daarbij niet zozeer aan de mogelijkheden van het CAK om de compensatieregeling uit te voeren, maar voorziet daarbij wel een aantal problemen, die overigens ook door het CAK zelf worden signaleerd. Zo verwacht het CAK bijvoorbeeld moeilijk uit de voeten te kunnen met het afbakeningscriterium bij de behandeling van de te verwachten toestroom van bezwaarschriften. Ook is er vanwege privacyregelgeving maar beperkt gegevensverkeer mogelijk tussen zorgverzekeraars en het CAK.

Om deze redenen voelt mijn fractie dan ook veel voor de insteek van compensatie via de TBU. Hiermee wordt een aantal belangrijke knelpunten in het wetsvoorstel opgelost. De hele doelgroep kan worden bereikt. De doelgroep krijgt meer financiële zekerheid. De compensatiemaatregel wordt inkomensafhankelijk. Daarbij wil ik benadrukken dat het gaat om een overgangsmaatregel voor het komende jaar. Daarna moet worden gezien of de compensatiemaatregel definitief in de TBU wordt ondergebracht of dat de afbakeningssystematiek van het wetsvoorstel tegen die tijd zo ver is verfijnd, dat de hele doelgroep kan worden bereikt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb begrepen dat die hele regeling buitengewone uitgaven en de TBU in 2009 niet meer bestaan als het aan het kabinet ligt. Dat moet allemaal door de gemeenten worden uitgevoerd. Begrijp ik goed dat de consequentie van het voorstel van mevrouw Wiegman is dat de definitie van de groep chronisch zieken en gehandicapten die in aanmerking

Wiegman-van Meppelen Scheppink

komen voor de compensatieregeling van € 47 per jaar wordt ontleend aan de buitengewone-uitgavenaftrek die op dit moment geldt? Of wordt doorgedaan met de 18 farmacologische kostengroepen waar de minister zich op oriënteert? Hoe zit dat?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Over die FKG's heb ik mij duidelijk uitgelaten. Dat lijkt mij geen goede manier om de doelgroepen af te bakken. Op mijn voorstel over de buitengewone uitgaven krijg ik graag een reactie van de minister. Het is een bestaande regeling waaraan dit gekoppeld kan worden, zodat de zaken bij elkaar horen. De verfijning van het geheel, het op een andere manier inrichten, is een voortgaand proces. Volgens mij leidt mijn voorstel tot een beter eindresultaat dan de manier waarop het nu wordt voorgesteld.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik ben nu het spoor compleet bijster. Die regeling waar mevrouw Wiegman zich zo positief over uitlaat, is in het regeerakkoord al voorzien van een bezuiniging van 400 mln. De coalitiepartijen hebben bovendien vastgesteld dat die regeling over de heg gedonderd moet worden richting gemeenten, omdat het Rijk zogenaamd niet vast kan stellen wie chronisch ziek en gehandicapt is. Vorige week is daar nota bene door de coalitiepartijen nog een bezuiniging van 250 mln. bovenop gegooid. Kortom, die regeling die zo goed zou zijn dat het een vervanging is voor de 18 farmacologische kostengroepen van deze minister staat aan alle kanten onder druk. Ik vrees met grote vrees dat wij in 2009 niets meer over hebben op rijksniveau en dat de gemeenten het met een te klein budget verder maar moeten uitzoeken. Ik vrees dat het die kant opgaat. Hoe kan in dit debat nu serieus door een coalitiepartner worden voorgesteld om aan te sluiten bij een regeling die eigenhandig in drievoud vrijwel om zeep is geholpen. Hoe kan dat, mevrouw Wiegman? Leg mij dat eens uit.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat heb ik gedaan. Ik heb gezegd dat er met die regeling iets gaat gebeuren in de toekomst. Ik wil in eerste instantie voor deze weg kiezen in plaats van de weg die door het kabinet wordt voorgesteld. Op het moment dat ervoor gekozen wordt, met de buitengewone uitgaven verder aan te slag te gaan, zijn die mogelijkheden er. En dan is het niet zo dat het willekeurig bij de gemeenten wordt neergelegd en dat wij onze handen ervan aftrekken. In het amendement van de heer Omtzigt staat duidelijk hoe de Kamer betrokken blijft bij het hele traject.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit kunt u niet menen, mevrouw Wiegman. Uw partijleider, de heer Rouvoet, heeft omstandig de kant van de linkse oppositie gekozen tijdens drie kabinetten-Balkenende tegen de no-claim, vanwege de gebrekkige, zo niet afwezige, compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten. Dat punt was voor de heer Rouvoet bijna heilig, zou ik zeggen, en woog zeer zwaar in de afweging van de fractie van de ChristenUnie. Nu gaat u wellicht akkoord met een wetsvoorstel, waarbij u een alternatief biedt voor de compensatie van chronisch zieken en gehandicapten dat werkelijk in elkaar stort voordat u het hier hebt uitgesproken. Hoe is het mogelijk dat u daarop wilt vertrou-

wen, met deze geschiedenis van de heer Rouvoet in het achterhoofd?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben iemand anders dan de heer Rouvoet, maar ik hoop dat ik met evenveel vuur mijn betoog ben begonnen over waarom wij echt absoluut geen voorstander waren van de no-claim. Natuurlijk waren wij daar het liefst gisteren al van afgestapt, laat ik dat heel duidelijk stellen. Vervolgens gaat het om het bedenken van wat je dan wel doet. Deze minister heeft een voorstel gedaan. Wij hebben allemaal meegedaan in de schriftelijke vragenronde en hebben daarbij zeer veel haken en ogen aangereikt. Ik heb mij nog niet door de minister laten overtuigen dat hij met zijn voorstel wel de goede weg inslaat. Ik doe hier een voorstel om een andere denkrichting op te gaan. Ik zeg niet dat dit het is. Ik zie mogelijkheden en ik hoor graag de reactie van de minister daarop, om op een gegeven moment te kunnen zeggen of dit de best begaanbare weg is.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Is het dan niet logisch dat u tegen deze minister zegt: hoor eens beste vriend, eigen risico is leuk en aardig, maar dat kan er alleen komen als er volstrekte helderheid is over wat dit betekent voor chronisch zieken en gehandicapten en als het kabinet dat niet duidelijk kan maken, gaan wij niet akkoord?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik meen dat die volstrekte duidelijkheid er zeker moet komen, maar wat voor ons nog veel belangrijker is, is dat de no-claim onrechtvaardig uitpakt voor chronisch zieken en gehandicapten. Want als er één ding duidelijk is, is dat het wel. Daaraan moet zo snel mogelijk een eind worden gemaakt. Dat is volstrekt helder. Die weg ernaartoe, hoe je die doelgroep echt bereikt, is volgens mij zeer belangrijk. Wij moeten dat zo snel mogelijk zo helder mogelijk krijgen. Ik heb eerlijk gezegd van u nog niet dé oplossing gehoord hoe die doelgroep goed kan worden afgebakend en tegemoet kan worden gekomen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit is geen manier van redeneren. Wij hebben hier zij aan zij met de fractie van de ChristenUnie gevochten tegen die no-claim, omdat die oneerlijk was voor chronisch zieken en gehandicapten. Zij aan zij! Nu staat u aan de andere kant en nu wordt er gemorrelt: wij moeten hen wel compenseren, maar weten nog niet helemaal hoe. U rept van een slechte oplossing van de minister en komt zelf met een halfbakken oplossing en zegt dan: laten wij toch maar van start gaan met het eigen risico, ongeacht of wij dat probleem ooit kunnen oplossen. Ik kan het niet meer volgen. De fractie van de ChristenUnie was er tegen dat chronisch zieken en gehandicapten de dupe zouden worden. Waarom stelt u niet als voorwaarde dat er voor die mensen een fatsoenlijke oplossing komt, alvorens überhaupt over te gaan tot invoering van een eigen risico?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik vind het jammer dat ik nu in een ander vak of in een andere hoek word geplaatst. Ik strijd nog steeds met u tegen die no-claimteruggaveregeling. Met u zeg ik dat ik veel moeite heb met de afbakening van die groep via de FKG's, juist omdat ik die solidariteit zoek en

Wiegman-van Meppelen Scheppink

die gelijke behandeling van gehandicapten en chronisch zieken. Daarover zijn wij het helemaal eens. Het is nu wel zoeken. Wij willen graag in het oog houden dat de chronisch zieken en gehandicapten niet worden benadeeld, zoals bij de no-claimteruggaveregeling. Als die FKG's het niet zijn, wat is het dan wel? Ik stel daarom voor om een oplossing te zoeken in de buitengewone uitgaven. In die sfeer gebeurt al veel om deze doelgroep tegemoet te komen in zorgkosten. Kan dit daarin wellicht ook een plaats krijgen?

Mevrouw **Kant** (SP): U geeft zelf al aan dat dit ook geen sluitende oplossing is. Dat neem ik u kwalijk. U hebt het wel over het zoeken van oplossingen. Het is heel mooi dat wij hier dan samen over denken, maar ik vraag u, niet over te gaan tot het invoeren van een eigen risico, als die oplossing niet op een fatsoenlijke manier wordt gevonden, omdat dan alsnog chronisch zieken en gehandicapten voor een deel daarvan de dupe zijn. Dat wilde uw fractie destijds niet. Nu gaat u daar niet voorliggen. U gaat wel mee zoeken, maar u zegt niet: als wij het niet oplossen, dan geen eigen risico. Dat vind ik teleurstellend.

U kent toch ook het probleem van het niet gebruiken van deze regeling? Veel mensen kennen deze weg niet en maken geen gebruik van de mogelijkheid van belastingaftrek. Die laat u mooi in de steek.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat zal verbeterd moeten worden, maar dat is voor mijn geen argument om te zeggen: en dus zien wij helemaal af van die denkrichting. Ik kan wel in herhaling vallen, maar dat heeft geen zin. Misschien kunt u in tweede termijn uitgebreider ingaan op wat u werkelijk als oplossing ziet. Ik zie in uw amendementen alleen verruiming van compensatie, nog meer doelgroepen die er wellicht onder kunnen vallen. Als ik om de financiële onderbouwing vraag, is het antwoord: de bureaucratie. Ik vraag u om te komen met een zeer zorgvuldige financiële onderbouwing voor het sluitend oplossen van dit probleem. Die heb ik nog niet gehoord.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb dat antwoord al gegeven. Die onderbouwing staat in onze alternatieve begroting. U hebt het allemaal kunnen lezen. Wij willen geen eigen risico en geen no-claim en leveren daarvoor een keurige dekking. U moet niet weer met dat argument komen. Ik moet vaststellen dat de fractie van de ChristenUnie niet als voorwaarde stelt dat er een fatsoenlijke oplossing komt voor chronisch zieken en gehandicapten. Dat vind ik buitengewoon teleurstellend.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Deze conclusie deel ik niet. Ik meen dat ik heel fatsoenlijk bezig ben en juist oplossingen aan het zoeken ben.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, u bent verre van fatsoenlijk bezig, want de voornaamste motivering van de fractie van de ChristenUnie om voor het eigen risico te zijn, is dat chronisch zieken en gehandicapten dan gelijk worden behandeld. Dat is volstrekt onwaar. Gezonde mensen betalen niks aan het eigen risico en chronisch zieken en gehandicapten betalen € 109. Dat is niet gelijk en zal nooit gelijk worden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zie wel het zeer grote verschil tussen de bestaande no-claimregeling en een vorm van eigen risico waarvoor wij willen kiezen. Juist met de no-claimregeling worden chronisch zieken en gehandicapten bij voorbaat op achterstand gezet. Via een eigen risico worden zij wel gelijkwaardig behandeld. Dat is een groot verschil van inzicht bij het oppakken van het begrip solidariteit.

Mevrouw **Agema** (PVV): De fractie van de ChristenUnie gaat ervan uit dat solidariteit betekent dat chronisch zieken en gehandicapten € 109 meer betalen dan mensen die gezond zijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik blijf in herhaling vallen. Het gaat mij echt om die gelijke behandeling van deze doelgroepen, waarvan bij de no-claimregeling geen sprake was. Dat wilden wij graag recht gezet hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. In het antwoord van de minister op onze schriftelijke inbreng staat een heel typerend zinnetje, namelijk dat de minister niet verwacht dat deze regeling met onverdeeld enthousiasme zal worden ontvangen. Het debat in de Kamer wijst hier ook op. Het is duidelijk dat ook mijn fractie tot nu toe heel veel problemen heeft gehad met de invoering van eigenbijdrageregelingen. Een aantal van de argumenten die in het verleden zijn aangevoerd tegen deze regelingen zijn onder andere door mevrouw Kant ingebracht. Ik denk aan vragen als in hoeverre ze consumptieremend zijn en wat ze betekenen voor de patiënt. Al die zaken hebben ook in vorige debatten een rol gespeeld. Mevrouw Kant heeft een historisch overzicht gegeven van die regelingen. Het is niet verwonderlijk dat al die regelingen tot nu toe uiteindelijk weer zijn teruggedraaid. Ik hoop dat dit woord vooraf interrupties scheelt.

Dan nu de vraag waarom de fractie van de Partij van de Arbeid zich tegenover het wetsvoorstel opstelt zoals ze dat doet. Het is misschien goed om aan te geven aan de hand van welke criteria de fractie dit wetsvoorstel beoordeelt. In de eerste plaats denken wij dat datgene wat in het wetsvoorstel is verwoord in ieder geval de toegang tot de zorg niet mag belemmeren. De vrije toegang tot de zorg is een belangrijke verworvenheid in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. In de tweede plaats moeten de maatregelen de gezondheidszorg bevorderen. In de derde plaats moeten de maatregelen de doelmatigheid bevorderen. Met andere woorden, het kan soms beter en efficiënter in de gezondheidszorg. Mevrouw Kant en anderen hebben er ook op gewezen. Wil aan deze criteria worden voldaan, dan is een absolute voorwaarde dat de patiënt ook echte keuzemogelijkheden heeft.

Ik wil de regeling bezien vanuit een langetermijnperspectief. In feite wordt de regeling in tweeën gedeeld, namelijk in de situatie in 2008, waarop ik nog apart terugkom, en de situatie in 2009 en volgende jaren. Wat is het nieuwe element in het wetsvoorstel vergeleken met alle andere voorstellen die hier in het verleden onderwerp van debat zijn geweest? Dat nieuwe element is dat vorig jaar de Zorgverzekeringswet is ingevoerd en

Van der Veen

dat door die wet een aantal dingen mogelijk worden gemaakt die in het verleden niet mogelijk waren. De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars meer mogelijkheden tot zorginkoop dan ze in het verleden hadden. Dat is een element om vast te houden. Ook in de toelichting op het wetsvoorstel wordt gesteld dat de zorgverzekeraars moeten worden geprikkeld om zodanige zorg in te kopen dat kwaliteit en doelmatigheid worden bevorderd.

Ik kom in dat verband op het punt van het eigen risico. Als je het eigen risico kunt gebruiken om die kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen, voldoe je in ieder geval aan een aantal van de zojuist door mij genoemde criteria. De vraag is aan de orde wat dat betekent voor de zorgverzekeraar, voor de patiënt en voor de zorgaanbieder. Ik denk dat het goed is om op die vraag fundamenteeler in te gaan.

Hier is de angst van velen verwoord dat als de zorgverzekeraar de mogelijkheid krijgt om de zorg in te kopen, het risico bestaat dat de patiënt als het ware zodanig wordt gegijzeld door de zorgverzekeraar dat hij zorg krijgt die hij eigenlijk niet wil hebben: te goedkope zorg of zorg van te lage kwaliteit. Daarmee komen wij volgens mij aan een van de kernen van dit wetsvoorstel. De hierin voorgestelde eigenbijdrageregeling werkt alleen als er absolute zekerheid is over het optreden van de zorgverzekeraars. Het kan en mag nooit zo zijn dat zorgverzekeraars met gebruikmaking van het eigen risico patiënten/consumenten kunnen dwingen, gebruik te maken van zorg die te goedkoop of van slechte kwaliteit is.

Zo-even is gevraagd om voorbeelden te noemen waarbij dit een rol zou kunnen spelen. Ik noem het voorbeeld van het knobbeltje in de borst waarover ook mevrouw Kant sprak. Zij stelde dat de vrouw die in de nieuwe situatie bij de huisarts komt vanwege een knobbeltje in de borst geen keuze heeft en altijd het eigen risico zal moeten betalen. Ik zie bij zorgaanbieders verschillende ontwikkelingen van de aanpak van bijvoorbeeld borstkanker. Er zijn ziekenhuizen met een mammapoli waarin ze de zaken keurig voor elkaar hebben. De cliënte wordt in één dag en kwalitatief goed geholpen en weet snel waaraan zij toe is. Uit een recentelijk verschenen onderzoeksrapport blijkt echter dat er ook ziekenhuizen zijn die dat op een heel andere, kwalitatief mindere manier doen en patiënten veel langer in onzekerheid laten. Ik kan mij indenken dat een zorgverzekeraar die een contract heeft gesloten met een mammapoli die het kwalitatief heel goed voor elkaar heeft, wat niet altijd hoeft te betekenen dat de zorg goedkoop is, een cliënte vrijstelt van het betalen van de eigen bijdrage als zij van die poli gebruik maakt. Je stimuleert dan de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en je zorgt voor duidelijkheid over wat er wordt aangeboden door de zorgaanbieders. Anders kan de patiënt immers geen keuze maken.

Het is wat die contracten betreft van belang dat er huiselijk gezegd als het ware een KEMA-KEUR op moet staan. Het kan niet zo zijn dat de zorgverzekeraar in zijn eentje kan uitmaken of een bepaalde zorgvorm voldoet aan kwaliteitseisen. Wij zijn van mening dat de patiëntenorganisatie er heel nadrukkelijk bij betrokken moet zijn. Een ander criterium dat wij hanteren, is dat eigenbijdrageregelingen de positie van de patiënt moeten versterken. Kijkend naar na 2009 menen wij dat in het wetsvoor-

stel veel mogelijkheden zitten om een aantal van dergelijke zaken te realiseren.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik schrik hier een beetje van. U noemt een mooi voorbeeld maar de andere kant van het verhaal kan ook waar zijn. U vindt dat het mogelijk moet zijn dat een zorgverzekeraar tegen een patiënt zegt dat voor hem het eigen risico niet telt als hij van een bepaalde zorgaanbieder gebruik maakt. Hij kan dan niet gebruik maken van het ziekenhuis van zijn eigen keuze want dan moet hij een eigen risico betalen. Er kunnen allerlei redenen zijn waarom iemand een andere keuze wil maken. U wilt die keuze beperken op basis van het feit of iemand al dan niet dat eigen risico kan betalen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb aangegeven dat een zorgverzekeraar niet in zijn eentje kan bepalen of een bepaald ziekenhuis gerelateerd wordt aan het al dan niet vrijstellen van de eigen bijdrage. Daar hoort het KEMA-KEUR van de patiëntenorganisatie een rol in te spelen. Als de patiëntenorganisatie achter een bepaalde zorgvorm kan staan, dan wordt aan een groot aantal van uw bezwaren tegemoet gekomen.

