



Mevrouw Blanksma-van den Heuvel (CDA)

© M. Sablerolle – Gouda

gebroken behandeling. Helaas gaan wij die geschiedenis voortzetten.

Daartoe wordt besloten.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 16.55 uur tot 18.45 uur geschorst.

Voorzitter: Ten Hoopen

Aan de orde is de behandeling van:

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

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Het is een goede zaak dat mensen de medisch noodzakelijke zorg krijgen die zij nodig hebben. Of zij nu rechtmatig in Nederland verblijven of niet, wanneer zij een arts of andere zorg nodig hebben, moet dat mogelijk zijn. Gelukkig is dit ook allang het geval. Er bestonden voor dit doel verschillende regelingen die ieder op zich redelijk werkten, maar in de praktijk door versnippering toch voor veel problemen zorgden en bovendien onoverzichtelijk waren. Met het huidige voorstel wordt een en ander gestroomlijnd. Daardoor komt er nu ook een wettelijke basis voor deze zorg. Dat lijkt mijn fractie een goede zaak. Uniformering en een duidelijke regeling zijn de winst van dit wetsvoorstel. Mijn inbreng in dit debat betreft verschillende punten: doelgroepen, medisch noodzakelijke zorg, stroomlijning en financiën.

De CDA-fractie heeft in het verslag vragen gesteld over de verschillende groepen vreemdelingen waarbij zich het risico op ongedekte medische kosten kan voordoen. Op verzoek van mijn fractie heeft de regering dit risico inzichtelijk gemaakt voor de verschillende groepen. Wij danken de regering hier hartelijk voor. Uit dit antwoord blijkt dat voor veel groepen het inderdaad duidelijk is of zij AWBZ-verzekerd zijn en dus zorgverzekeringswetplichtig of dat zij niet onder deze regeling vallen. Voor de laatste gevallen bestaan er regelingen. Het is een goede zaak als wij zoveel mogelijk groepen kunnen benoemen en kunnen aangeven onder welk regime zij vallen. De wet spreekt over bepaalde groepen vreemdelingen. In het wetsvoorstel gaat het om een regeling zowel voor groepen die rechtmatig als voor groepen die niet rechtmatig in Nederland verblijven. Dat roept vragen op. Onder punt 1.a van de nota van wijziging staan rechtmatig in Nederland verblijvende personen. Sommigen van hen wachten hun beslissing af in een azc en hebben daar een ziektekostenregeling. Wat geldt er voor mensen die deze beslissing buiten het azc afwachten? Vallen zij onder dit wetsvoorstel? Die mvv'ers, want daar gaat het uiteindelijk om, zijn toch minder goed af dan mensen die in een azc verblijven. Eind vorig jaar is toegezegd dat de situatie voor de mvv'ers snel geregeld zou worden via het project "Naar een modern migratiebeleid" van het ministerie van Justitie. In de nota naar aanleiding van het verslag van het wetsvoorstel waarover wij nu spreken, is aangegeven dat de Kamer zo spoedig mogelijk geïnformeerd wordt. De staatssecretaris van Justitie schreef echter in een brief over deze problematiek dat zij voor het zomerreces met berichten komt. Mijn fractie wil graag een snelle oplossing voor dit probleem hebben. Het gaat volgens ons om de technische uitvoering.

Het andere deel van de regeling gaat over niet rechtmatig verblijvende vreemdelingen. Levert die ene regeling voor verschillende groepen in de praktijk geen problemen op? Gaat alles niet door elkaar lopen wanneer een wet zowel zorgt voor een vergoeding voor niet rechtmatig verblijvende als voor wel rechtmatig verblijvende vreemdelingen?