Mevrouw **Kant** (SP): Helemaal niet. Ik mag toch hopen dat alle instellingen en zorgaanbieders een soort KEMA-KEUR kunnen krijgen omdat zij aan de kwaliteitsvoorwaarden moeten voldoen. De zorg in Nederland moet daaraan voldoen, hoewel dat niet altijd gebeurt. Dat keurmerk is voor mij dus geen enkele garantie. U wilt de keuze van mensen beïnvloeden en hun keuze beperken als zij minder geld tot hun beschikking hebben. En dat voorstel komt van de PvdA-fractie. Ik kan een ander voorbeeld noemen. U sprak over doelmatigheid. De zorgverzekeraar kan de voorkeur geven aan een bepaalde zorgaanbieder in Noord-Groningen of Zuid-Limburg waarmee een contract is afgesloten – zodat meer aan de lopende band geopereerd kan worden, bijvoorbeeld bij staaroperaties – terwijl iemand misschien in de buurt een behandeling wil ondergaan. Vervolgens zegt de zorgverzekeraar: ga maar naar die zorgaanbieder en dan hoeft u geen eigen risico meer te betalen. Mensen worden dan beperkt in hun keuze omdat zij het geld niet hebben om een eigen keuze te maken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Denkt u dat een patiëntenorganisatie zal zeggen: zorgverzekeraar, dat is een uitstekend idee, mensen 100 km. verderop behandelen?

Mevrouw **Kant** (SP): U sprak over een KEMA-KEUR. U wilt dat patiëntenorganisaties aan al die zorgaanbieders een KEMA-KEUR geven? Wat is dit voor flauwekul? In Nederland bestaat kwaliteitswetgeving. Instellingen horen te voldoen aan bepaalde kwaliteit. Overigens heeft uw ex-lijsttrekker de heer Bos tijdens de algemene beschouwingen een aantal dingen gezegd waaruit blijkt dat de PvdA niet wil dat mensen geen keuze hebben. Desalniettemin beperkt u die keuze nu en maakt u die afhankelijk van de dikte van de portemonnee. Zo ver is de Partij van de Arbeid gekomen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat was ook een heel verstandige opmerking van de heer Bos. Mensen dienen

Van der Veen

keuzes te kunnen maken. In mijn voorstel zijn die keuzes ook aanwezig.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, als mensen die € 150 kunnen betalen, dan wel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Bent u ervan overtuigd dat alle zorg in Nederland van hetzelfde kwalitatieve niveau is en op dezelfde efficiënte manier georganiseerd is?

Mevrouw **Kant** (SP): Dat ben ik helemaal niet, maar ik wil wel graag zelf, of in overleg met mijn huisarts, bepalen naar welk ziekenhuis ik ga. Ik wil niet dat de zorgverzekeraar die graag de premies laag houdt dat bepaalt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Denkt u dat wij daar verbetering in kunnen aanbrengen?

Mevrouw **Kant** (SP): Daar kunnen wij heel veel verbeteringen in aanbrengen maar ik heb niet zoveel vertrouwen in zorgverzekeraars als u. Zij zijn mede dankzij de Partij van de Arbeid – u kent die wereld heel goed – met elkaar in concurrentie. In die concurrentie willen zij niet te hoge premies hanteren. Zij kiezen daarom voor het contracteren van goedkope zorg. Mensen die geen € 150 kunnen betalen, moeten daar dan gebruik van maken. Op die manier zal het gaan. Men concurreert niet op kwaliteit maar op premielasten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Even de feiten: de fractie van de Partij van de Arbeid heeft tegen de zorgverzekeringwet gestemd. Dat is bij dezen gecorrigeerd.

Mevrouw **Kant** (SP): Uw partij accepteert echter wel de status quo in het kabinet. Laten wij duidelijk zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wilt u werkelijk zeggen, los van wat ik van zorgverzekeraars vind, dat in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en patiënten helemaal niets mogelijk is? Dat dat alleen zou leiden tot voor een dubbeltje op de eerste rang zitten? Waar baseert u dat op?

De **voorzitter**: Zullen wij afspreken dat dit de laatste vraag is die u aan mevrouw Kant stelt? U had die vragen ook kunnen stellen toen zij het woord voerde.

Mevrouw **Kant** (SP): Er worden tegenvragen gesteld omdat op mijn vragen geen antwoord te geven is. De Partij van de Arbeid accepteert dat alleen degenen die een eigen risico van € 150 kunnen betalen vrij zijn in hun keuzes. U wilt die keuze beperken voor mensen die dat niet kunnen betalen; voor hen bepaalt de zorgverzekeraar. Ik vind het nogal schokkend dat de heer Van der Veen dit een goede manier acht om de zorg te verbeteren. Elke zorg moet goed zijn. Een goede manier om de zorg te verbeteren, is ervoor zorgen dat wij een goede inspectie hebben en goede kwaliteitscriteria, waaraan niet alleen een ziekenhuis van mijn keuze moet voldoen, maar elk ziekenhuis.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat laatste ben ik helemaal met mevrouw Kant eens. Zowel zorg-

verzekeraars als patiëntenorganisaties zijn daar ook druk mee bezig.

Voorzitter. Rondom dit punt wil ik de minister vragen welke garanties hij kan geven dat zorgverzekeraars inderdaad samen met de patiëntenorganisaties de zorg zullen inkopen die aan de patiënten ten goede komt. Kan de minister vertellen hoe kan worden voorkomen dat de zorgverzekeraars, als ik het zo mag zeggen, voor een dubbeltje op de eerste rang gaan zitten? Wellicht kan de minister ook uiteenzetten hoe hij de samenhang tussen de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties ziet op dit punt.

De minister heeft voorbeelden gegeven waarvoor het instrument van de eigen bijdrage ook kan worden gebruikt. Ons spreekt het punt van de preventie zeer aan. Dit is het nieuwe element in de discussie tot nu toe. Voorheen was het niet mogelijk om op het gebied van zorgsturing datgene te doen wat ik nu aan de orde stel. Dan doe ik toch een stapje terug naar 2008.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is helemaal niet zo. De heer Van der Veen heeft het over een toekomstige regeling, waarover de Kamer überhaupt nog moet debatteren en waarvan wij de haken en ogen nog moeten bespreken. Dat is niet de regeling die nu voorligt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zoals ik de regeling heb gezien, is het mogelijk om datgene te doen waarover ik het net had.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De heer Van der Veen beweert dus dat in 2008 zorgverzekeraars eigen risico of eigen betalingen kunnen kwijtschelden aan mensen die naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zei net: dit was de toekomst en ik doe nu een stap terug naar 2008. Wellicht ga ik daarmee in op datgene wat mevrouw Schippers heeft willen vragen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb hetzelfde punt als mevrouw Schippers. Die toekomst zit niet in dit wetsvoorstel. Misschien komt het ervan, maar misschien ook niet. Daarvoor zijn nog allerlei nieuwe regels nodig. Daarnaast werpt de heer Van der Veen de suggestie de zaal in dat als de door hem gehoopte toekomst realiteit wordt, het verplichte eigen risico van € 150 weer een vrijwillig eigen risico wordt. Hij wekt de suggestie dat als je het maar slim doet, als je precies je weggetje weet te vinden op die spectaculair opererende zorgverzekeraarsmarkt, met die geilere zorgverzekeraar met die gezellige, leuke, pikante contracten, je aan het einde van het jaar die € 150 niet kwijt bent. Volgens mij is dat niet zo. Het is toch een verplicht eigen risico?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als je gebruikmaakt van de mogelijkheden die zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties bieden op het gebied van kwalitatieve zorg, heb je de kans dat je die € 150 niet hoeft te betalen. Op zich is dat toch helemaal niet slecht? Dat is, denk ik, ook de kern van het verhaal.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wordt dat dan de regel? Of is het misschien de uitzondering? Het is grappig dat wij spreken over de invoering van een eigen risico, maar

Van der Veen

dat de heer Van der Veen tot op heden de enige is die erin is geslaagd om te doen alsof het eigenlijk niet wordt ingevoerd. Dat is wel heel bijzonder aan dit debat, dat wij kennelijk twee verschillende debatten voeren. De heer Van der Veen denkt namelijk dat het voor niemand gaat gelden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Misschien benaderen wij het op verschillende manieren, maar naar mijn idee hebben wij geen twee verschillende debatten. Ik heb gezegd, en dat staat ook in het wetsvoorstel, dat je het eigen risico kunt gebruiken in het kader van de zorgsturing. Ik heb gezegd dat je het kunt gebruiken om ketenvorming te stimuleren. Ik heb andere voorbeelden gegeven. Naar mijn idee is dat een prima ontwikkeling. Daar kun je het voor gebruiken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Maar dat kan al. Zorgverzekeraars kunnen mensen die een naturapolis hebben, een lagere premie bieden onder voorwaarde dat zij gebruikmaken van gecontracteerde zorgaanbieders. Geen zorgverzekeraar die dat doet, want zij contracteren iedereen, maar het kan wel. Je kunt daar dan ook financieel voordeel bij hebben. De heer Van der Veen wil hier iets bovenop zetten. Helemaal terecht wordt gezegd dat het dus een soort vrijwillig eigen risico wordt. Naar mijn weten gaat dit wetsvoorstel over een verplicht eigen risico.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een verplicht eigen risico wordt in dit geval gebruikt als instrument van zorgsturing. Het komt bovenop wat al kan.

Mevrouw **Kant** (SP): Het wordt nu wel een soepzootje. U hult zich in de mist, en ik weet eigenlijk wel waarom. De PvdA was erg tegen de no-claim. Vroeger was u ook altijd voor behoud van solidariteit. De invoering van het verplichte eigen risico zit u volgens mij eigenlijk helemaal niet lekker. U praat er liever overheen en moffelt het weg, maar waarom accepteert u eigenlijk dat mensen € 150 eigen risico moeten betalen in de zorg? Dat is helemaal niet solidair.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is goed dat anderen gevoelens kunnen peilen. Ik heb gezegd wat ik ervan vind en ik heb gezegd dat je het eigen risico kunt gebruiken in het kader van de zorgsturing. Het is aan iedereen om dit verdere te interpreteren zoals hij wil.

Mevrouw **Kant** (SP): U wilt blijkbaar niet eens toegeven vanachter het kathedertje dat u deelneemt aan een kabinet dat een verplicht eigen risico invoert voor mensen die de pech hebben ziek te worden of ziek te zijn. Zij zijn slachtoffer en moeten € 150 dokken. Daar wilt u toch niet voor staan? U zorgt voor mist en u vult de zaak wat anders in, om er maar onderuit te komen. Geef u nu gewoon toe dat de PvdA met deze afbraak van de solidariteit instemt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In het begin van mijn betoog heb ik aangegeven waarom ik vind dat er nu sprake is van een andere situatie dan in het verleden. U hebt de discussies geschetst die wij in het verleden hebben gevoerd. Ik heb het element van de zorgsturing eruit gehaald. Het is aan u om dit te interpreteren zoals dat wilt doen, maar juist door de mogelijkheden van de

zorginkoop kunnen wij het eigen risico gebruiken om datgene te bevorderen wat wij graag willen, namelijk doelmatigheid en kwaliteit en meer keuzevrijheid voor patiënt en consument. Ik ben ervan overtuigd dat het kan en ik heb de minister gevraagd om hiervoor op een aantal punten nog een onderbouwing te geven.

Wij constateren met vreugde dat het eigen risico dat nu wordt ingevoerd meer solidair is dan de no-claim. Een aantal elementen van de invoering van het eigen risico baart zorgen, zoals de compensatieregeling. Ik sluit aan bij de opmerkingen die door de fracties van CDA en ChristenUnie zijn gemaakt en zie met zeer veel spanning uit naar wat de minister zal zeggen, ook in het licht van het debatje dat zojuist plaatsvond met de ChristenUnie.

Dan kom ik nu op het signaal van de gemeentelijke sociale diensten en Divosa.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het gaat mij eerlijk gezegd iets te gemakkelijk. Ik begrijp wel dat er sprake is van een ingewikkeld systeem, maar ik constateer dat twee van de drie coalitiepartijen een hoeksteen onder het wetsvoorstel vandaan hebben getrokken. Zij hebben grote twijfels over de wijze waarop het kabinet meent chronisch zieken te moeten compenseren. Dat is toch geen onschuldige kwestie? Als de minister morgen niet met een heel goed antwoord komt, neem ik aan dat het dan over en sluiten is met het wetsvoorstel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb gezegd dat ik met spanning uitzie naar het antwoord van de minister. Dat het antwoord meer dan een detail is in de hele beoordeling van het wetsvoorstel zal duidelijk zijn.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is mij eerlijk gezegd iets te weinig, want het gaat nogal ergens over, namelijk over een conditie die aan dit wetsvoorstel wordt verbonden: chronisch zieken en gehandicapten worden uitgezonderd. Dat staat niet voor niets in het regeerakkoord. Mag ik ervan uitgaan dat de PvdA-fractie daar meer van vindt dan dat de minister goede antwoorden moet geven? Vindt u de groep goed gedefinieerd? Vindt u € 47 voldoende, of moet het gaan om de volledige € 150?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik sluit aan bij wat door de vertegenwoordigers van ChristenUnie en CDA naar voren is gebracht. Wij hebben onze twijfels over de afbakening van de groep. Wij hebben twijfels over het inzetten van het CAK. En wij hebben twijfels over een aantal andere zaken die al aan de orde zijn geweest.

Mevrouw **Kant** (SP): U komt er toch wel heel makkelijk mee weg. Is het nu een voorwaarde dat het goed geregeld is of niet? Dat is toch een heel reële vraag?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb daar ook een antwoord op gegeven.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat heb ik niet gehoord.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb gezegd dat het antwoord van de minister op onze vragen in onze beoordeling van het voorstel meer dan een detail is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik wil u toch nog een motie van op twee dagen na een jaar geleden voorhouden. U kent

Van der Veen

vast de motie van de leden Bos en Rouvoet waarin wordt geconstateerd dat met name ouderen en chronisch zieken bijna systematisch niet in aanmerking komen voor teruggave van het no-claimbedrag omdat zij feitelijk niet in staat zijn om hun gebruik van zorgvoorzieningen terug te dringen. Ook met de invoering van het eigen risico zijn die mensen niet in staat hun gebruik terug te dringen. Kunt u mij uitleggen waarom u voor een regeling bent waarin staat dat chronisch zieken en gehandicapten wel € 109 aan eigen risico moeten betalen die gezonde mensen niet betalen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is eerder aan de orde geweest. De lijn die het kabinet heeft gekozen, leidt ertoe dat chronisch zieken op dezelfde manier worden behandeld als mensen die niet chronisch ziek zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Die zijn niet gelijk.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Want?

Mevrouw **Agema** (PVV): Vraagt u mij waarom? Misschien hebt u het allemaal niet gelezen hoor, misschien staat u hier wel blind of blanco. Ik legde u net uit dat chronisch zieken en gehandicapten per jaar € 109 aan eigen risico kwijt zijn en gezonde mensen niet. Dat is niet solidair en dat is niet gelijk.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De gelijke behandeling zit erin dat men op dezelfde wijze die premiekorting heeft. U zegt dat een chronisch zieke € 109 meer betaalt dan iemand die helemaal niet ziek is. Dat klopt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Vindt u dat goed? Het is immers de kern van het wetsontwerp.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het voorstel is zoals het nu voorligt. Ik neem aan dat de minister op dit punt nog een nadere toelichting geeft.

Mevrouw **Agema** (PVV): Bent u het met mij eens dat dit een heel ander sociaal gezicht is van de PvdA-fractie dan dat van een jaar geleden?

De heer **Van der Veen** (PvdA): U constateert maar naar aanleiding van mijn antwoord wat u wilt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil toch nog wat vragen.

De **voorzitter**: Nee, niet meer over hetzelfde punt.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is niet hetzelfde punt, al gaat het inhoudelijk wel over dit punt.

De **voorzitter**: Dit is echt hetzelfde punt.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Van der Veen zegt hier...

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, ik gaf u het woord niet. De heer Van der Veen vervolgt zijn betoog. U kunt straks nog een vraag stellen.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar het gaat over dit punt.

De **voorzitter**: Daar is net al op geïnterrumped. Wij gaan niet hetzelfde punt herhalen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een andere vraag, namelijk over een amendement.

De **voorzitter**: U hebt misschien nog wel honderd vragen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter, wij zijn met wetgeving bezig. Mijn vraag gaat over een amendement dat ik heb ingediend.

De **voorzitter**: Dat weet ik, maar u laat nu eerst de heer Van der Veen zijn betoog een stuk vervolgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zei net al dat uit brieven van Divosa en van de gemeentelijke sociale diensten van de grote steden naar voren is gekomen dat men zorgen heeft over de betaling van het eigen risico. Is het mogelijk om bij de zorgverzekeraars te bevorderen dat in elk geval voor 2008, als de keuzemogelijkheid er nog niet is, de mogelijkheid te geven om het eigen risico te herverzekeren? Ik maak hierbij duidelijk een onderscheid tussen 2008 en de daaropvolgende jaren. Ik weet dat hierover overleg plaatsvindt tussen een aantal sociale diensten c.q. gemeenten en zorgverzekeraars. Is een dergelijke herverzekering mogelijk?

Mevrouw **Kant** (SP): Begrijp ik goed dat u wilt dat mensen die zijn verzekerd via een collectieve verzekering via de sociale dienst worden uitgesloten van het eigen risico? Daar komt dit immers in essentie op neer.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja. Ik heb daarbij een onderscheid gemaakt tussen 2008 en 2009. In 2008 hebben mensen nog geen keuzemogelijkheid, of althans heel weinig. Wij hebben net uitvoerig gedebatteerd over de mogelijkheden van zorgsturing. Daar kan men verschillend over denken, maar wij kunnen het erover eens zijn dat deze in 2008 nog niet of heel moeizaam kan worden gerealiseerd. Dat heeft de minister ook gezegd. Nu zeggen de gemeentelijke sociale diensten (GSD) en Divoso: als mensen met een eigen risico geconfronteerd worden en dat zelf moeten betalen, ontstaat vervolgens voor hen het risico van betalingsachterstand. Dit is ook aangegeven.

De vraag aan de minister is de volgende. Zou je in dit soort gevallen het eigen risico niet kunnen herverzekeren via de aanvullende verzekering? De vraag aan de minister is of dit al kan. De zorgverzekeraars zouden dat dan moeten kunnen regelen. Kan het niet, dan wil ik de reden daarvan vernemen en welke mogelijkheden er zijn om dat alsnog te doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn conclusie is dat u via de collectieve verzekering, via de sociale diensten, dus via een omweg, het eigen risico feitelijk wilt uitsluiten. Op zich vind ik dat goed. Daar zit wel een vervolgvraag aan vast. Immers, daarmee erkent u dat het voor mensen met de lagere inkomens een betalingsprobleem kan zijn dat zij € 150 moeten ophoesten. Als u dit wilt, moet u consequent zijn en zeggen: voor de mensen met lage inkomens is dit wetsvoorstel over een eigen risico eigenlijk een heel slecht voorstel. Niet doen, dus!

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb met opzet een onderscheid gemaakt tussen 2009 en volgende jaren. Essentieel voor mijn betoog over de zorgsturing – u kunt

Van der Veen

het daarmee eens zijn of niet – is dat mensen keuzevrijheid hebben en dat zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zaken kunnen aanbieden die kwalitatief op orde zijn. Dat kan nu nog niet. De minister geeft dat ook aan. Dit betekent dat in 2008 eigenlijk sprake is van een plat eigen risico. Daarmee hebben wij in het verleden de nodige moeite gehad.

Nu is mijn voorstel om in die situaties waarin de mensen geen keuzemogelijkheid hebben en waar het risico bestaat van betalingsachterstand, na te gaan of er een mogelijkheid van herverzekering is. De GSD's hebben dat ook aangegeven.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind het ook heel vervelend dat het zo uit de hand loopt en dat ik zo veel moet interrumperen. Een van de oorzaken is echter dat ik nog niet één antwoord heb gehad van de heer Van der Veen. Dat gebeurt elke keer als ik een vraag stel. Ik stel drie keer een vraag over dit onderwerp en de heer Van der Veen legt drie keer uit wat hij vindt, wat hij wil en welke vraag hij aan de minister stelt. Dat heb ik al drie keer gehoord. Ik wil nu wel eens antwoord op mijn vraag. De vraag is dus de volgende. Als hij dit wil voor dit jaar, moet hij toch erkennen het dit jaar ook een probleem is voor de andere groep mensen die toevallig niet in het collectief zit? Die groep heeft toch ook een betalingsprobleem bij het eigen risico? Hij moet consequent zijn; hij moet dat doortrekken. De consequentie kan zijn dat hij mijn amendement steunt dat ertoe strekt om, als er nog zoveel haken en ogen zijn, een jaar te wachten met de invoering van het eigen risico, totdat het allemaal op orde is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja, ja.

Mevrouw **Kant** (SP): U kunt wel "ja, ja" zeggen, maar ik wil een antwoord op mijn vraag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik hoor wat u zegt. Wat wilt u nu horen?

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil horen of u erkent dat, als u dit wilt voor deze groep, u consequent moet zijn en dat dit ook voor de andere groep moet gelden. Het is dan een betere optie om het wetsvoorstel een jaar uit te stellen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nog een alternatief is dat voor de andere groep ook bekeken kan worden of de mogelijkheid van herverzekering bestaat. Ik wacht wel op het antwoord van de minister of dit al dan niet lukt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het gaat niet om een bescheiden groep mensen; het gaat potentieel om alle mensen in Nederland die recht hebben op zorgtoeslag en die nu al de zorgverzekering niet uit eigen portemonnee kunnen betalen. Als gevolg daarvan hebben zij dus recht op een toeslag. Dit betreft 6 miljoen huishoudens. De meerderheid van de Nederlanders kan dus niet zelf de zorgpremie betalen. Zij krijgen er straks € 150 bij. Ik begrijp dat dit voor de PvdA allemaal problematisch is. Gaan wij voor al die Nederlanders de mogelijkheid openen van herverzekering via de aanvullende verzekering? Dat kunt u toch niet menen, mijnheer Van der Veen? Wij moeten dan vandaag constateren dat dit geen goed wetsvoorstel is? Stel het dus uit, wacht even totdat

de preferente zorgpolissen mogelijk zijn. Wij gaan dit wetsvoorstel nu toch niet invoeren?!

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb de minister gevraagd of in ieder geval daar waar het nu manifest is – onder andere de GSD's hebben dat gesignaleerd – de mogelijkheid van herverzekering bestaat en dat de minister tegemoet kan komen aan de opmerkingen van de directeurs van de GSD's. Dat is het antwoord.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is een herhaling van het voorafgaande. Ik begrijp uw voorstel wel, maar het lokt twee vragen uit. Is het niet vreemd om hier een probleem te creëren en vervolgens aan de minister te vragen of de gemeentelijke sociale diensten het voor ons mogen oplossen? Dat is een vreemde manier van politiek bedrijven. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald, dus laten wij hiermee stoppen of het uitstellen. Wat voor klanten van de sociale dienst geldt, geldt voor een veel grotere groep Nederlanders, namelijk dat zij het bedrag van € 150 dat op de mat ploft, waarschijnlijk niet kunnen betalen. Gaan wij dan voor al die mensen de mogelijkheid openen van een aanvullende verzekering, waarin het eigen risico ongedaan wordt gemaakt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb de minister gevraagd of het voor de gemeentelijke sociale diensten mogelijk is als de zorgverzekeraars voor 2008 alsnog in een aanvullende verzekering de mogelijkheid van herverzekering voor het eigen risico willen opnemen. Dan moet dit kunnen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Waarom voeren wij een verplicht eigen risico in als het voor iedereen kan en als wij vervolgens tegen de burger zeggen: "als u geld hebt voor een aanvullende verzekering, kunt u zich hiervoor verzekeren". Waarom doen wij dit in 's hemelsnaam? Dan moeten wij weer terug naar af. Wij zitten hier met een wetsvoorstel dat niet goed doordacht is. Dat argument geldt dan toch ten minste voor de PvdA, als dit de bezwaren zijn die van uw kant naar voren worden gebracht?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb een onderscheid gemaakt tussen 2009 en het voorliggende jaar 2008. Daarmee heb ik in alle duidelijkheid aangegeven dat in 2008 problemen ontstaan omdat de positie van de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars in dat jaar nog niet kan worden gerealiseerd. Dit betekent dat wij voor 2008 naar ons idee een aantal aanvullende maatregelen zouden kunnen nemen. Een van die maatregelen is de herverzekering bij de gemeentelijke sociale diensten.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben inmiddels ook de weg een beetje kwijt. U wilt een uitbreiding voor een aantal chronisch zieken, zoals u eerder in uw betoog zei. U spreekt over mensen die het niet kunnen betalen. Dat kunnen mensen zijn die een uitkering hebben, maar misschien ook wel mensen die net daarboven zitten. Waar legt u de grens? Betekent dit dan dat een klein groepje, dat niet aan al uw voorwaarden voldoet, het bedrag van 1,5 mld. gaat opbrengen? Ik kan uw betoog heel goed volgen over 2009 en de jaren daarna. Men kan het daarmee eens zijn of niet, maar het is wel een

Van der Veen

degelijk betoog. U kunt mij echter niet uitleggen waarom u dit niet direct invoert, waarom u nu zo moeilijk doet over 2008 en waarom u hier met dermate gekunstelde voorstellen komt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zou het zeer op prijs stellen als in 2008 mogelijk is wat ik daarnet voor 2009 en volgende jaren heb toegelicht. Ik heb dat eerder in woord en geschrift aangegeven. Ik begrijp uit de toelichting van de minister dat het niet lukt om dit in 2008 in goed overleg met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars te doen. Dat betekent dat wij in 2008 met een situatie te maken hebben waarin patiënten in een groot aantal gevallen geen keuze hebben, die zij vanaf 2009 wel hebben. Daarvoor moeten wij proberen een oplossing te vinden. Een van die oplossingen zou kunnen zijn de herverzekering. Niets staat echter de minister in de weg – dat zou mij zeer verheugen – om wellicht ook op andere wijze tegemoet te komen aan het probleem van de betalingen, dat ook door anderen is gesignaleerd.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Bijna niemand heeft in het voorstel dat de minister nu doet een echte keuze. Ik heb daarnet uitgelegd dat men niet hard kan maken dat dit in het kader van remgeld serieus genomen kan worden. Dan moet de huisarts er ook bij. U komt met een alternatief voor een jaar, niet uit ideologische maar uit financiële overwegingen, ten bedrage van 1,5 mld. U zondert daarbij echter zo veel groepen uit dat ik mij afvraag wie die 1,5 mld. moet opbrengen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Met een herverzekering wordt dat bedrag wel betaald. Laten wij de systematiek van het eigen risico bekijken. Wanneer mensen een herverzekering sluiten voor een eigen risico en wanneer de zorgverzekeraar daarmee accepteert dat die mensen dat eigen risico niet hoeven te betalen – de minister moet dat uitzoeken – wordt dit toch financieel opgebracht?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Maar dan stelt u dus eigenlijk voor om een verplicht eigen risico in te voeren, waarvan u veel grotere groepen dan nu uitzondert, terwijl de rest van Nederland zich kan herverzekeren. U kunt mij niet uitleggen waarom persoon een zich wel mag herverzekeren en persoon twee niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik sluit niemand uit van herverzekering. Ik vraag aan de minister of de constructie van herverzekeren mogelijk is, mede naar aanleiding van de opmerking van de GSD. Als de mogelijkheid van herverzekeren voor 2008 bestaat, staat het zorgverzekeraars vrij deze toe te passen. Dan worden de financiën wel degelijk opgebracht.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Reduceren wij het dan toch niet tot een instrument om wat geld te zoeken in plaats van een manier om burgers te leiden tot een verantwoorde zorgconsumptie? Er is dan geen sprake van wat wij de remwerking hebben genoemd. Als je de toevlucht naar herverzekering gemakkelijk openstelt, is de prikkel tot matiging er natuurlijk uit, behalve een klein premieaspect in de herverzekering.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Daarom heb ik dan ook

uitdrukkelijk het onderscheid gemaakt tussen 2008 en de volgende jaren. Ik zal mijn betoog niet herhalen. Voor 2009 en volgende jaren is het voor mij een absolute voorwaarde dat mensen een keuzemogelijkheid moeten hebben. Ik zeg nogmaals dat je het er mee eens kunt zijn of niet, maar in elk geval moet er een keuzemogelijkheid zijn. Ten aanzien van de eigen bijdrage c.q. het eigen risico is dat het nieuwe aspect. Ik heb in ieder geval gesteld dat dit voor ons het nieuwe element is in vergelijking met vorige discussies. Ten aanzien van 2008 constateer ik dat dit nog niet opgaat. De keuzemogelijkheid zal nog in onvoldoende mate aanwezig zijn. Wat ik voor 2009 en volgende jaren schetste, zal dan nog niet mogelijk zijn. Vervolgens is de vraag aan de orde hoe wij voor 2008 in situaties waarin manifest duidelijk is dat problemen zullen optreden, zoals de GSD heeft gesignaleerd, oplossingen zoeken. Ik ben het volledig eens met het betoog van de heer Van der Vlies. Ik hoop duidelijk te hebben gemaakt dat het uitsluitend voor 2008 aan de orde is.

De **voorzitter**: De heer Van der Veen krijgt nu de gelegenheid om zijn betoog tot het einde te vervolgen. Daarna zal ik de vergadering kort schorsen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik wil nog even heel kort terugkomen op de chronisch zieken en gehandicapten. In de betogen van alle woordvoerders is de omschrijving van deze groep uitvoerig aan de orde geweest. Wij vragen de minister om op korte termijn de criteria op een rij te zetten waaraan moet worden voldaan om chronisch ziek of gehandicapt te zijn. De wijze waarop dit nu wordt vastgesteld, is heel ingewikkeld.

Chronisch zieken en gehandicapten worden geconfronteerd met een woud van regelingen en een woud van loketten. Ook dat is eerder aan de orde geweest. Wij zullen het op prijs stellen een overzicht te ontvangen van alle regelingen op dit terrein, de wijze waarop deze regelingen werken en hoe zij inkomentechnisch uitpakken.

Wij gaan nieuwe ontwikkelingen tegemoet die vragen om een heel nauwkeurige begeleiding en sturing. Dat is eveneens eerder aan de orde geweest. Wij vragen de minister om toe te zeggen dat hij de Kamer ieder jaar zal rapporteren over de effecten van de regeling, waarbij wordt getoetst aan een aantal criteria waarvan ik er zojuist enkele heb genoemd: inkomenssolidariteit, toegang tot de zorg, zorgsturing en onderconsumptie.

De **voorzitter**: De heer Vendrik heeft al zeven interrupties geplaatst, mevrouw Schippers een aantal minder. U heeft ook nog een tweede termijn. Kunnen uw vragen niet tot de tweede termijn wachten? Gezien haar achterstand stel ik mevrouw Schippers in de gelegenheid om nog een vraag te stellen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik waardeer de eerlijkheid van de heer Van der Veen. Het gaat hem er gewoon om 1,5 mld. te vinden voor een jaar. Het is bijzonder dat hij dat toegeeft. Ik vraag mij af waarom hij dat via deze ontzettend gecompliceerde weg doet. Waarom tuigt hij een zo ingewikkelde regeling op? Aan alle mensen moet worden kenbaar gemaakt hoe de regeling precies in elkaar zit. Er moet van alles worden opgetuigd om dat goed te laten verlopen. Waarom kiest de heer Van der

Van der Veen

Veen voor deze weg? Waarom zoekt hij niet een veel eenvoudiger weg?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kies niet. Er ligt een voorstel van de minister. Ik neem aan dat mevrouw Schippers deze vraag aan de minister stelt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ga ervan uit dat wij spreken over een voorstel dat niet voor een enkel tussenjaar zo ongeloflijk wordt opgetuigd. Ik acht het echt onvoorstelbaar wat ik hoor. De heer Van der Veen kraakt de regeling tot op het bot af. Dat is zijn goed recht. Maar hij heeft ook 1,5 mld. nodig. Als hij de regeling die door zijn eigen kabinet wordt voorgesteld zo hard afkraakt, is mijn vraag aan de heer Van der Veen of er dan geen eenvoudiger manier te vinden is om dit bedrag van 1,5 mld. bij elkaar te halen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kraak deze regeling niet af, maar ik maak een onderscheid tussen 2008 enerzijds en 2009 en volgende jaren anderzijds. Ik constateer daarbij dat de regeling in 2008 een aantal aanpassingen behoeft, omdat de keuzemogelijkheden die in 2009 bestaan, in 2008 niet bestaan. In zo'n situatie moet je iets anders doen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Het is me wat. Je zult als minister maar uit een regeerakkoord de opdracht hebben meegekregen om snel even een no-claimregeling te vervangen door een verplicht eigen risico. Die gedachte bekruipt mij als ik het debat tot nu toe overzie. Toch zou ik deze opmerking drie uur geleden ook al hebben gemaakt.

De teneur van het wetsvoorstel is duidelijk. "Wij weten het allemaal nog niet zo precies en daarom moet het maar even zo, omdat nu eenmaal door de coalitiepartijen is afgesproken dat de no-claimregeling per 1 januari aanstaande vervangen moet zijn." Men heeft er daarbij voor gekozen om een verplicht eigen risico te introduceren. Met als mantra dat de verkiezingsprogramma's van de coalitiepartijen dit nu eenmaal stellen. Het spijt mij zeer dat ik vandaag namens de SGP-fractie een zeer kritische houding bij de behandeling van dit wetsvoorstel moet aannemen. Op vitale punten is het namelijk onduidelijk en onvoldragen. Het komt mij voor dat het voorstel door niets anders is ingegeven dan door een afspraak in het regeerakkoord.

De SGP-fractie wil duidelijk zijn. Wij zijn sinds jaar en dag voorstander van de benadering dat een eigen bijdrage gewenst is voor de financiering van de zorgkosten. Wij kiezen voor het perspectief van eigen verantwoordelijkheid en kostenbewustzijn. Het is dan naar onze mening goed dat mensen aangesproken worden op het financieren van een deel van de kosten en dat zij, als zij dat kunnen, dat deel zelf opbrengen. Ook ons verkiezingsprogramma is daarover helder. Bij zo'n systeem hoort uiteraard een fiscaal en sociaal voorzieningenpakket dat voorkomt dat er ongewenste druk ontstaat op de lage-inkomensgroepen respectievelijk de chronisch zieken en gehandicapten in het geval van grote zorgvraag.

In het verslag hebben wij er al op gewezen dat de minister betrekkelijk gemakkelijk motiveert vanuit de gedachte dat er in de samenleving onrust heerst vanwege de no-claimregeling. In de beantwoording zegt de minister dat welke vorm van eigen betaling wij ook hebben, er altijd mensen niet blij mee zullen zijn. Juist vanuit dat uitgangspunt vinden wij het bijzonder dat vanwege de onrust er zonder al te veel nadenken en overwegen wordt gekozen voor een eigen risico van € 150 per volwassene per jaar.

Die onvoldragenheid zit voor mijn fractie in de constatering dat niet erg diep is nagedacht over de onderzoeken naar de alternatieven voor het eigen risico. Waarom wordt dan zo rechttoe rechtaan heengepraat naar het voorstel dat nu voor ons ligt? Waarom wordt geen goede afweging verwoord waarbij de alternatieve vormen van eigen betalingen zijn betrokken? Onze vraag naar de zelfstandige motivering voor de hoogte van het bedrag van € 150 is niet duidelijk beantwoord, vinden wij. Maar dat kan ook eigenlijk niet. Wij hebben namelijk de stellige indruk dat die zelfstandige motivering haar grondslag alleen vindt in de gedachte dat het vorige kabinet nu eenmaal een bepaald totaalbudget aan eigen betalingen heeft ingevoerd. Dat totaalbedrag is na wat rekenwerk omgezet in een verplicht eigen risico van € 150. Zoveel volgzzaamheid zijn wij toch niet gewend van een nieuwe kabinetsploeg! Dat kan toch wel een tandje anders. Wij vragen ons af of dit bedrag als remgeld wel zo logisch is. Waarom geen € 0, € 100, € 255 of € 500? Het antwoord dat uitgaat van de gedachte dat zoiets op macroschaal niet zou kloppen, gaat naar onze mening niet op. Een gelijktijdige verhoging of verlaging van de premie kan het overschot of het tekort immers volledig compenseren.

Mijn fractie heeft op stuk nr. 17 een amendement ingediend om voor het eigen risico slechts een deel van alle zorgkosten te laten meetellen. De regering geeft in haar antwoord toe dat in vergelijking met een verplicht eigen risico een algemeen eigenbijdragesysteem voor een vast percentage inderdaad beter is, omdat de remmende werking langer wordt gevoeld. De SGP-fractie is blij met deze vaststelling. Wij schieten de minister graag te hulp met betere alternatieven om de werking van het systeem van eigen betaling te laten beantwoorden aan de doelstelling.

Afgezien van het feit dat wij het wetsvoorstel nog veel te onvoldragen vinden om het per 1 januari aanstaande te laten ingaan, komt de SGP-fractie in het amendement tegemoet aan het door de minister genoemde belangrijkste nadeel, namelijk dat het niet meer mogelijk is om het per 2008 in te voeren. Het is nu bijna 1 oktober en wij begrijpen dat natuurlijk helemaal. Ik concludeer dat de regering het eigenlijk met de SGP-fractie eens is. Het amendement van de SGP-fractie regelt het om deze mogelijkheid in de wet vast te leggen per 1 januari 2009. Wij rekenen op een welwillende benadering van de minister.

In het verslag vraagt de SGP-fractie wat het gedrags-effect is als er pas aan het eind van het jaar door de zorgverzekeraar een declaratie wordt ingediend voor het betalen van het eigen risico. Wij vinden dat niet gewenst; andere collega's hebben daar ook over gesproken.

De heer **Omtzigt** (CDA): U hebt een amendement op tafel gelegd waarin u vraagt een percentage in rekening te brengen, maar bent u ervan op de hoogte dat bij de

Van der Vlies

dbc-systematiek met de maatstafconcurrentie de prijs anderhalf jaar na afloop nog kan veranderen? Zou u dan niet willen meegaan met ons voorstel om forfaitaire bedragen te rekenen zodat dat het bedrag achteraf niet verandert? Dan bedoel ik dus € 50 of € 100 voor een dbc en niet 10% van de prijs.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik maak een kanttkening bij die 10%. Wij noemen geen percentage, maar laten dat aan de minister over. Dat even terzijde, anders gaat het een eigen leven leiden. De Kamer heeft het amendement al in concept kunnen aantreffen in de stukken. Onze overweging was dat als iemand aan het begin van het jaar voor hoge zorgkosten komt te staan, hij in één keer door dat effect van die 150 eurogrens heen is. Verondersteld dat het in januari/februari gebeurt, is die prikkel er dan het hele jaar niet meer. Laten wij daarbij veronderstellen dat die prikkel een reële gedragscorrectie oplevert. Deze gedachte hebben wij in een amendement neergelegd.