Een groep die niet onder de regeling valt, is die van de mensen die vallen onder de pardonregeling. Gerekend vanaf het moment dat zij hun fiat krijgen, moeten zij zich binnen vier maanden aanmelden voor de Zorgverzekeringwet en zich dus inschrijven bij een zorgverzekeraar. De statushouders moeten echter soms veel langer dan die vier maanden wachten voordat zij bij een gemeente ingeschreven kunnen worden. Pas als zij een huis krijgen, kunnen zij zich inschrijven bij een zorgverzekeraar. Zij lopen daardoor het risico op een boete van de zorgverzekeraar, want zij hebben zich immers niet aan de termijn van vier maanden gehouden. Die boetes worden ook daadwerkelijk uitgedeeld. Op vragen van collega De Wit antwoordt de minister van Justitie dat zij die boete niet meer zullen krijgen en dat dat met de zorgverzekeraar gecommuniceerd zal worden. Hoe staat het daarmee? Met het geven van beleidsregels ter zake aan de Nederlandse Zorgautoriteit handelt men sneller. De derde vraag in dit verband luidt: hoe kunnen de Zorgverzekeringwet en de Regeling verstrekking asielzoekers met elkaar in overeenstemming worden gebracht? Kan de minister op dit punt duidelijkheid verschaffen?

Smilde

Onze speciale aandacht gaat uit naar kinderen in een onduidelijke verzekeringssituatie. Wij begrijpen uit de nota naar aanleiding van het verslag dat dit verzekeringsgat is opgevuld. Begrijpen wij het goed dat daarmee het risico van onverzekerde minderjarige vreemdelingen is opgelost?

Vervolgens wil ik iets zeggen over het genieten van medisch noodzakelijke zorg, een begrip dat ook geldt op grond van de Vreemdelingenwet. De elementen die bij de invulling van het begrip in aanmerking worden genomen, zijn de volgende. Het gaat hierbij om bijna alle vormen van zorg, met uitzondering van ivf en genderoperaties. Wij zijn blij dat die zorg alleen via een AMvB kan worden geregeld, maar wij willen graag dat voor het van kracht worden van die AMvB een voorhangproceduur in aanmerking wordt genomen.

Het tweede uitgangspunt is dat de arts beslist wat medisch noodzakelijke zorg is. Dat vinden wij prima. Wij horen van hulpverleners dat zij hiermee goed uit de voeten kunnen.

Het derde element betreft een lastiger punt, namelijk het begrip noodzakelijke zorg. Aan dat begrip wordt met inachtneming van de duur van het verblijf invulling gegeven. Natuurlijk wordt het verlenen van zorg eerder als noodzakelijk aangemerkt naarmate de persoon in kwestie hier langer verblijft. Voor vreemdelingen die wachten op een verblijfsvergunning of die nog onderwerp van een beroepsprocedure zijn, kan alles te overzien zijn. Dat is echter lastiger voor een hier niet rechtmatig verblijvende vreemdeling. Wat is de opvatting van de minister op dit punt? Wij willen dit graag weten, al was het alleen maar om met de wetsgeschiedenis duidelijk te maken hoe hierover precies wordt gedacht. Op die manier wordt duidelijk welke invulling het begrip krijgt.

De commissie-Klazinga schrijft dat artsen zich primair moeten richten op medische en zorginhoudelijke aspecten. Verderop in het stuk lezen wij echter dat bij de zorg voor onverzekerde vreemdelingen het geëigend is dat financiële argumenten een rol kunnen spelen voor de behandelingskeuze mits de geldende richtlijnen daarvoor ruimte laten. Ook hierover willen wij de mening van de minister horen.

De heer **Van Gerven** (SP): Wat is de opvatting van het CDA over het hanteren van de verblijfsduur als afwegingscriterium? Uit het rapport van Klazinga, maar ook uit berichten die ons gestuurd zijn, blijkt dat men erg worstelt met het hanteren van dit criterium.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik meen dat de verblijfsduur heel goed een zekere rol zou kunnen spelen. Wij hebben het namelijk over een oninbare vordering in verband met gemaakte zorgkosten die op de samenleving worden afgewenteld. Daarom moet je zeer zorgvuldig handelen. Wij kunnen ons dus heel goed voorstellen dat er een samenhang met een bepaalde mate van verblijfsduur is.

De heer **Van Gerven** (SP): Medisch noodzakelijk zorg heeft toch niets te maken met de verblijfsduur? Of een zorg medisch noodzakelijk is, wordt immers bepaald aan de hand van medisch-professionele afwegingen. Er zou bij het verlenen van noodzakelijke zorg dan ook geen onderscheid moeten worden gemaakt tussen bedoelde mensen en personen die hier legaal verblijven of die regulier verzekerd zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Als mensen hier op tijdelijke basis zijn, kan dat feit betrokken worden bij de afweging door de artsen als zij moeten bepalen of zij de persoon in kwestie zullen behandelen. Voorop staat altijd dat de beoordeling van de medische noodzaak aan de artsen is. Als mensen hier maar een weekend of twee weken zijn, geldt een andere afweging dan wanneer mensen hier een paar maanden zijn. De arts kan echter bepalen of sprake is van medisch noodzakelijke zorg en ik wil de beoordeling daarvan ook graag bij de artsen laten. De enige reden waarom ik dit punt aan de orde stel, is dat ik het nodig vind dat onze gedachten hierover onderdeel worden van de wetsgeschiedenis. Daarom vraag ik de minister om hierover zijn opvatting te geven. De CDA-fractie heeft er echter geen bezwaar tegen dat de verblijfsduur bij het bepalen van de medische noodzaak in aanmerking wordt genomen. Wij hechten wel veel belang aan de afweging van de arts en willen voorts dat dit punt goed wordt geregeld.

Over de omvang van de curezorg is de regeling volstrekt helder. Hoe zit het precies met de AWBZ-zorg?

Dan kom ik bij de stroomlijning. Het wetsvoorstel beoogt een stroomlijning van de vergoedingen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen direct toegankelijke zorg en niet direct toegankelijke zorg. Wij hebben zorgen over de manier waarop die stroomlijning vorm zal krijgen. Met betrekking over directe zorg hebben wij een vraag: waarom de grens van 80% vergoeding van de kosten? Zou het ook mogelijk zijn om bijvoorbeeld in beleidsregels vast te laten leggen door het CVZ, dat de uitvoerder zal zijn, dat er sprake moet zijn van serieuze inspanningsverplichtingen van de zorgverzekeraar om te voorkomen dat de verleende zorg kan leiden tot een oninbare vordering? Zou dat kunnen leiden tot 100% vergoeding? Wij vragen ons dat af en leggen het de minister voor.

De Raad van State stelt dit namelijk voor. Die ziet in de oninbaarheid van de vordering de prikkel voor de mate waarin je daaraan strenge eisen kunt stellen. Zowel de memorie van toelichting als de nota naar aanleiding van het verslag gaat hier niet echt op in. Wat zijn precies de risico's bij een volledige vergoeding? Kan er niet afschuifgedrag plaatsvinden van de direct naar de niet direct toegankelijke zorg, vooral wanneer het gaat om patiënten die met enige regelmaat bij een hulpverlener komen? Zal zo'n hulpverlener dan niet geneigd zijn om sneller door te verwijzen? Hoe is het nu geregeld met de hoogte van de vergoeding van die zorg? Betekent een nieuwe regeling een uitbreiding van die vergoeding of juist een inperking bij oninbare vorderingen?

Het tweede aspect van de stroomlijning is het CVZ. Wij vragen ons af of het CVZ als publiekrechtelijk orgaan deze contracten wel zou moeten afsluiten. Is het niet een beetje "schoenmaker, blijf bij je leest"? Wat zou er gebeuren wanneer je niet contracteert, maar de zorgverlener rechtstreeks bij het CVZ declareert, natuurlijk ook dan onder de strenge voorwaarden die ik zo-even noemde bij de 80% vergoeding?

Wij hebben aarzelingen bij het beperkte aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Wij kunnen ons voorstellen dat er zorgaanbieders zijn, vooral in grote steden, die nu problemen hebben en zeggen: die contracten willen wij wel. Welke garantie hebben wij dat er een goede spreiding over het land is? Waarom zou een zorgaanbieder zo'n contract afsluiten? Welke winst zit er voor hem in?