De heer Omtzigt zegt: wij hebben de dbc-systematiek en de maatschapconcurrentie ingevoerd. Dit kan leiden tot een ongemakkelijke toepassing van dat percentage op het moment dat iemand de zorg consumeert, of daaromtrent dan, want de rekening loopt daar natuurlijk altijd achteraan. Ik wil daarover nadenken. Wij hebben dit amendement in de Kamer neergelegd vanuit de motivering die ik net gaf. Het moet werkbaar zijn, het moet iets doen en het moet naderbij brengen wat ik erme beoog. Als het technisch gesproken op een andere manier kan, dan zijn wij in voor overleg. Daarover heb ik geen strong feelings, zolang wij maar vasthouden aan het oorspronkelijke uitgangspunt.

Wij hadden het over het tijdstip van de declaraties, dat niet te ver moet achterlopen. De verzekerde moet merken wat hij doet en waarom hij iets doet. Er moet een gedragseffect zijn en dat is niet mogelijk als beide tijdstippen te veel uiteengetrokken worden. Daarom sluit ik mij aan bij die collega's die vroegen iets te doen om ze dichter bijeen te brengen.

Er komen enkele AMvB's aan. Mijn fractie vindt het jammer dat in dit wetsvoorstel op vitale punten nog geen echte duidelijkheid wordt geboden. De AMvB's moeten immers nog worden gemaakt. De minister wil met van alles experimenteren, maar kan nog geen exacte duidelijkheid bieden over de mate waarin en op welk terrein. Wij vinden dit niet gemakkelijk. Het helpt ons niet bij de besluitvorming over wat is voorgesteld. De minister belooft dat de regelingen overzichtelijk en begrijpelijk zullen zijn. Dat willen wij graag geloven, maar wij zouden wel graag zicht willen hebben op de hoofdlijnen van het beleid.

Wij hebben in het verslag al een opmerking gemaakt over de eerste AMvB. In de artikelen 20 en 23 gaat het over de kosten die buiten het verplicht eigen risico vallen. Wij vinden het vreemd om een onderscheid te maken tussen een eigen bijdrage voor zaken die al langer een eigen bijdrage kennen en verrichtingen die voor het eerst onder zo'n systeem vallen. Bij de ene soort worden de eigen bijdragen wel meegeteld voor het verplichte eigen risico, en bij de andere niet. Dit onderscheid werkt verwarring in de hand. Wij vragen van de minister om met een eenvormige benadering te komen.

Volgens de andere AMvB mogen verzekeraars een systeem hanteren dat bepaalde zorg via een bepaalde

aanbieder uitsluit van het eigen risico. Collega Van der Veen heeft daar zojuist omstandig over gesproken. Terecht hebben de collega's van de VVD er de vinger bij gelegd dat een systeem van aangewezen aanbieders, de preferred providers, ook binnen de huidige regels al mogelijk is. Dit staat op blz. 19 van het verslag. Wij moeten het systeem van de Zorgverzekeringswet niet onnodig moeilijk maken. Daarom ontvangen wij graag een nadere toelichting over nut en noodzaak. Dit komt naast de eerder genoemde onduidelijkheid over de reikwijdte.

Wij vinden het verder positief dat er gekeken wordt naar de gevolgen van het systeem van de eigen bijdrage voor chronisch zieken en gehandicapten. De wijze waarop dit wordt geregeld is echter nog onhelder. Ze sluit aan bij het systeem van de farmaceutische kostengroepen, die alleen op medicijngebruik betrekking hebben. Dit systeem is erg ingewikkeld. Bovendien vallen niet alle mensen met hoge zorgkosten onder die regeling, terwijl zij toch eigenlijk tot de doelgroep behoren. Wij vinden het dan ook erg jammer dat de minister een vraag van de SGP-fractie over een gecombineerd systeem helemaal heeft laten liggen. Wij hebben in het verslag voorgesteld om te overwegen te komen tot een gecombineerd systeem waarbij rekening wordt gehouden met de FKG's en met het enkele jaren achter elkaar hebben van hoge zorgkosten. Graag ontvangen wij alsnog een reactie van de minister die verder gaat dan alleen de melding dat dit niet per 1 januari aanstaande kan zijn geregeld.

Ook bij dit thema geldt weer dat er steeds wordt gemeld dat gezocht is naar de best bruikbare oplossing, terwijl er in feite, als je goed, scherp oplet, nog weinig is geregeld. Het systeem van de FKG's is voor de burgers ook niet goed uit te leggen. Er zal veel verwarring over kunnen ontstaan, bijvoorbeeld over de vraag wie wel of niet in aanmerking komen. Mensen die hoge zorgkosten hebben, maar niet veel medicijnen gebruiken, vallen buiten de boot, terwijl zij toch echt wel chronisch ziek of gehandicapt zijn. Graag een opinie van de minister hierover.

Kortom, dit thema van de chronisch zieken en gehandicapten moet kristalhelder worden. Oplossingen vooronderstellen keuzen. De Raad van State stelt het ook vast. De raad schrijft: "Er zal altijd een inhoudelijke keuze nodig zijn om de groep te kunnen afbakenen. De wet geeft echter geen inhoudelijke hoofdcriteria aan de hand waarvan deze keuze zal plaatsvinden." Wij hebben dit citaat doorgeleid in het verslag en zouden graag hierop een begin van een reactie willen ontvangen. Het zou toch op zijn minst mogelijk moeten zijn om nu reeds een aantal afwegingspunten of criteria te benoemen. De huidige formulering in artikel 118a laat immers erg veel keuzeruimte bestaan.

In artikel II wordt gesproken van "regeling", bedoeld is: ministeriële regeling. Wij vinden het zuiverder om dit dan ook zo te noemen. Er wordt in de nota naar aanleiding van het verslag wel verwezen naar artikel 3 van de Wet op de zorgtoeslag, maar als je die leest is het ook daar al onduidelijk gedefinieerd. Zo blijven wij in een bepaalde generatie formuleringen in wetgeving steken en dit moet een keer doorbroken worden. Het is een kleinigheid in de discussie die wij vanmiddag hebben, maar wij maken hier wel een wet, en dat moet precies gebeuren. Ik bepleit dan ook dat er gesproken wordt van een ministeriële regeling.

Van der Vlies

Ik kom tot een conclusie. Tot mijn spijt kan mijn conclusie geen andere zijn dan: minister, bezint eer ge begint en denk nog eens goed na voordat dit wetsvoorstel in grote haast tot wet verheven wordt. Naar mijn inschatting zal die wet over een jaar al weer grondig moeten worden aangepast.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. De no-claimregeling is bedacht om mensen bewust te maken van de kosten van de gezondheidszorg, maar het systeem levert vooral onnodige bureaucratie op en het kost extra geld. Daarnaast is het een systeem dat niet rechtvaardig is. Collega's hier hebben heftige debatten over die rechtvaardigheid en eerlijkheid gevoerd. Bovendien bleek dat de no-claimregeling niet dat effect heeft op de hoeveelheid zorg die mensen gebruiken als wij van tevoren gehoopt hadden. Dat de verzekerde de rekening van de gebruikte zorg pas achteraf voorgeschooteld wordt, heeft daar wellicht mee te maken.

De Raad van State heeft aangegeven dat de voorgestelde regeling ook niet onmiddellijk wijst op voordelen van eigen risico ten opzichte van de no-claimregeling. Kortom, waarom is dit systeem dan beter dan die no-claimregeling? Er zou een systeem moeten komen dat fair is en mensen bewust maakt van de kosten van de medische zorg, want wij worden steeds ouder. Ons gezamenlijk gebruik van zorg stijgt al jaren explosief. Om de discussie ook wat feitelijker te houden en niet alleen heel emotioneel, wil ik toch een paar cijfers hier genoemd hebben. De jaarlijkse volumegroei zorg-uitgaven in 1995-1998 was 2,4%. In 2002 was die 8,8%, bijna vier keer zo hoog. Waar er nu al 1 miljoen mensen in de zorg werken en dit er over een aantal jaren 1,7 miljoen zijn, weten wij dat zorg erg kostbaar is en nog kostbaarder zal worden. Waar in Nederland de gemiddelde zorgkosten per jaar 6% zijn, is dat percentage in Luxemburg 8, in Frankrijk 10, in Ierland 12, in Duitsland 13, in Engeland 16, in Denemarken 17, in Portugal 17, in België 18, in Griekenland 18 en in Italië en Spanje 25. Ik denk dat elke chronisch zieke en gehandicapte zal begrijpen dat zorg ook moet worden betaald en dat die er ook graag aan wil meebetalen.

D66 pleit al jaren voor een systeem van eigen risico in de zorg. Wel heeft mijn fractie enkele vragen aan de minister. Kan hij zijn keuze voor de hoogte van het eigen risico van € 150 met argumenten omkleden? Waarom niet € 100 of € 200? Waarom heeft hij niet gekeken naar andere vormen van een eigen bijdrage? Chronisch zieken en gehandicapten worden uitgezonderd van het nieuwe systeem van eigen betalingen. Deze verzekerden worden dan financieel gecompenseerd. Levert dat niet evenveel bureaucratie op als de no-claim? Waarom wordt het bezoek aan de huisarts vrijgesteld voor het eigen risico, terwijl wij weten dat dit wellicht veel meer effect zal hebben dan na doorverwijzing?

Omdat er geen bruikbare definitie zou zijn voor chronisch zieken en gehandicapten wordt in het vervolg de term "verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten" gebruikt. Ik heb er wel tien keer naar gekeken en nog steeds vraag ik mij af wat die term precies betekent. Vallen patiënten met kanker die door de huisarts worden doorverwezen onder die definitie? Deze patiënten maken wel meerjarig onvermijdbare zorg-

kosten. Kan de minister voorbeelden geven van groepen die onder de farmaceutische kostengroep vallen?

Ik wil een eerlijk en betaalbaar systeem. Mijn partij is voorstander van een vorm van een eigen bijdrage, maar dan niet zo ingewikkeld en bureaucratisch als in dit wetsvoorstel. Daardoor ontstaan er wederom problemen met de eerlijkheid en betaalbaarheid. Ik steun de oproep van de heer Van der Vlies om iets meer tijd te nemen om een goede regeling te maken. Het buitengewoon kritische advies van de Raad van State liegt er niet om.

Ik ben solidair met en sta hartstochtelijk voor alle mensen die zorg nodig hebben. Ik heb echter ook oog voor de toekomst. Ik sta even hartstochtelijk voor de mensen die in de toekomst zorg hebben. Ik ben solidair met degenen die straks de kosten van de zorg moeten betalen. Daarom wil ik een rechtvaardig systeem dat goed is uitgewerkt. Vooralsnog is daarvan volgens mij geen sprake. Ik wil graag dat de minister straks uitgebreid op mijn vragen ingaat.

De coalitiegenoten maken het er zeker niet simpeler op. Het systeem moet nog ingewikkelder, nog dramatischer en nog bureaucratischer worden. Hun opstelling lijkt mij bepaald geen steun voor de minister, laat staan voor het wetsvoorstel. Kortom, ik pleit voor een wetsvoorstel dat beter is uitgewerkt.

De **voorzitter**: Ik aarzel een beetje. De minister heeft mij laten weten dat hij ongeveer twintig minuten nodig heeft om zijn antwoord voor te bereiden. Wij kunnen die tijd combineren met de dinerpauze. Ik wil vanavond in ieder geval een begin maken met het antwoord van de minister in eerste termijn. Het is helaas niet mogelijk om de behandeling van het wetsvoorstel vanavond af te ronden, want dan krijg ik problemen met de woordvoerders bij het volgende debat. Ik ben benieuwd waar de voorkeur van de Kamer naar uitgaat.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik snak naar het antwoord van de minister. Wat mij betreft, gaan wij zo snel mogelijk door met dit debat.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij gaan sowieso vanavond door met het debat, maar wij kunnen tijdwinst boeken, als de voorbereidingstijd van twintig minuten onderdeel is van de dinerpauze.

De **voorzitter**: Dat is dan weer een probleem voor de leden die na dit debat naar huis willen. Mijn idee is om de minister na zijn voorbereiding een begin te laten maken met de beantwoording in eerste termijn en daarna de dinerpauze te houden. Dat lijkt mij eigenlijk gewoon het beste.

De vergadering wordt van 17.45 uur tot 18.10 uur geschorst.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Ik probeer een indeling in het geheel te maken; er zijn buitengewoon veel vragen gesteld. Ik zal eerst wat zeggen over het doel van deze wet en over waarom überhaupt een eigen risico wordt ingevoerd na alle mislukkingen in het verleden. Van verschillende kanten is daarover gesproken; in de bijdragen van de VVD-fractie en mevrouw Kant was dat zelfs het eerste punt. Ik zal vervolgens ingaan op de

Klink

afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten, een belangrijk punt in het hele debat. Daarna zal ik in algemene zin iets zeggen over het alternatief van de buitengewone uitgaven en in hoeverre compensatie volgens die lijnen mogelijk is, waarna ik inga op de verzekeraarsturing, waar de heer Van der Veen uitdrukkelijk naar gevraagd heeft. Ten slotte zal ik per persoon de specifieke vragen nalopen. Die indeling staat mij voor ogen.

Allereerst het doel van dit wetsvoorstel. Ik heb een spreektekst voor mij liggen maar ik begin toch met uit het blote hoofd te preciseren waar het allemaal om begonnen is. Het wetsvoorstel betreft eigenlijk een vrij beperkte wijziging, maar met het eigen risico en de no-claim vallen veel zaken samen. Met het voorstel wordt een beperkte wijziging op de no-claim voorgesteld. Ten eerste krijgen mensen niet achteraf een eventuele no-claimteruggave maar moeten zij eerst betalen. Dat wordt de negatieve prikkel genoemd en daarmee wordt een systeemwijziging gerealiseerd van positief naar negatief. De essentie is evenwel dat de mensen die chronisch ziek zijn en meerjarige, onvermijdbare zorgkosten hebben, gecompenseerd worden voor hun achterstand op de gezonde Nederlander die geen zorgkosten maakt en dus niet aangeslagen wordt – althans in de no-claimsysteem € 255 terugkreeg – en op de gemiddeld gezonde Nederlander. Die achterstand wordt teruggebracht. Het verschil met de gezonde Nederlander bedroeg € 255, de no-claimteruggave. Dat wordt € 103, de gemiddelde eigen betaling. Het verschil met de gemiddeld gezonde Nederlander, dus degene die gemiddelde zorgkosten maakt, was € 91 onder het oude systeem. Dat wordt € 0. Degenen die meerjarige, onvermijdbare zorgkosten hebben, gaan er dus € 150 op vooruit vergeleken met degenen die geen enkele zorgkosten maken. Zij gaan er € 91 op vooruit ten opzichte van degenen die gemiddelde zorgkosten maken. Dat is het enige wat met het wetsvoorstel wordt beoogd, hoewel daar wel een aantal vragen uit voortvloeit. Zo is de vraag naar de afbakening van de categorie van chronisch zieken en gehandicapten aan de orde. Dat is een zeer relevante vraag waar ik nog uitvoerig op zal ingaan. In essentie is dit evenwel wat het kabinet beoogt. Er wordt geen ander systeem geïntroduceerd; daarom wordt op veel aspecten van de no-claim aangesloten en wordt gekozen voor een bedrag van € 150 in plaats van € 255. Daarmee worden dezelfde gedragseffecten behaald, gerelateerd aan het bedrag van 200 mln. Daar knutselen wij allemaal niet aan. In de richting van de heer Van der Vlies zeg ik dat wij dat inderdaad als maatstaf hebben genomen. Er is verder niet meer aan de hand dan dat wij een terugbetalingsregeling omkeren tot een stelsel waarin je eerst € 150 eigen zorgkosten volmaakt en op eigen rekening betaalt. Die stelselwijziging gebruiken wij om het echte doel te realiseren, namelijk het onrechtvaardige verschil wegnemen tussen degenen die er meerjarig niets aan kunnen doen dat zij zorgkosten maken en degenen die gezond dan wel gemiddeld gezond zijn. Meer is het eigenlijk niet. Hierover is tijdens het no-claimdebat inderdaad uitvoerig gedebatteerd. Ik kom nog terug op de vele vervolgvragen. In essentie is dit het echter en niet meer.

Mevrouw **Agema** (PVV): In essentie komt het erop neer dat chronisch zieken en gehandicapten per jaar € 103 meer kwijt zijn dan gezonde mensen.

Minister **Klink**: Ja, daar komt het op neer. Overigens was dat verschil € 255. Nu gaan wij het verschil terugbrengen, zodat chronisch zieken dezelfde kosten hebben als de gemiddelde Nederlander. Daar staat tegenover dat iemand die gezond is, niet die € 103 betaalt. Die gezonde persoon kan volgend jaar echter wel € 150 eigen risico hebben. Je bent niet meerjarig gezond, althans niet per se. De maatstaf van de gemiddelde Nederlander is niet voor niets gekozen. Natuurlijk zul je het ene jaar gezond zijn, maar het andere jaar kun je € 150 eigen risico hebben. Wij kiezen dat daarom als maatstaf.

Daar wil ik nog iets aan toevoegen. Als wij het eigen risico niet hadden ingevoerd en er was sprake geweest van een generieke premie, dan zouden de chronisch zieken en gehandicapten precies hetzelfde bedrag betaald hebben als in dit systeem. Daar zou geen verschil in gezeten hebben. Gemeten met een stelsel waarin je geen eigen risico hebt, nemen de zorgkosten voor de chronisch zieken en gehandicapten niet toe.

Daar zijn twee maatstaven die voor mij belangrijk waren. De ene is dat de chronisch zieken en gehandicapten nu hetzelfde betalen als hetgeen zij in een stelsel zonder eigen risico hadden betaald. De andere heeft betrekking op de vraag of zij na het invoeren van een eigen risico meer gaan betalen dan de gemiddelde Nederlander. Het antwoord is "nee". Daarmee is de solidariteit hersteld. Het verschil van € 255 met een gezonde Nederlander is teruggebracht tot € 103 en het verschil met de gemiddelde Nederlander is nul. Ik denk dat wij allemaal een gemiddelde Nederlander zijn, want wij hebben met enige regelmaat zorgkosten, in ieder geval op langere termijn. Dat is dus de essentie van het wetsvoorstel.

Mevrouw **Agema** (PVV): Laten wij even resumeren. Dat chronisch zieken en gehandicapten door de no-claim gemiddeld € 255 nadeliger uit waren en dat dit nu zogenaamd gelijk getrokken is, maar dat zij vergeleken met een gezond persoon € 103 meer kwijt zijn, is voor u de reden om de no-claim opzij te zetten en verder te gaan met een eigen risico?

Minister **Klink**: Ja.

Mevrouw **Agema** (PVV): Had u dat gegeven niet in de no-claim kunnen inbrengen? In dat geval had u die hele toer niet hoeven uithalen.

Minister **Klink**: Wij willen de no-claim ook om een andere reden afschaffen. Met een eigen risico van € 150 heb je veel eerder diezelfde gedragseffecten van die 200 mln. binnen. Daardoor maakt het deel uit van het compensatiemechanisme. Alleen al vanwege het feit dat je € 255 terugbrengt tot € 150 heb je dezelfde gedragseffecten, terwijl je de inkomenseffecten gemakkelijker kunt repareren. Daar gaat het echter niet om. U hebt het over systeemvergelijking, terwijl het mij om het doel gaat. Het doel is dat die verschillen in inkomenspositie teruggebracht worden. Als wij het daarover eens kunnen worden, dan heel graag. Ik wil best discussiëren over het stelsel en dat ga ik zo meteen ook doen, maar dit is het doel. Het gaat om het versterken van de solidariteit. Ik vind dat ook niet zo gek. Tijdens de discussie over de no-claim is juist dit punt uit en te na aan de orde gekomen. Toen is van de kant van GroenLinks aan de orde gesteld in hoeverre de BU een compensatie-

Klink

mechanisme zou kunnen vormen. Daarover zijn amendementen ingediend. Dat was het en dat doen wij hier.

Mevrouw **Agema** (PVV): U denkt dus de solidariteit te kunnen herstellen door zieke mensen af te knippen en te willen motiveren om, ondanks klachten, niet naar hun huisarts te gaan. Aan de andere kant is uw idee van solidariteit om zieke mensen veel meer te laten betalen dan gezonde mensen. U hebt een raar beeld van solidariteit.

Minister **Klink**: Kennelijk zijn de herhalingen waarin ik net verviel nog niet voldoende. U zegt dat ik de zieken afknijp. Ik heb net gezegd dat wij de chronische zieken en gehandicapten, de mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten, een steun in de rug geven. Zij hebben financieel met deze nieuwe regeling behoorlijk veel winst. De bijdrage wordt van € 255 teruggebracht naar € 103. Dat is € 150 winst in vergelijking met de huidige situatie tegenover mensen die gezond zijn. Het verschil met de gemiddelde Nederlander die gemiddelde zorgkosten maakt, is 0,0. U kunt dus niet volhouden dat ik hier – dat laat ik mij eerlijk gezegd ook niet zeggen – de zieken aan het afknippen ben. In tegendeel, zij worden beter gecompenseerd. Zij worden nu gecompenseerd en bij de no-claim werden zij niet gecompenseerd.

Mevrouw **Kant** (SP): Solidariteit kan niet worden afgemeten aan gemiddelden. Dat is de grote denkfout. Ik vind het eigenlijk wel heel eerlijk van u dat u het doel hier zo verwoordt. De essentie van de vraag of het gewenst is wat wij doen of niet, is echter veel dieper. Het kabinet komt, omdat het door verschillende partijen in de campagne is gezegd, een klein beetje tegemoet aan chronisch zieken en gehandicapten, veel meer is het niet. Dat doel beschrijft u hier, dus dat vind ik wel eerlijk. De essentie is de vraag of je het solidair vindt om iemand die jaar in jaar uit ziek is of iemand die in een jaar iets ernstigs overkomt en veel zorgkosten heeft € 150 te laten betalen in dat jaar en voor chronisch zieken langdurig. Ik vind dat niet eerlijk en niet solidair. U maakt dus, net als bij de no-claim en eerdere initiatieven, gewoon de keuze om mensen die ziek zijn of iets overkomt – dat kan een ongeluk, een hartinfarct of een chronisch ziekte zijn – te straffen met een extra bedrag van € 150. Aan mensen die langdurig ziek zijn, geeft u een klein beetje terug. De essentie van die aantasting van solidariteit tussen gezond en ziek accepteert u en die zet u voort. Het is eerlijk dat u dat zegt.

Minister **Klink**: Ik ben volstrekt eerlijk, maar u duidt mijn eerlijkheid verkeerd. Het is gewoon niet waar dat zij € 150 extra gaan betalen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voor die man of vrouw met een hartinfarct wel.

Minister **Klink**: Ook dat is niet waar. Ten eerste is er een premiekorting door de gemiddelde eigen betaling van € 103. Die krijgt iedereen, ook iemand die een hartinfarct krijgt. Die maakt wel kosten via het eigen risico, maar anders waren die in de premie gemaakt.

Mevrouw **Kant** (SP): Het verschil met iemand die niet ziek is, is toch € 150?

De **voorzitter**: De minister praat ook uit, mevrouw Kant.

Minister **Klink**: U moet luisteren naar wat ik zeg, mevrouw Kant. Het verschil met wat er normaal gesproken zou worden betaald via de premie is voor iemand die het eigen risico betaalt hooguit € 47.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik had u toch echt iets hoger geacht dan dit gegoochel.

Minister **Klink**: Dit is geen gegoochel, dit zijn de feiten.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, minister. Het gaat hier om een verschil. U meet iedere keer alles af aan gemiddelden. Gemiddelden bestaan niet.

Minister **Klink**: Ik heb het niet over gemiddelden.

Mevrouw **Kant** (SP): Gemiddelden bestaan niet. Wij hebben het hier over mensen, over gezonde mensen en zieke mensen. Het gaat om mensen die langdurig ziek zijn, maar ook om mensen die in een bepaald jaar iets overkomt. Dit kabinet en alle fracties die het steunen, accepteren dat mensen de pech hebben dat hen iets overkomt € 150 slechter af zijn dan mensen niets overkomt en niet ziek zijn. Dat is dus een boete op ziek zijn of zorg nodig hebben. Geeft u nu gewoon toe dat het niet het doel was om die onrechtvaardigheid op te heffen.

Minister **Klink**: Als er geen eigen risico was geweest, had men € 103 van die € 150 in de premie moeten betalen. Ten tweede...

Mevrouw **Kant** (SP): Ik maak een vergelijking tussen gezonde en zieke mensen. U moet niet iedere keer die vergelijking tussen gemiddelden maken.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, u moet er nu echt aan wennen dat een ander ook mag uitspreken.

Minister **Klink**: In een situatie waarin er geen eigen risico was geweest, hadden gezonde én zieke mensen allemaal die € 103 moeten betalen. Doordat wij een eigen risico invoeren, zijn mensen die helemaal geen zorgkosten maken € 100 goedkoper uit dan chronisch zieken en gehandicapten. Dat was € 255. Het zou van u ruiterlijk zijn, mevrouw Kant, als u toegaf dat het verschil is teruggebracht van € 255 naar € 100.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb allang gezegd dat u de oneerlijkheid een klein beetje bijschaaft en dat er een compensatie komt voor chronisch zieken en gehandicapten. U doet dat echter niet voor mensen die niet chronisch ziek zijn, maar eenmalig hoge kosten hebben door bijvoorbeeld een hartinfarct of een auto-ongeluk. Die mensen hebben allemaal pech gehad. Ik geef u toe dat wat dat betreft het verschil iets kleiner is geworden. Het is evenwel meer dan dat. De essentie is dat er een boete staat op ziek zijn. Degenen die ziek zijn, zijn slechter af dan de mensen die gezond zijn. Die solidariteit blijft aangetast. Dat zou u moeten toegeven.

Minister **Klink**: Ik ga even terug naar uw woorden. U geeft toe dat ik het een klein beetje terugbreng. Dat vind ik een beetje karig. Wij brengen het namelijk terug van

Klink

€ 255 naar € 100. Dat is geen klein beetje; dat is behoorlijk wat.

Je kunt voorts het ene jaar een gezonde Nederlander zijn, maar het volgende jaar kun je zorgkosten hebben. Het gemiddelde zal heel snel aan die € 100 komen. De verschillen met de chronisch zieken en de gehandicapten zijn dan nul.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is een leuk begin van de beantwoording door de minister.

Minister **Klink**: Het ging om het doel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het roept vragen op dat de minister spreekt van een heel beperkt wetsvoorstel. Volgens de heer Van der Veen staan wij echter aan de vooravond van een kleine revolutie in zorgland.

Mijn vraag gaat evenwel over iets anders. Ik geef de minister graag toe: in het oude systeem werden chronisch zieken gestraft met een hap van € 255 uit de eigen portemonnee en dat is met dit wetsvoorstel teruggebracht naar € 103. Dat klopt. Eerlijk gezegd, is dat even niet relevant. Wat relevant is, is de vraag of dit een adequate uitvoering is van het regeerakkoord. Volgens mij is het regeerakkoord hier vrij simpel over: je betaalt € 150 eigen risico, tenzij je chronisch ziek bent. In het voorstel van de minister is die € 150 niet verdwenen, maar gereduceerd tot € 103. Dat is het vertrekpunt van dit debat. De vraag aan de minister is dan ook hoe het zit met de € 103 die chronisch zieken in zijn voorstel moeten betalen, maar die volgens het regeerakkoord niet door chronisch zieken en gehandicapten betaald zou hoeven te worden.

Minister **Klink**: Chronisch zieken worden op twee manieren gecompenseerd. Het gaat om € 150. Ten eerste krijgen zij een premieverlaging van € 103; € 103 plus € 47 via het Centraal Administratie Kantoor.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb het niet over compensatie; ik heb het over het regeerakkoord. In het regeerakkoord staat namelijk letterlijk: er komt een eigen risico, uitgezonderd chronisch zieken en gehandicapten. Ik kan dat niet anders lezen dan dat de regering met een voorstel komt dat erop neerkomt dat er voor heel Nederland een eigen risico komt van € 150, met uitzondering van chronisch zieken en gehandicapten. Als zij een lagere premie betalen, dondert allemaal niet. Zij betalen het eigen risico niet! Immers, dat staat in het regeerakkoord. Waarom staat dat dan niet in het wetsvoorstel?

Minister **Klink**: U kunt wel zeggen dat het allemaal niet dondert, maar dat dondert nu net wel. Waar gaat het om? Door de woordvoerder van de ChristenUnie is terecht opgemerkt dat de essentie erop gericht is om de onrechtvaardigheid weg te halen, die ook aan het hele debat over de no-claim ontleend kan worden. Die onrechtvaardigheid is dat iemand die altijd zorgkosten heeft, per definitie meer eigen risico betaalt dan de gemiddelde Nederlander. Dat doen wij. Ik prijs u dat u in ieder geval ruiterlijk toegeeft dat de € 255 is teruggebracht naar € 103, vergeleken met de gezonde Nederlander.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Geeft u dan ook iets meer

ruimte voor de interpretatie van het regeerakkoord, namelijk dat dit letterlijk hoort te gebeuren. Het dondert mij ook niet wat de inspiratie is van de initiatiefnemers; daar heb ik geen boodschap aan. Ik lees echter gewoon wat er staat in het regeerakkoord. Welnu, daarin staat: er komt een eigen risico ter vervanging van de no-claim, maar chronisch zieken en gehandicapten worden daarvan uitgezonderd. Dit kan niet anders betekenen dan dat zij nooit voor het eigen risico worden aangeslagen. Dat gebeurt echter wel bij uw voorstel. Dat begrijp ik dus niet. Doe mij dan ook een lol, minister. Ik geef u graag toe: u redenering klopt, want u bent van € 255 naar € 103 gezakt. Dat is winst. Eerlijk gezegd, is dat niet relevant. Relevant is nu of u doet wat het regeerakkoord op dat punt gebiedt. Het regeerakkoord is volgens mij helder: er komt geen eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, ook niet ter waarde van gemiddeld € 103! Waarom gaat uw wetsvoorstel niet zo ver?

Minister **Klink**: Als wij – en dat zou mijn tweede opmerking worden – geen eigen risico hadden ingevoerd, waren chronisch zieken en gehandicapten via de premie evenveel kwijt geweest als nu. Bovendien betalen zij niet meer dan de gemiddeld gezonde Nederlander. En de gezonde Nederlander die u als referentiepunt neemt – uw opmerkingen gaan namelijk steeds over die € 100 – is volgend jaar misschien niet meer de gezonde Nederlander. Immers, over een reeks van jaren is bijna elke Nederlander de gemiddelde Nederlander; zij hebben dan allemaal zorgkosten en zij maken allemaal de eigen bijdrage een keer vol.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): ...

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Vendrik, de minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Solidariteit is er in de Zorgverzekeringwet. Als één land een zorgstelsel kent dat solidair is, is het ons land wel. Wij kennen solidariteit tussen jong en oud, tussen gezond en ziek. De zorgverzekeraars hebben op grond van de Zorgverzekeringwet de plicht om eenieder te accepteren voor een wettelijk vastgelegd pakket. Zij mogen de premies zelf vaststellen, maar zij mogen niet differentiëren tussen gezond en ongezond, tussen jong en oud en tussen ziek en niet ziek. Iedereen moet dezelfde premie betalen. Op die manier hebben wij een goed betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg in Nederland. Dat willen wij zo houden. Dit wetsvoorstel is daarop gericht.

Daarbinnen willen wij echter wel ruimte maken voor eigen verantwoordelijkheid. Die is nodig om de zorgpremies niet te veel te laten stijgen. Eigen betalingen leggen die financiële verantwoordelijkheid voor een beperkt deel bij de verzekerde, niet bij het collectief. Dat is de reden waarom wij een no-claim, in dit geval een eigen risico, wilden. Vanwege de financiële consequenties denken verzekerden nog eens na voordat zij zorg inroepen. Dan gaat het om het remgeld waarover is gesproken.

Zonder systeem van eigen betalingen zou de premie stijgen. Zorgverzekeraars moeten dan immers de eigen betalingen voor hun rekening nemen. Daarnaast is er geen gedragseffect ten bedrage van 200 mln. Een systeem van eigen betalingen is dus noodzakelijk om de

Klink

premie niet te veel te laten stijgen en om verzekerden een eigen verantwoordelijkheid te geven. Toch wil het kabinet af van de no-claimteruggave, die onrechtvaardig uitpakt voor chronisch zieken en gehandicapten. Zij komen niet voor teruggave in aanmerking. Dat betekent dat zij niet € 255 op hun rekening gestort krijgen, omdat zij te maken hebben met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten.

In het coalitieakkoord is inderdaad afgesproken om de no-claimteruggave af te schaffen per 1 januari 2008 en een nieuw systeem in te voeren van eigen betalingen. Ten slotte is afgesproken om dit niet te compenseren maar de betrokkenen hiervan uit te zonderen. Wij gaan echter over de interpretatie van het regeerakkoord. De ratio was om de verschillen in kosten die mensen maken voor de zorg weg te halen voor die mensen die op die kosten langdurig, meerjarig geen invloed kunnen uitoefenen. Het doel van het wetsvoorstel is om daaraan uitvoering te geven.

Het verplichte eigen risico pakt door de compensatie rechtvaardiger uit voor de chronisch zieken en gehandicapten. Met dit wetsvoorstel wordt de no-claimteruggave van € 255 vervangen door een verplicht eigen risico van € 150. Per saldo wordt met het verplicht eigen risico dezelfde opbrengst bereikt met een geringer financieel effect voor de verzekerde dan bij de no-claimteruggave.

De heer Van der Vlies vroeg of dit een operatie is om de collectieve lastendruk te verminderen. Ik hecht eraan dat wij dat niet hebben willen veranderen. Dezelfde gedragseffecten als bij de no-claim hebben wij willen handhaven, maar wij hebben de onrechtvaardigheid die hierin zat willen wegnemen. Om die reden hebben wij het maatgetal genomen van 200 mln. aan gedrags-effecten. Dit vertaalt zich terug in een eigen risico van € 150, niet meer en niet minder. Ingewikkelder is het niet. Ik geef graag toe dat het voor ons belangrijk is om die 200 mln. te handhaven voor het premie-effect dat hieruit voortvloeit. Dat was echter niet de bedoeling. De bedoeling was om de onrechtvaardigheid uit het systeem te halen.

De compensatieregeling in dit wetsvoorstel zorgt ervoor dat mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten niet slechter maar ook niet beter af zijn dan de gemiddelde verzekerde. Door de compensatie zijn mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten straks gemiddeld niet meer dan andere Nederlanders kwijt voor hun verplichte eigen risico, namelijk de gemiddelde betaling van € 103 per jaar. Eerlijk gezegd herhaal ik mijzelf bewust, omdat dit de essentie van het voorstel is. Het bedrag van € 47 krijgt men terug via het Centraal Administratie Kantoor. De compensatie is zodanig ingericht dat er zo weinig mogelijk administratieve lasten voor burgers mee zijn gemoeid. Er wordt gebruik gemaakt van geautomatiseerde bestanden. De compensatie wordt automatisch op de rekening gestort. Per saldo wordt dezelfde opbrengst bereikt, maar met een geringer financieel effect voor de verzekerde. Ook daarin is niets veranderd. De no-claim is ook in dit opzicht min of meer als uitgangspunt genomen. De huisarts valt niet onder het eigen risico. Ook de kraamzorg en de verloskundige vallen er buiten. Datzelfde geldt voor de tandheelkundige zorg voor jongeren onder 22 jaar. De heer Van der Veen heeft zijn interventie over de uitbreiding van het pakket op dat aspect gericht. Terecht heeft hij veel nadruk gelegd op het feit dat deze kosten niet zouden moeten worden meegenomen in het eigen

risico omdat de drempel voor hen dan te hoog zou worden.

Ik wil graag ingaan op de opmerkingen van mevrouw Kant dat het verleden zou uitwijzen dat je een beetje een malloot moet zijn om een dergelijk avontuur opnieuw te beginnen.

De **voorzitter**: Ik zal nog geen gelegenheid geven tot het plaatsen van interrupties zolang het algemeen deel niet is afgerond.

Minister **Klink**: Ik kom later in mijn betoog nog terug op de specifieke vragen die door de leden zijn gesteld. Ik had de opbouw van mijn betoog eerder al geschetst: eerst een algemeen betoog over het doel. Vervolgens ga ik in op de historie. Daarna kom ik te spreken over de afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten. Het is belangrijk om te weten dat je ook de doelgroepen bereikt. Vervolgens zal ik iets zeggen over de buitengewonelastenafrek en de eventuele route die moet worden gevolgd. Daarna zal ik alle afzonderlijke vragen langs lopen. Ik heb zojuist het deel van mijn betoog dat handelt over het doel van het wetsvoorstel afgerond.

De **voorzitter**: Zijn er nog vragen over het doel?

Mevrouw **Agema** (PVV): Jazeker.

De **voorzitter**: Ik ben benieuwd of het een nieuwe vraag is. Ik accepteer niet dezelfde vragen als die al een aantal maal zijn gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik wil terugkomen op de remgelden. De minister wil deze per se in stand houden. Dat is een van zijn doelen van de wijziging in de no-claimregeling. Hij noemt een bedrag van 200 mln. Dat is gebaseerd op drijfzand. Dat weten wij allemaal. Er ligt helemaal geen enkel bewijs aan ten grondslag.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV): De remgelden worden bovendien onderverdeeld op basis van een oude evaluatie. De minister heeft nog niet eens een nieuwe evaluatie. Dat resulteert erin dat niet zo zeer gebruik zal worden gemaakt van minder zorg, maar van andere zorg: goedkopere medicijnen en andere hulpmiddelen. Waar haalt de minister het bewijs vandaan dat de remgelden 200 mln. zouden bedragen?

Minister **Klink**: Dat komt naar voren uit de eerste en de tweede evaluatie. Het gaat om 170 mln. van de ziekenfondsverzekerden en 30 mln. van de particulier verzekerden. Mevrouw Agema spreekt van drijfzand, maar ik wijs erop dat het Centraal Plan Bureau dit bedrag opnieuw voor ons heeft becijferd. Het bedrag van 200 mln. komt simpelweg voort uit de getallen die ik zojuist heb genoemd. Het is een vrij hard getal dat is gemoeid met de gedragseffecten. Mevrouw Agema vraagt zich af of het remgeld wel zal werken, maar zij geeft zelf de voorbeelden. Inderdaad moet het geld ergens vandaan komen. Het effect komt voort uit het iets zorgvuldiger omgaan met het geneesmiddelengebruik. Door sneller voor een substituuat te kiezen, dalen de kosten die hiermee gemoeid zijn. De kostendaling heeft tevens te



Mevrouw Schippers (VVD)

© M. Sablerolle – Gouda

maken met de hulpmiddelen. Uit de evaluatie komt ook nog naar voren dat, op grond van het feit dat je bij de spoedeisende hulp wel een eigen bijdrage betaalt en bij de huisarts niet, een verschuiving naar de eerstelijnszorg plaatsvindt. Ik geef dat graag toe. In plaats dat je € 150 voorschiet bij de no-claim, merk je het eigen risico direct in je portemonnee. Ik sluit niet uit dat het effect dat de heer Omtzigt noemde zich in het nieuwe stelsel, met een eigen risico, wel degelijk gaat voordoen. Ik zou dat effect toejuichen.

Samengevat luidt mijn antwoord dat geen sprake is van drijfzand. Het is bekend dat het bedrag 200 mln. is. Dat bedrag moet ergens vandaan komen, want het blijkt wel degelijk te werken als remgeld. Ik kom hierop naar aanleiding van het amendement dat de heer van der Vlies heeft ingediend nog terug. Het kan waarschijnlijk op een andere manier worden vormgegeven als niet de hele € 150 volloopt op het moment dat je eenmaal gebruik maakt van zorg. Het zal voor de toekomst waarschijnlijk veel beter zijn als je dit effectiever kunt doen. Ik sta daarom zeer sympathiek tegenover het amendement. Deze effecten doen zich dus nu al voor bij de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en naar ik verwacht ook in een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Uw aanname is werkelijk gebaseerd op drijfzand. Die conclusie trek ik op grond van uw eigen stuk. In uw reactie op de evaluatie van de no-claimregeling staat namelijk onder het kopje Conclusies van de gedragseffecten: "Het is erg moeilijk om een goede indicatie te geven van het precieze gedragseffect als gevolg van de invoering van de no-claimteruggave. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat het niet mogelijk is het gedragseffect afzonderlijk te bezien."

Minister **Klink**: Ja, er staat dus "afzonderlijk te bezien". Dit betekent dat je niet precies weet waar een en ander vandaan komt. Er zijn indicaties dat het van de hulpmiddelen en de geneesmiddelen komt. Ook dat weten wij echter niet zeker. Het feit dat de kosten voor geneesmiddelen dalen, kan ook komen door het preferentiebeleid van de verzekeraars. Je kunt daarop dus niet altijd

precies de vinger leggen. Toch kunnen wij met het CPB constateren dat er een effect van 200 mln. wordt verondersteld.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Iedereen redeneert hier vanuit het standpunt van de chronisch zieke. Ik wil dit eens een keer niet doen. De minister spreekt van een onrechtvaardigheid die nu is rechtgezet. Iemand die hard werkt en gezond is, moet echter uit solidariteitsoverwegingen een heel hoge premie betalen. Daarvoor hebben wij met z'n allen gekozen, maar wel onder bepaalde condities. Zo is bijvoorbeeld de premie voor iedereen gelijk; gezond en ziek, jong en oud. Bovendien moet iedereen worden geaccepteerd voor hetzelfde pakket. Wij staan geen premiedifferentiatie toe op individueel niveau. Er zijn dus zeer strakke condities gesteld; de minister somde ze zojuist allemaal op. Wat is er in zo'n situatie onrechtvaardig aan, als iemand die zijn enkel verstuikt en besluit er een pak ijs op te leggen in plaats van naar zijn arts te gaan, € 255 voordeel heeft, en dus feitelijk dit bedrag minder betaalt? Zo kun je dit namelijk ook zien.

Minister **Klink**: Ja, dat heeft alles te maken met het feit dat je als chronisch zieke meerjarig, langdurig en zonder dat je dit kunt beïnvloeden duurder uit bent. Deze zaken moet je bij elkaar optellen. Als iemand bij de huisarts komt met een knobbeltje in de borst en er dus een indicatie is dat zij ernstig ziek is, is er geen beïnvloeding mogelijk. Zij gaat dan immers vanzelfsprekend naar de huisarts. De combinatie van meerjarig en onvermijdbaar maakt dat bij chronisch zieken en gehandicapten altijd het eigen risico zal vollopen. Wij vinden dit te ver gaan en vinden dit een vorm van omgekeerde solidariteit die wij niet wensen. Daarom willen wij deze mensen compenseren. U maakt daarbij een andere keuze. De hardwerkende gezonde Nederlander van u heb ik hoog staan. Daarom probeer ik de premies wat in de hand te houden. Ook deze hardwerkende Nederlander kan morgen echter chronisch ziek zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is zeker waar. De premie kan overigens nog veel meer in de hand worden gehouden. Dat debat zullen wij echter nog voeren. Uit solidariteit bieden wij een uitstekende gezondheidszorg tegen een relatief lage premie aan iedereen die de kosten zelf niet kan beïnvloeden, hoge kosten heeft en meerjarig veelvuldig gebruik moet maken van de gezondheidszorg. Zo iemand betaalt namelijk het gemiddelde van de premies voor iedereen; een premie die voor hem op de vrije markt nooit te verkrijgen zou zijn. Op die manier hebben wij voor chronisch zieken de toegankelijkheid van de gezondheidszorg geborgd. Er is slechts een bedrag voor eigen rekening. Het maakt daarbij niet uit of wij dit bedrag vooraf of achteraf in rekening brengen. Alle andere kosten neemt de samenleving voor haar rekening. Je kunt in Nederland dus nooit méér aan gezondheidszorg kwijt zijn dan de € 150 in uw plan of de € 255 die men terugkrijgt via de no-claim.

Minister **Klink**: Je kunt hierbij andere keuzes maken, die meer principiële zijn. Ik ben het volstrekt met u eens dat ons stelsel hartstikke solidair is. Er is immers slechts een premie; er mag niet gedifferentieerd worden tussen ziek en gezond, jong en oud. Op deze manier vindt er al veel overdracht plaats van gezonde naar zieke Nederlanders.

Klink

Wij pleiten daar beiden voor. U vindt het daarbij overdone als chronisch zieken en gehandicapten ook nog eens langs de weg ontzien worden waarover wij het nu hebben. Ik teken hierbij echter het volgende aan. Als wij geen eigen risico zouden hebben, zouden wij uitkomen op een premieniveau dat slechts € 50 afweek van de compensatie die wij geven aan chronisch zieken en gehandicapten. Desalniettemin sta ik voor deze € 50, omdat ik het eens ben met iedereen die zegt dat chronisch zieken en gehandicapten ten opzichte van de gezonde Nederlanders in het oude stelsel € 255 minder te besteden hebben. Dit bedrag willen wij terugbrengen tot € 103. Ik vind dat eerlijk gezegd rechtvaardig, want ik sta van harte achter de plus op de solidariteit.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil het even hebben over de gedragseffecten als doel, het remgeld. Als je alle wetenschappelijke onderzoek en alle ervaringen op een rijtje zet, moet je concluderen dat de eigen betalingen als zij hoog genoeg zijn werken als remgeld. De zorgkosten worden dan gedrukt, omdat de mensen minder gebruik maken van zorg. De vraag is echter of dat te allen tijde het gewenste effect heeft. In mijn bijdrage heb ik gezegd dat het, als het werkt, helaas ook werkt waar het niet moet werken. Mensen kunnen dan om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg. Er zijn dan twee effecten. Ten eerste is het maatschappelijk ongewenst. Ten tweede kan het later tot hogere kosten leiden.

Minister **Klink**: Die analyse deel ik niet. Uit de evaluaties komt naar voren dat mensen dat juist niet doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Uit welke evaluaties?

Minister **Klink**: Uit de eerste en de tweede evaluatie van de no-claim blijkt dat de mensen geen zorg mijden die noodzakelijk is. Ik heb zo-even al aangegeven, dat voor zover er effecten zijn dat bij de hulpmiddelen en de geneesmiddelen het geval is. Daar mogen wij blij mee zijn, want daarmee wordt de premie gedrukt. Ik ben het met mevrouw Schipper eens dat die premie een uiting van solidariteit is, maar laten wij wel zuinig zijn met die solidariteit. Laten wij zorgen dat de premielasten niet te hoog worden. Als dat kan worden bereikt via een eigen risico dat ertoe leidt dat mensen de hulpmiddelen en de geneesmiddelen kiezen die toereikend zijn, maar minder duur, en voor de huisarts kiezen in plaats van voor de spoedeisende hulp, toereikend maar minder duur, moeten wij onze zegeningen rond het eigen risico tellen. Daarmee wordt de premie gedrukt. Van die premie zijn wij afhankelijk voor het draagvlak voor de solidariteit in de samenleving.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb de indruk dat de tweede evaluatie wel bij de minister bekend is, maar niet bij de Kamer. Dit is voor mij volstrekt nieuw. Die effecten zijn namelijk helemaal niet onderzocht. Er is wel in het algemeen iets vastgesteld, maar de kritiek op de evaluatie en het onderzoek was juist, dat niet specifiek bekeken is of de zorg wel of niet noodzakelijk was. Dat was juist een van de problemen.

Ik wil het nu even los zien van de evaluatie van de no-claim, maar breder trekken. Het ministerie heeft het zelf ook op een rijtje gezet. Als alle ervaringen met eigen betaling van zorg worden bekeken, blijkt dat als die werkt zij ook effect heeft op de noodzakelijke zorg voor de

lagere inkomensgroepen. Dat is wetenschappelijk bepaald. U kunt niet om dat effect heen. Vindt u dat effect niet ongewenst?

Minister **Klink**: Dat effect doet zich niet voor.

Mevrouw **Kant** (SP): Oh, zijn die onderzoeken allemaal onzin? Is de rapportage van het ministerie ook onzin?

Minister **Klink**: Mij is geen onderzoek bekend waaruit naar voren komt dat mensen zorg die noodzakelijk is, mijden.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat heeft uw eigen ministerie vastgesteld. Ik vind dat vreemd.

Minister **Klink**: U had het over onderzoek uit 2001. Ik zal het nog eens nazien, maar het is mij niet geworden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb het u voorgelezen.

Minister **Klink**: Ik wil het citaat graag nog een keer van u ontvangen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan wil ik graag een schriftelijke reactie voor de tweede termijn.

Minister **Klink**: Is het goed als ik er in tweede termijn mondeling op reageer?

Mevrouw **Kant** (SP): Dat vind ik ook prima.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik sla nog even aan op wat de minister in zijn inleiding zei op de vraag of dit een adequate vertaling van het regeerakkoord is. Hij zei dat in een situatie waarin chronisch zieken en gehandicapten slechts een eigen risico van € 103 wordt toegerekend, er geen verschil is met de situatie waarin er geen eigen risico is. Daarmee heb ik twee problemen. Ik vraag de minister om een desnoods schriftelijke uitleg.

Zou er geen eigen risico zijn, dan zou de premie inderdaad ruim € 100 hoger zijn. Ongeveer twee derde van de chronisch zieken en gehandicapten hadden de zorgtoeslag. Dat maakt het verschil. De oplossing is voor de minister goedkoper, maar niet voor de chronisch zieken en gehandicapten met een inkomen dat vatbaar is voor de zorgtoeslag.

Minister **Klink**: De zorgtoeslag wordt berekend over de standaardpremie. In de standaardpremie zit wel degelijk de nominale premie plus de gemiddelde eigen betaling. De zorgtoeslag zou in een stelsel zonder eigen risico op precies dezelfde grondslag zijn vastgesteld als nu.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat was mijn vraag niet. Ik vroeg de minister of dit een adequate uitleg van het regeerakkoord is. Hij zei dat het zo is, naar ik heb begrepen omdat in een situatie zonder eigen betalingen de kosten voor chronisch zieken en gehandicapten exact hetzelfde zouden zijn, zij het dat in die situatie de premie ruim € 100 hoger zou zijn. Met het wetsvoorstel wordt de premie € 103 lager, maar er geldt dan wel een eigen risico. Voor dat eigen risico wordt niet gecompenseerd. Voor de uitgaven die verder worden gedaan, wordt wel gecompenseerd. Ik hoop dat ik de minister op dit punt goed heb begrepen. Nu gaat het mij om de vraag of deze

Klink

zienswijze wel klopt. Een deel van het aantal chronisch zieken krijgt namelijk geld terug via de zorgtoeslag als zij geconfronteerd worden met een premieverhoging, dus niet als zij een eigen bijdrage betalen. Dat aspect mis volledig in het beeld dat de minister schetst. Ik mis dat ook in de nota naar aanleiding van het verslag. Ik vind dat niet terug op pagina 31. Dat is punt een.

Minister **Klink**: Mag ik hier eerst op reageren en de feiten noemen? Ik snap namelijk wat uw punt is. Dit aspect heeft namelijk bij de voorbereiding in het kabinet ook gespeeld.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat hoop ik.

Minister **Klink**: Met mijn ambtenaren heb ik vastgehouden aan het idee dat de zorgtoeslag berekend wordt aan de hand van de feitelijke premie inclusief de gemiddelde eigen betalingen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat begrijp ik, maar dat is mijn punt niet.

Minister **Klink**: En de nominale premie inclusief de gemiddelde eigen betalingen is precies even hoog als de premie die zou ontstaan zonder een eigen risico.

De **voorzitter**: Ik zie dat u weer wilt interrumpen, mijnheer Vendrik, maar ik wil toch een kritische opmerking maken. Dit zou bij uitstek een punt zijn geweest om in te brengen in het verslag.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mijn opmerking maakte ik naar aanleiding van de nota naar aanleiding van het verslag. Daarna is er geen schriftelijke inbreng meer geweest.

De **voorzitter**: Maar die had u kunnen leveren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Die hadden wij wellicht kunnen leveren, maar ik meen dat wij tot spoed zijn gemaand. Mag ik mijn tweede vraag nog stellen?

De **voorzitter**: Jawel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Eh, inmiddels is mij ontschoten wat ik wilde vragen.

De **voorzitter**: Dat zal u vast weer te binnen schieten, maar daar gaan wij niet op wachten. De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Niet dan nadat ik gezegd heb dat het punt van die zorgtoeslag van zeer wezenlijke aard is. Als de zorgtoeslag alleen maar berekend zou zijn aan de hand van de feitelijke premie, had je niet meer kunnen zeggen dat men hetzelfde betaalt als de gemiddelde gezonde Nederlander. Ik zeg daarom nogmaals tegen de heer Vendrik dat ik dit een vrij wezenlijk punt vind. De inkomenseffecten zijn bij de berekening betrokken. Herinnert u zich uw tweede vraag al, mijnheer Vendrik?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De vraag is even... Wat ik precies wilde zeggen is me toch weer ontschoten. Excuus! Ik kom er in tweede termijn op terug.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Dan wil ik nog even terugkomen op het verleden. Ik zei al dat de doelstelling is: een prudent gebruik van de zorg via eigen betalingen en onnodig zorggebruik voorkomen. Waarom zijn in het verleden die eigen betalingen afgeschaft? Terecht meldde mevrouw Kant dat de Raad van State aan deze afschaffing herinnerde. De Raad van State vroeg zich ook af waarom wij zo "haastig" wellicht overhaast beginnen aan het omzetten van de no-claimregeling in dit stelsel, terwijl bekend is dat in het verleden iets dergelijks snel ter ziele ging. Ik gaf al aan waarom wij dat zo snel doen, namelijk om de onrechtvaardigheid die de no-claimregeling met zich meebrengt zo snel mogelijk weg te nemen. Toch blijft de vraag gelden: moet je aan zo iets beginnen als zich daarmee in het verleden mislukkingen hebben voorgedaan? Maar waren dat mislukkingen? Dat kun je ook afvragen. Je zult moeten motiveren waarom die eigen betalingen in het verleden zijn afgeschaft. Van 1983 tot 1989 gold de eigen bijdrage voor geneesmiddelen, de zogenaamde medicijnenknaak. Verder is er het specialistengeeltje geweest, de betaling voor medisch-specialistische hulp. Die gold van 1988 tot 1989. Die betalingen zijn onder de eerste twee kabinetten-Lubbers ingevoerd met het doel een verschuiving te creëren van collectief gefinancierde zorg naar meer individueel gefinancierde zorg, waarbij de individuele zorggebruiker dus kostendrager werd. Het kabinet-Lubbers III heeft die eigen bijdrage afgeschaft om de zorggebruikers te ontzien. Het kostencollectief werd over de verzekerden verdeeld. Het individueel omslaan van de kosten werd dus teruggenomen. Echter, dat heeft dat kabinet niet gedaan, omdat dat systeem niet werkte. Het heeft het vooral gedaan op grond van politieke overwegingen. Er zat simpelweg een kabinet met een andere coalitie, een coalitie van CDA en PvdA. Tja, zo simpel is het. Het is echter niet afgeschaft omdat het systeem zelf verkeerd zou zijn. Nee, aan de afschaffing lagen politieke overwegingen ten grondslag. Wat heeft men vervolgens gedaan? Men heeft het procentuele deel naar het nominale deel van de zorgverzekeringspremie gebracht. Nogmaals, aan de verandering lag niet het idee ten grondslag dat het systeem met de eigen bijdrage niet werkte. Vaak was namelijk de kritiek dat die eigen betalingen meer kostten dan zij opbrachten, maar dat is niet waar. De opbrengsten waren hoger dan de kosten, maar de afschaffing had te maken met politieke overwegingen, evengoed als er nu politieke overwegingen zijn om een systeem af te schaffen. Zo iets lijkt mij ook vrij legitiem. Daar is de politiek voor.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit is inderdaad heel legitiem. Ik meen dat wij over een paar jaar dat eigen risico om politieke redenen – ik verwacht een goede verkiezingsuitslag – ook weer afschaffen. Daar maak ik mij helemaal geen zorgen om. Maar misschien is dat des te meer reden om dat nu niet te doen. Wat u zegt, is echter niet helemaal correct. Tegenvallende opbrengsten, negatieve effecten op de groep waarop u nu doelt en ook bureaucratie spelen wel degelijk altijd een belangrijke rol bij de afweging om over te gaan tot afschaffing. Dat speelde heel sterk bij de eigen bijdrage in het ziekenfonds die Paars I had ingevoerd: uitvoeringskosten 100 mln. Dat was toch wel absurd. De bureaucratie en ook de tegenvallende opbrengsten speelden daarbij een heel

Klink

belangrijke rol. Het belangrijkste vind ik de opsomming van het stuk dat u zelf niet bij de hand had. Van de effecten van een eigen bijdrage die uit onderzoeken blijken, is het effect op de groep met een lage inkomen die afziet van noodzakelijke zorg de belangrijkste reden waarom ik dit slechte ideeën vind. Ik krijg in tweede termijn graag een reactie van u op die onderzoeken, want dat heeft u nu niet paraat.

Minister **Klink**: Dat heb ik u toegezegd.

Ik ben aangekomen bij Paars II, dat een algemene bijdrageregeling heeft ingevoerd. Die regeling heeft het maar een jaar volgehouden, in 1997-1998, doordat de uitvoering ervan duur was. Die kosten werden veroorzaakt doordat de regeling buitengewoon ingewikkeld was. Dat is een les. Wij hebben goed gekeken naar de uitvoeringskosten van de trajecten die wij nu kiezen en de mate waarin ze administratief belastend zijn. Er is ook van verschillende kanten op gewezen in verband met de AMvB's waarmee wij zullen komen, die te maken hebben met keuzeondersteunend gedrag en met zorgvormen die je kunt uitsluiten. De heer Van der Vlies zei het terecht; wij letten er nauwgezet op dat het bij de uitwerking van die AMvB's wel transparant en niet te ingewikkeld wordt. Dat is een belangrijke notie voor ons: het moet niet te complex, niet te duur en niet te bureaucratisch worden. De complexiteit van de regeling van Paars II had ook te maken met de vele uitzonderingen die erin waren geamendeerd, ook door de Kamer. Dat maakte het buitengewoon ingewikkeld. Dit illustreert hoe kwetsbaar die trajecten zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Dit illustreert dus het probleem. Als je het ongericht doet, tref je de verkeerde mensen en krijg je de verkeerde effecten. Als je die effecten wilt corrigeren door het allemaal geavanceerder te doen, wordt het bureaucratisch. Dat is het dilemma bij dit soort regelingen en daarom moet je er gewoon niet aan beginnen.

Minister **Klink**: Ik ben het volstrekt met u eens dat het een dilemma is. Maar op een lastig en taai punt na, te weten de afbakening van chronisch zieken en gehandicapten, is dit systeem in essentie niet al te ingewikkeld: je krijgt € 150 terug via een algemene verlaging van de premie en er is een route voor de extra kosten van chronisch zieken en gehandicapten. Wanneer die chronisch zieken en gehandicapten, dat wil zeggen degenen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten, worden gekoppeld aan de bestanden die bekend zijn voor de vereveningsbijdrage, liggen die gegevens klaar. Ik let er zeer nauwgezet op dat het bij de uitwerking van de AMvB's niet te ingewikkeld wordt, want anders zitten wij binnen de kortste keren weer in de fuik van een complexe regeling en verzandt het heel snel.

De afbakening van chronisch zieken en gehandicapten is een belangrijk punt, want daar is het bij de operatie om begonnen. Toch wil ik het iets relativeren. Die afbakening van chronisch zieken en gehandicapten, preciezer gezegd mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten – als je chronisch ziek of gehandicapt bent, maak je niet per se altijd zorgkosten – hebben wij nodig om deze mensen te compenseren voor € 47. Het bedrag van de overige € 103 wordt gecompenseerd via een verlaging van de zorgpremie. Die verlaging geldt voor iedereen, ook voor chronisch zieken en gehandicapten.

Het kabinet heeft er natuurlijk goed naar gekeken, ook omdat het uiteindelijk hierom is begonnen: wij willen deze groep tegemoetkomen. Het compenseren van chronisch zieken en gehandicapten voor een verplicht risico stuit dus op een probleem, omdat – ik geef dat de heer Vendrik direct toe – er geen gestandaardiseerde definitie is van deze groep en geen bruikbaar bestand voor de compensatie ervan. Om die reden is de compensatie bij de buitengewone uitgavenregeling gekoppeld aan extra kosten die je maakt. Maar die extra kosten worden ook door niet-chronisch zieken en niet-gehandicapten gemaakt. Daarom bekijken wij op dit moment of de regeling voor buitengewone uitgaven niet te riant is. Daaruit kan één ding worden afgeleid: als de feitelijke kosten als maatstaf worden genomen, is het buitengewoon lastig deze groep te definiëren. Eigenlijk is dat ondoenlijk, dus moet je toe naar een andere definitie. Wij hebben gezocht naar een bruikbaar bestand, dat deze groep zoveel mogelijk omvat. Daarbij gaat het dus om verzekeren die, gezien hun gezondheid, te maken hebben met meerjarige onvermijdbare zorgkosten en die daarmee hun verplicht eigen risico volmaken. Het gaat daarbij dus ook om zorgkosten die niet-incidenteel optreden, maar verschillende jaren achtereen en soms levenslang gemaakt móeten worden.

Welke pogingen hebben wij gedaan om deze groepen te identificeren? Er is gekeken naar de no-claimteruggave. Je zou kunnen zeggen dat iedereen die geen enkele euro heeft teruggekregen, chronisch ziek is. Dat kan echter ook incidenteel voorkomen. Als je incidenteel zorgkosten hebt, waardoor je geen no-claim terugkrijgt, betekent het nog niet dat je chronisch aangewezen bent op zorg. Die definitie verviel dus al heel snel.

Er is ook overwogen om aan te knopen bij de eigen bijdrage voor de AWBZ-zorg of bij de Wmo. Die optie is ook niet opgepakt, omdat verzekeren die AWBZ-zorg ontvangen of via de Wmo gefinancierde voorzieningen krijgen, niet noodzakelijk kosten maken in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dat is niet per se zo. Men zit natuurlijk niet voor niets in een verpleeginrichting of een verzorgingshuis, maar dat betekent nog niet dat iemand zorgkosten maakt die te maken hebben met de Zorgverzekeringswet. Bovendien blijft bij deze benadering de groep chronisch zieken voor een belangrijk deel buiten beeld. Niet iedereen zit in een AWBZ-instelling of heeft krachtens de Wmo aanspraak op voorzieningen.

Ook de regeling voor buitengewone uitgaven is onderzocht. Het nadeel daarvan is dat deze regeling in feite alleen maar mikt op diegenen die daadwerkelijk kosten hebben. Die kosten kunnen incidenteel zijn, en om die kosten te maken, hoeft je niet altijd chronisch ziek te zijn. Bovendien is het een vrij ongericht instrument. Bijna de helft van diegenen die er aanspraak op zouden hebben, maakt er geen gebruik van. Aangezien het ons nu net om die groep te doen is, is dat toch wel een groot nadeel. Ik verwijs naar het WIBUS-rapport, waarin de vraag hoe deze groepen te bereiken, ook naar voren kwam. Dat is een belangrijk aspect van de afweging van de regeling voor buitengewone uitgaven.

Na weging van die alternatieven is de keuze gevallen op de afbakening op basis van gegevens uit de risicoverevening. Zoals ik eerder zei, is al interdepartementaal onderzoek gedaan voordat het coalitieakkoord überhaupt tot stand kwam. Onderzocht is of de bestanden die in de risicoverevening voor de zorgverzekeraars

Klink

gehanteerd worden ook gebruikt kunnen worden om de groepen chronisch zieken en gehandicapten te kunnen onderscheiden van andere groepen. De bestaande risicoverevening kent een bepaalde omschrijving voor chronische ziekte, de diagnose- en farmaciekosten-groepen. Vooruitlopend op een structurele oplossing, waarbij naar mijn stellige verwachting die FKG's daadwerkelijk een rol zullen blijven spelen, hebben wij de bestanden van de risicoverevening gehanteerd en hebben wij de FKG's genomen als belangrijke voorspeller van meerjarige, onvermijdbare zorgkosten, en daarvoor waren ze in die risicovereveningen ook bedoeld.

Mevrouw **Kant** (SP): Als ik dit lijstje zo hoor, een lijst van wat blijkbaar allemaal geen goede manieren zijn om de groepen te definiëren die je wilt ontzien, dan kan ik maar een conclusie trekken: dat lukt dus niet. Dus moet je dat eigen risico niet invoeren, want je treft die groep gewoon. Je zult een aantal mensen kunnen compenseren met de gekozen definities, welke dat ook zijn, maar nooit allemaal. Dat vind ik onverantwoord. Als de belangrijkste reden van de coalitiepartijen was dat wij af moeten van de no-claim, omdat die de chronisch zieken en gehandicapten treft, en als u dan niet in staat bent om dat goed op te lossen, dan is er volgens mij maar een conclusie: niet doen.

Minister **Klink**: Ik deel die conclusie dus niet. Wij hebben in de memorie van toelichting gezegd dat dit een belangrijke aanzet is voor het definiëren en afbakenen van deze groep, beter dan bij al die andere systemen. Vervolgens hebben wij gezegd: het gaat om € 50. De rest van de compensatie vindt plaats via verlaging van de premie. Laten wij nu in elk geval beginnen met deze groep te compenseren. Het is de groep waarvan wij denken dat hij het grootste deel vormt van de groep chronisch zieken en gehandicapten, en dus een belangrijke voorspeller van een en ander is. Daar vallen anderen wellicht nog buiten. Daarom gaan wij de komende jaren bekijken hoe dit gepreciseerd kan worden, zoals ik in de memorie van toelichting ook heb gesteld. Wellicht is dit mogelijk via de diagnosekosten-groepen of door toevoeging van de mensen die hulpmiddelen gebruiken. Ik maak een andere keuze dan u. Ik heb liever dat wij de grootste groep te pakken hebben en hen kunnen compenseren dan dat ik er nu van afzie omdat het nog suboptimaal is.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is een heel andere benadering. Ik heb liever dat wij eerst de voorwaarden scheppen waarmee wij de goede groep pakken voor de compensatieregeling. Zo valt niemand buiten de boot. Van mij hoeft het eigen risico helemaal niet ingevoerd te worden, dat weet u. Maar als u het zo graag wilt, moeten wij pas besluiten om het eigen risico in te voeren als wij de goede groep te pakken hebben.

U draait het om en zegt: wij beginnen gewoon. Er valt een aantal buiten de boot. Dat is heel jammer voor hen. Zij zijn gedupeerd door uw beleid. Wij zien later wel of wij hen erbij kunnen trekken. Dat is toch geen manier van redeneren, dat is toch onverantwoord tegenover de mensen die het betreft?

Minister **Klink**: Ik ga even terug naar mijn aanvankelijke redenering. De doelstelling van deze operatie was om

het onrechtvaardige verschil van € 255 tussen een gezonde en een chronisch zieke terug te brengen. Wij brengen dit verschil terug naar € 103. Voor chronisch zieken en gehandicapten die net buiten deze FKG-definitie vallen is het teruggebracht naar € 150. Voor zover wij deze mensen wel in beeld krijgen, is het teruggebracht naar € 100. Ik wil deze operatie vervolmaken, maar ik wil haar niet laten stagneren. Daarom hebben wij deze omschakeling nu gemaakt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil dat u het vervolmaakt voordat u begint met de invoering van het eigen risico. Dan laat u die no-claim ook maar zitten en voert u het eigen risico pas in als u dit probleem hebt opgelost. Dan hebt u een financieel gat, dat begrijp ik. Waarom denkt u niet eens wat verder dan dit? U zegt zelf dat de regeling van de farmaceutische huppeldepup tekortschiet. Kies dan nu iets anders. Denk dan nu even door tot iets beters. Ik heb u de suggestie gedaan: kijk hoe het nu gaat bij de zelfzorgmiddelen. Daar bepaalt de huisarts of er sprake is van een chronische ziekte. Werk anders met een lijst met ziekten die daarvoor in aanmerking komen, maar bedenk iets beters.

Minister **Klink**: Wij willen het ongerechtvaardigde verschil terugbrengen. Voor een belangrijk deel doen wij dit ook. Wij dekken de grootste groep af, bestaande uit chronisch zieken en gehandicapten, mensen met meervoudige, meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Wij zullen het komende jaar gebruiken om dat heel nauw te preciseren. Wij zijn daar nu al mee bezig. Ik zal u straks een voorbeeld geven waar het nu nog niet kan maar wellicht zo meteen wel. Die afbakening komt dus nog. Ik wil niet dat dit proces van het omzetten van no-claim naar eigen risico hierbij stagneert. Dit breng ik inderdaad in rekening. Hierin ben ik glashelder. Natuurlijk doen wij dit ook onder de voorwaarde dat wij het remgeld en de 200 mln. aan gedragseffecten die ik zo-even noemde, niet uit handen geven. Dit zou immers een premieverhoging betekenen en dat willen wij niet. Ik hecht er ook aan dat wij inderdaad via no-claim toch in staat zijn om de premie voor het volume-effect van 200 mln. hiervan te vrijwaren. Ik heb de redenen hiervoor gegeven. Ik vind het beheersen van de premie wel zo belangrijk.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Waarom heeft het kabinet er niet voor gekozen pas hier in de Kamer te verschijnen met een definitieve regeling voor compensatie van chronisch zieken en gehandicapten?

Minister **Klink**: Ik heb zo-even de reden aangegeven.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Misschien mag ik nog een extra verzwarende omstandigheid noemen? Gebrekkige compensatie van de no-claim enzovoorts is juist de reden geweest voor dit wetsvoorstel. Daarnaast loopt dit debat al zeven jaar, en zeven jaar wordt er gesodemieterd met de definitie. In die zeven jaar is de no-claim ingevoerd, is de eigen bijdrage zorg ingevoerd en wordt er nu alweer 650 mln. bezuinigd op de beschikbare regeling die niet goed genoeg is voor fiscale compensatie van ziektekosten. Dit, minister, is niet fraai en dan druk ik mij mild uit in de richting van chronisch zieken en gehandicapten. Het had het kabinet en deze minister gesierd – ik vraag hem het nogmaals uit te

Klink

leggen – echt met een fatsoenlijke, volledige regeling te komen. Nu gaan wij weer iets in de wet zetten dat waarschijnlijk volgend jaar wordt veranderd, uitgebreid en verminderd.

De **voorzitter**: Kan het korter, mijnheer Vendrik?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Minister, dit kan zo echt niet verder.

Minister **Klink**: Dit is het eerste kabinet dat niet aangrijpt bij de zorgkosten die mensen maken. Als mensen over een bepaalde drempel heengaan, worden ze gecompenseerd. Wij hebben gezien waartoe dit leidt. Dit is veel te ruim en tegelijkertijd wordt er juist door de doelgroep te weinig gebruik van gemaakt. Wat wij nu doen is een eerste en belangrijke aanzet tot het definiëren van deze groep. In dit opzicht leveren wij meteen beter bij de vis, want deze groep krijgt vervolgens de € 50 verschil gecompenseerd tussen de gemiddelde Nederlander en degene met onvermijdbare zorgkosten. Natuurlijk, dat is suboptimaal; ik heb dat ook niet onder stoelen of banken gestoken. Ik heb van meet af aan gemeld, ook op persoonlijke titel, dat het suboptimaal is, maar dan wel met de dwingende resultaatsverplichting dat het het komende jaar beter wordt. Dat loopt gelijk op met de TBU. Ook rondom de bijzondere-uitgavenregeling zal die precisering aangebracht moeten worden. Dat zullen wij natuurlijk zwaluwstaarten.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit raakt wel het hart van de motivatie van de minister voor deze regeling, namelijk rechtvaardigheid. Dat is niet niks. Er wordt een onrechtvaardige regeling afgeschaft en nu verwachten wij dat de minister met een rechtvaardige regeling komt. Punt is evenwel dat mensen niet passen in maakbaarheidsplaatjes en hokjes. Zo zijn er chronisch zieken die helemaal niet zulke hoge zorgkosten hebben. En zo zijn er gezonde mensen die altijd hun no-claim c.q. hun eigen risico kwijt zijn, bijvoorbeeld omdat ze een genetische aanleg hebben en daarom ieder jaar een mammografie moeten laten maken. Het is dan toch heel onrechtvaardig dat zij dan wel ieder jaar de volle mep moeten betalen en anderen niet.

Minister **Klink**: Ik heb zo-even al aangegeven dat onder de no-claim er sprake was van de volle mep betalen. De nu voorgestelde regeling beoogt nu juist dat men niet meer de volle mep betaalt. Dat doen wij op twee manieren. Enerzijds door de premie voor iedereen, dus ook voor hen, te verlagen met € 103. Die compensatie bereikt alle chronisch zieken en gehandicapten. Anderzijds houden wij nog € 47 over, waarbij wij een definitie hebben gegeven die nog niet toereikend is maar die wel kan worden gezien als een eerste belangrijke aanzet tot een dekkende definitie. Ik zie niet in waarom wij vanwege een gebrekkige definitie het betere de vijand laten zijn van het goede. Ik vermag dat niet in te zien.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik begrijp het dilemma van de minister. Aan de ene kant wil hij vaart maken, wil hij dat de mensen een vorm van eigen risico dragen en wil hij de zorg betaalbaar houden. Aan de andere kant hebben wij te maken met een groep die wij niet goed kunnen definiëren. Daarnaast hebben wij ook nog zoiets als een betrouwbare overheid. Als wij volgend jaar met

een andere definitie of met andere groepen komen, hebben wij dus een probleem met die betrouwbare overheid. Hoe gaat de minister daar dan mee om? Het kan best zo zijn dat die definitie straks gewijzigd moet worden, dat de mensen die er nu onder vallen er straks niet meer onder vallen en omgekeerd.

Minister **Klink**: Dat verwacht ik dus niet. Die FKG's zijn belangrijke indicatoren, bijvoorbeeld voor mensen die kanker hebben. Dat zijn mensen die altijd medicijnen gebruiken. Die medicijnen zijn een belangrijke indicator voor het feit dat deze groep langjarig onvermijdbare zorgkosten heeft. En neemt u van mij aan: als wij die definitie volgend jaar gaan preciseren c.q. uitbreiden, dan gaan die mensen er niet buiten vallen. Die FKG's zijn het eerste, stabiele en substantiële bestanddeel van datgene wat ook in 2009 als chronisch ziek en gehandicapt gedefinieerd zal worden. Dus vinden er hooguit aanvullingen plaats, maar ik vermag niet in te zien waarom binnen de FKG's vervolgens mensen buiten de boot gaan vallen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik erken en waardeer de speurtocht naar de best mogelijke afbakening, maar die hebben wij dus nog niet. Dat erkent de minister ook; het is suboptimaal, zoals hij dat zelf heeft gezegd. Als wij naast de FKG's de parameter plaatsen van meer jaren hoge ziektekosten, dan zijn wij toch nog weer een stap dichterbij het optimum? Dat heb ik ook voorgesteld in mijn eerste termijn maar ik heb er nog steeds geen reactie op gekregen. Zou dat niet een variant zijn die vanuit de databanken die wij kennen, ons verder zou helpen?

Minister **Klink**: Ik denk niet dat op dit moment die bestanden voorhanden zijn, althans zodanig dat je er direct mee aan de slag kan. Ik weet ook niet of het toereikend is. Ik zal dat punt in ieder geval meenemen. Ik gaf zo-even een indicatie van de no-claim. Dat is namelijk een indicator voor de mate waarin mensen zorgkosten hebben. Als men bijvoorbeeld twee jaar achter elkaar de no-claim niet teruggekregen heeft, kan dat een indicatie zijn voor het feit dat men meerjarig onvermijdbare zorgkosten heeft, maar het is geen dwingende indicator. Het kunnen ook twee jaar achtereenvolgende incidentele kosten geweest zijn. Dan wordt de groep te groot en is er sprake van overcompensatie. Hetzelfde probleem ontstaat ten aanzien van de buitengewone uitgaven. Dat nadeel kleeft niet aan de farmaceutische kostengroepen. Ik ben ervan overtuigd dat een belangrijke dekkingsgraad langs die lijn is te bereiken, maar er zijn naar mijn idee ook andere mogelijkheden. Op dit moment gaan wij na welke dat zijn. Wij zouden de diagnosekostengroepen goed kunnen hanteren. Het probleem is echter dat de gegevens waarover wij nu beschikken slechts gelden voor de voormalige ziekenfondsverzekerden en dus niet voor de particulier verzekerden. Volgend jaar kunnen zij misschien wel meedoen.

Het gebruik van hulpmiddelen kan een belangrijke indicator zijn voor het feit dat men meerjarig onvermijdbare zorgkosten heeft. Ik ben zeker bereid om dat erbij te betrekken en na te gaan in hoeverre dat een aanvulling kan zijn. Het is ook voor mij ongemakkelijk dat ik geen strakke definitie kan geven. Uit het oogpunt van rechtsgelijkheid was het ook mogelijk geweest om het bij die compensatie te laten, maar ik wil het betere niet de

Klink

vijand laten zijn van het goede. Er zijn overigens twee vormen van compensatie, namelijk de verlaging van de premie met € 103 en de route via het Centraal Administratie Kantoor voor € 47. Uit het oogpunt van rechtsgelijkheid en vanwege de gebrekkige definitie, was het mogelijk geweest om het bij het bedrag van € 103 te laten. Wij konden ervoor kiezen om volgend jaar, zodra er een betere definitie is, het bedrag van € 47 aan de gehele groep te geven. Ik heb dat niet gedaan. Tot wij een en ander redelijk objectief en dekkend in beeld hebben, kies ik ook voor de route van € 47.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zie de verbeteringen duidelijk. Dat is winst. De minister noemt de bezwaren die rijzen als voor de BU-regeling wordt gekozen. Hoe verhouden die zich tot de bezwaren die betrekking hebben op de FKG's?

In hoeverre kunnen zaken die wij nu moeten laten liggen, in de toekomst met terugwerkende kracht worden geregeld?

De **voorzitter**: Ik heb de Kamer voorgesteld om de vergadering om 19.30 uur te schorsen en verzoek de minister dan ook om zijn betoog af te ronden.

Minister **Klink**: Ik rond mijn betoog af en stel voor dat ik de resterende vragen van de Kamer voor de tweede termijn schriftelijk beantwoord.

Een voordeel van het gebruik van FKG's is dat farmaceutische zorg doorgaans snel bij de zorgverzekeraars wordt gedeclareerd, omdat in die sector het elektronische declaratieverkeer op grote schaal wordt toegepast. Het probleem van nagekomen declaraties dat in de ziekenhuiszorg bekend is, doet zich in de farmacie niet of nauwelijks voor. De kosten kunnen snel in beeld worden gebracht en gecompenseerd. In de tweede helft van 2008 is er een nagenoeg compleet bestand beschikbaar van de farmaceutische zorg waarvan in 2006 en 2007 gebruik is gemaakt. Ik noem 2006 en 2007, omdat het bij de meerjarige onvermijdbare zorgkosten gaat om het onafgebroken gebruik in een periode van twee jaar. De zorgverzekeraars beschikken al over die gegevens. Aan de hand daarvan wordt vastgesteld welke verzekerden in 2006 en 2007 onder de FKG's vielen en wie dus voor compensatie in aanmerking komen.

Het aantal verzekerden vanaf achttien jaar dat in 2006 en 2007 in een FKG is ingedeeld, wordt geschat op 2,2 miljoen. Die schatting is gedaan op basis van ziekenfondsgegevens over de periode 2004 en 2005. Die zijn geëxtrapoleerd voor de populatie van de Zorgverzekeringswet. Mede gelet op de omvang van die groep is onderzocht of het mogelijk is om binnen de FKG een nader onderscheid te maken op basis van de chronische aard van aandoeningen. Daartoe zijn de aandoeningen die verbonden zijn aan de verschillende FKG's onderzocht. Alle FKG's, met uitzondering van die van hoog cholesterol, zijn nadrukkelijk gekoppeld aan een chronische ziekte of aandoening. Daarom acht ik het verdedigbaar dat de FKG "hoog cholesterol" niet wordt meegenomen in de FKG die voor de onderhavige afbakening wordt gebruikt. Hierbij speelt ook een rol dat verzekerden tegelijk in meer dan een FKG kunnen worden ingedeeld. Zo worden verzekerden die in verband met een hartaandoening chronisch medicijnen gebruiken, ingedeeld in de FKG "hartaandoeningen". Indien voor de afbakening de FKG "hoog cholesterol"

wordt uitgesloten, blijven hartpatiënten die chronisch medicijnen gebruiken natuurlijk onder de groep vallen van mensen die gecompenseerd zullen worden. Daardoor blijft de compensatie voor het verplichte eigen risico voor deze patiënten ook gelden, ook al is dat niet op basis van de indicatie "hoog cholesterol".

Zoals ik al meldde, is in de tweede helft van 2008 een praktisch compleet bestand van de degenen die in 2006 en in 2007 gebruikmaakten van de farmaceutische zorg bij zorgverzekeraars beschikbaar. Aan de hand daarvan kunnen de zorgverzekeraars vaststellen welke verzekerden, gezien hun geneesmiddelengebruik, in 2006 en 2007 in een FKG vielen. Vervolgens kunnen zij de bestanden met rekeningnummers aanleveren bij het CAK. Het CAK zal de betrokkenen vervolgens die € 47 doen toekomen. Op basis van dit bestand keert het CAK de compensatie voor het jaar 2008 in het laatste kwartaal van dat jaar uit.

Met het geautomatiseerde FKG-bestand kan de beoogde doelgroep goed worden voorspeld. Een verzekerde krijgt compensatie indien hij in 2006 en 2007 op basis van declaratiebestanden en met toepassing van de definitie voor 2007 onder een of meer FKG's is gevallen. Dit betekent dat mensen die voor meer ziektes medicijnen voorgeschreven krijgen – in tegenstelling tot wat de heer Omtzigt meende – wel in het FKG-bestand kunnen zijn opgenomen. Mensen met een chronische ziekte, gehandicapten of mensen op leeftijd zullen niet altijd meerjarige onvermijdbare zorgkosten hebben en dus hun verplichte risico volmaken. Dat is afhankelijk van de zorgkosten die zij maken op grond van de Zorgverzekeringswet.

Voor de jaren na 2008 willen wij het systeem verfijnen door goed te kijken naar de bestanden van de risico-verevening, onder andere naar de DKG's (diagnosekostengroepen). Ook in het vereveningsstelsel worden deze groepen gebruikt om verzekeraars te vrijwaren van langdurige en hoge kosten die gemoed zijn met een chronische ziekte of een handicap. Bij de verdere verfijning kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het bepalen van te compenseren ziektebeelden met een koppeling aan de geautomatiseerde bestanden van de risicoverevening. Die verfijning wordt aangebracht in nauw overleg met de CG-raad. De CG-raad is ook geconsulteerd voordat wij deze plannen aan de Kamer toevertrouwden. Daarmee is overigens niet gezegd dat de raad hier van harte achter staat. Dat is wat anders.

Het laatste punt van mijn algemene verhaal heeft te maken met de buitengewone uitgaven. Mevrouw Kant wees op die mogelijkheid. De heer Van der Veen, mevrouw Wiegman en de heer Omtzigt hebben gevraagd of het mogelijk is om voor een jaar de route van de buitengewone uitgaven te volgen om daarmee ruimte te creëren voor een nadere afbakening. Aan die route kleven echter de nodige nadelen. In het coalitieakkoord is overeengekomen om de buitengewone uitgaven af te schaffen. Uitbreiding in het laatste jaar kan die afschaffing onnodig bemoeilijken. Het eigen risico is nu geen onderdeel van de regeling voor buitengewone uitgaven en ook de no-claim valt er niet onder. Compensatie via deze regeling kan dus maar voor een jaar. Via de route van het CAK wordt een meer structurele oplossing op langere termijn geboden.

De verzekerden moeten zelf een beroep doen op de regeling voor buitengewone uitgaven. Uit onderzoek van Nivel blijkt dat er hoog niet-gebruik is van deze regeling, ook onder chronisch zieken en gehandicapten. De

Klink

doelgroep wordt dus slecht bereikt. Bovendien kan de compensatie via het CAK automatisch aan verzekerden in het laatste kwartaal van 2008 worden uitbetaald. Compensatie via de buitengewone uitgaven wordt pas in 2009 aan betrokkenen verstrekt. Via de buitengewone uitgaven zouden ruim 6 miljoen volwassenen worden bereikt, waaronder veel niet chronisch zieken. Aan de ene kant wordt er te weinig gebruik van gemaakt en aan de andere kant is sprake van overcompensatie. Als het eigen risico wordt ingebracht in de buitengewone uitgaven, met een lage drempel van ongeveer 1,45% van het inkomen, dan worden veel mensen gecompenseerd die niet chronisch ziek of gehandicapt zijn. De compensatie zal daardoor veel lager uitvallen of veel duurder zijn. Het is mogelijk om zodanig met de drempels van de buitengewone uitgaven te schuiven dat de kosten in de hand worden gehouden en ongeveer dezelfde koopkrachteffecten worden bereikt als langs de route van het CAK. Als wij kiezen voor de route van de buitengewone uitgaven voor het komende jaar, dan moeten wij ook kiezen voor een zodanige wijziging van de criteria met name de drempels dat de operatie niet enorm duur wordt en de koopkrachteffecten voor de mensen waaraan wij tegemoetkomen via het CAK ongeveer identiek zijn. Die € 47 willen wij er namelijk wel uit krijgen; voor dat bedrag moeten de mensen gecompenseerd worden. Ik heb intern een verkenning naar een en ander laten verrichten; alternatieven zijn serieus overwogen. Daaruit blijkt dat deze optie redelijk kan sporen als niet wordt gekeken naar de groep ouderen. Die groep wordt voor een deel al snel minder goed gecompenseerd.

Ik noem een ander nadeel. In het kader van het Zorgverzekeringsfonds is 75 mln. voor deze operatie uitgetrokken. Als wordt gekozen voor de buitengewone uitgavenregeling, dan moet dat bedrag via een schuif naar de Belastingdienst worden overgeheveld. Dat betekent dat op de lastendekkende premies, waar door de voormalige coalitiepartijen voor gepleit is, wellicht eenmalig moet worden ingebroken. Deze bezwaren kleven aan de optie van de buitengewone uitgaven. Overigens begreep ik dat de heer Omtzigt voorstelde om daar voor één jaar voor te kiezen teneinde ruimte te creëren om de definitie te preciseren.

De voorzitter: Mijnheer Omtzigt, het is kwart over zeven geweest en ik sta dus geen interrupties meer toe.

De heer **Omtzigt** (CDA): Het zou mijn eerste zijn.

De voorzitter: Ik snap het probleem, maar ik heb gezegd dat wij om half acht stoppen. Het is nu bijna half acht. De minister geeft nog aan waarop hij een schriftelijke toelichting geeft.

Minister **Klink:** Ja, ik zal hier schriftelijk op terugkomen.

Een meer algemeen punt betreft de verzekeraarsturing waar de heer Van der Veen naar vroeg. In het wetsvoorstel is de mogelijkheid opgenomen voor zorgverzekeraars om vanaf 1 januari 2009 zorgvormen uit te sluiten van het verplichte eigen risico. De bedoeling daarvan is om een positieve prikkel in te bouwen voor het contracteren van kwaliteit. Hoe kunnen wij stimuleren dat verzekeraars selectiever worden in het contracteerbeleid met behoud van de mogelijkheden die zij nu al hebben? Ik geef mevrouw Schippers daar natuurlijk

graag gelijk in: via naturapolissen en lagere kosten kan daar nu al op gestuurd worden. Waarom zouden wij daar echter niet een sturingsmogelijkheid aan toevoegen? Ik heb natuurlijk oog voor het punt dat mevrouw Kant maakte: in hoeverre gaan verzekeraars dan niet sturen in de richting van de meest goedkope in het streven naar doelmatigheid en lage premies? Ik teken daar twee dingen bij aan. Ten eerste ben ik het volstrekt met de heer Van der Veen eens. Ik had al niet het beeld dat alle verzekeraars voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten en alleen prijsskopers zijn en in het afgelopen halfjaar is dat beeld zeker niet versterkt in mijn contacten met de zorgverzekeraars; ook zij willen gerichte zorginkoop op basis van kwaliteit. Ten tweede wordt hen daarvoor de randvoorwaarden geboden. Voor de komende vier jaar wordt ten aanzien van 80 aandoeningen de kwaliteit van zorginstellingen in beeld gebracht. Natuurlijk moet er een zekere basiskwaliteit aanwezig zijn. Mevrouw Kant voerde daarover een interruptiedebat met de heer Van der Veen waarbij zij terecht opmerkte dat die kwaliteit verzekerd moet zijn. Dat betekent echter niet dat bepaalde zorginstellingen daar niet boven uit kunnen steken. Zij moeten op dat punt een verschil kunnen maken op basis waarvan zij gecontracteerd kunnen worden. Als de kwaliteit inzichtelijk wordt en een zorgverzekeraar vervolgens, onder kwijschelding van de eigen bijdrage, selectief contracteert en voortdurend de doelmatigste maar minst kwalitatieve instelling aanbiedt, dan is de reputatieschade van die verzekeraar enorm. Dat garandeer ik. Geen enkele verzekeraar kiest daarvoor. Daarvan ben ik heilig overtuigd, althans op het moment dat die kwaliteit inzichtelijk is. Daar werken wij hard aan; mijn voorganger is daar al mee begonnen.

De heer Van der Vlies en de heer Vendrik vroegen naar de voorwaarden. Die zullen voorwerp zijn van een aparte AMvB. Ik zeg graag toe dat ik daarover met de Kamer in debat ga. Het raakt aan de inzichtelijkheid van het stelsel en aan de doelmatigheid in relatie tot de kwaliteit, het punt van mevrouw Kant. De AMvB wordt dus sowieso voorgehangen en ik wil er graag met de Kamer over debatteren in 2008. De keuzevrijheid blijft vooropstaan. Die wordt echt niet minder door het voor een deel kwijschelden van de eigen bijdrage.

□

De voorzitter: De resterende vragen worden schriftelijk beantwoord. De woordvoerders kunnen staccato vragen noemen die zij nog beantwoord willen hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik doe mijn best om de onderwerpen op te noemen. Er zijn ook zaken gepasseerd waarover ik vragen heb gesteld die niet zijn beantwoord. De interrupties daarop heb ik even laten lopen.

De voorzitter: U mag nu geen interrupties meer plegen.

Mevrouw **Kant** (SP): Nee, ik geef alleen een opsomming van de onderwerpen waarop ik nog een schriftelijke reactie verwacht:

- Het liquiditeitsprobleem en de brief van Divosa.
- Gebruikt de minister de lijst van 2006 of van 2007 van de farmaceutische kostengroepen? Die van 2007 is uitgebreider; op de lijst van 2006 is bijvoorbeeld kanker niet vermeld.
- De opeenstapeling van eigen betalingen.

Voorzitter

- De uitzondering van preventie, acute zorg en ziekenhuisopnames.
- De brief van Actal over de kosten voor bureaucratie.
- Waarom loopt een en ander via het CAK en niet via de zorgtoeslag?
- De heer Omtzigt zei volgens mij onterecht dat over mijn laatste punt een nota van wijziging is ingediend: waarom wordt niet vastgelegd dat het vrijwillige eigen risico op dezelfde zaken betrekking moet hebben als het verplichte eigen risico?

De heer **Omtzigt** (CDA): Mijn nog openstaande vragen staan gewoon in mijn eerste termijn, dus die ga ik niet oplezen. Wel hoor ik graag van de minister welke verbeteringen hij mogelijk maakt in de CAK-definitie voor 2008. Ik heb de intramurale AWBZ-zorg en de hulpmiddelen genoemd. Ook wil ik uitgelegd hebben hoe de BU-regeling eventueel een jaar kan worden gecontinueerd, zodat er in de tweede termijn een fundamentele keuze kan worden gemaakt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): In aanvulling op de vragen van de heer Omtzigt herhaal ik mijn vraag uit de eerste termijn over de verwachte toestroom van bezwaarschriften in de richting van het CAK: ik hoor er onder te vallen, maar ik val er niet onder.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter, ik wil de eerste termijn wel overdoen. Ik heb daarin heel veel vragen gesteld en ik wil op al die vragen een schriftelijk antwoord.

De **voorzitter**: Dat is al toegezegd.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Er worden dus alleen nog aanvullende vragen opgelezen?

De **voorzitter**: Ik ga me er niet meer in verdiepen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb twee aanvullende vragen naar aanleiding van het betoog van de minister. Deze had ik anders bij interruptie gesteld.

Op de pagina's 30 en 31 van de nota naar aanleiding van het verslag maakt de minister een vergelijking tussen verschillende systemen, onder andere met en zonder no-claim. Ik mis de variant "regeerakkoord, uitleg Vendrik", een systeem met een eigen risico maar met volledige uitsluiting van chronisch zieken en gehandicapten.

Kan de minister iets meer zeggen over de specifieke koopkrachteffecten voor 2008 in het voorstel van het kabinet? Dat is natuurlijk verwerkt in het grote totaal van de Miljoenennota en de begroting van SZW. Ik wil graag dat de separate effecten van dit voorstel worden verwerkt in een kort staatje.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik krijg graag antwoord op de vraag hoe het zit met chronisch zieken die geen of erg weinig medicijnen gebruiken. Ook wil ik graag antwoord op de vraag of de zorgvraag niet beter kan worden ingedamd door ziekenhuizen meer integraal te laten werken en of de prikkel niet juist bij de ziekenhuizen zou moeten liggen.

De **voorzitter**: Mevrouw Schippers, hebt u geen spijt

van het feit dat u nog niets hebt gevraagd? U ziet er namelijk uit of u spijt hebt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Nee, voorzitter. Ik wil gewoon antwoord op mijn vragen. Als ik die antwoorden niet krijg, komt er een derde termijn. Ik heb de vragen net allemaal netjes opgelezen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb nog een andere procedurele vraag die ik net ben vergeten. Blijkbaar heeft de minister kennis van de tweede evaluatie van de no-claim en de Kamer niet. Ik wil die evaluatie graag voor de tweede termijn hebben.

De **voorzitter**: Als die evaluatie er is, neem ik aan dat dit mogelijk is.

Minister **Klink**: Dat kan.

De **voorzitter**: Wij zullen de tweede termijn zo gauw als het kan plannen en de woordvoerders daarover tijdig informeren. Wij zullen deze termijn zo plannen, dat wij hem ook kunnen afmaken.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U houdt de mogelijkheid open dat de tweede termijn morgen plaatsvindt?

De **voorzitter**: Ja.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat weten wij morgenochtend?

De **voorzitter**: Ja.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Gaat het de minister lukken om al die vragen schriftelijk te beantwoorden?

De **voorzitter**: Vast.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat lijkt mij een heftig dingetje voor vanavond. Succes!

De **voorzitter**: Ik waardeer uw zorg.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is het risico van de minister.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 19.34 uur tot 20.45 uur geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Aanpassing van een aantal wetten met het oog op de inwerkingtreding van de Wet ruimtelijke ordening alsmede regeling van overgangsrecht (Invoeringswet Wet ruimtelijke ordening) (30938).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De heer **Van Leeuwen** (SP): Voorzitter. Ik begin maar gelijk met een heet hangijzer, namelijk de WGR-