Smilde

Ik heb nog een technische vraag. In de nota naar aanleiding van het verslag lezen wij dat de bureau-medewerkers van Stichting Koppeling hun werkzaamheden voortzetten. Maar Stichting Koppeling gaat niet functioneren binnen het CVZ. Hoe gaat dat dan precies, wie heeft dan de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en blijft Stichting Koppeling bestaan?

Ik heb nog een klein stukje over de financiën. Volgens de memorie van toelichting is voor de uitvoering van de regeling 44 mln. per jaar geraamd. Op de vraag van de CDA-fractie waarop die raming is gestoeld, luidt de reactie dat het antwoord daarop pas kan worden gegeven als de regeling een paar jaar in werking is. Kan de minister hierin preciezer zijn? Wat is het huidige budget dat gemoeid is met Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren?

Voorzitter. Het is van belang dat wij een strenge maar rechtvaardige regeling hebben om ook illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Daarvoor is nodig dat de zorgverlener gegevens uitwisselt met het CVZ, wanneer er sprake is van een oninbare vordering en de zorgverlener dus een beroep moet doen op de regeling. Wij willen niet dat deze gegevensuitwisseling kan worden gebruikt voor opsporing van de desbetreffende illegale zorgvrager. Kan de minister aangeven dat dit inderdaad niet het geval zal zijn?

□

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. In een ontwikkeld land regelt de overheid zorg voor allen, ook uit eigenbelang. Dit schreef Ivan Wolffers twee jaar geleden in Trouw na een reeks van incidenten waarbij zieke onverzekerden aan de poort van het ziekenhuis werden weggestuurd. De verontwaardiging was niet alleen groot bij Ivan Wolffers, maar ook bij de SP, bij andere partijen en in de hele samenleving. In feite is dit de hoeksteen van een beschaafde en solidaire maatschappij. Hoe garanderen wij de gezondheidszorg voor allen en dus ook voor de kwetsbaren in onze samenleving?

Dokters van de Wereld is een ontwikkelingsorganisatie die de toegankelijkheid van zorg aan de allerzwaksten in de wereld bevordert, met name in arm Afrika. Maar ook in Nederland is Dokters van de Wereld actief. Dat lijkt gek: in een rijk land als Nederland is het nodig dat een ontwikkelingsorganisatie als Dokters van de Wereld actief is. Maar, om nog eens met Ivan Wolffers te spreken, als je als samenleving niet kunt waarmaken dat je iedereen die binnen je landsgrenzen verblijft, ongeacht sekse, kleur, geloof of papieren, toegang verschaft tot onderwijs en zorg, dan hoor je bij de ontwikkelingslanden. Het niveau van ontwikkeling wordt echter niet uitsluitend gemeten aan de hand van het gemiddeld nationaal inkomen, aldus Wolffers. Dokters van de Wereld is sinds 2005 bezig met het project MEDOC. Doel van dit project is om illegalen naar zorg te leiden en zorgverleners erop te wijzen dat zij ook een zorgplicht voor illegalen hebben. Ook wordt geweigerde zorg geregistreerd. De verhalen van 70 illegalen zijn inmiddels genoteerd. Twee derde werd geweigerd door ziekenhuizen, een derde door huisartsen. Dit is waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg. Veel illegalen zullen immers de weg naar hulpverleners niet weten te vinden.

Ook constateren Dokters van de Wereld dat veel zorgverleners niet op de hoogte zijn van de mogelijkhe-

den om de aan illegalen verleende zorg bekostigd te krijgen. Hoe komt het dat ziekenhuizen en artsen zorg weigeren aan onverzekerden? Het lijkt een tegenstelling in zichzelf. Artsen zijn immers opgeleid om mensen als dat kan beter te maken. Ziekenhuizen zijn gebouwd om zorg te verlenen. Artsen leggen niet voor niets de eed af. Artsen zweren of beloven dat zij zullen zorgen voor zieken, dat zij gezondheid zullen bevorderen en dat zij lijden zullen verlichten. Verder zullen zij de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg bevorderen. Dit staat haaks op de incidenten die zich in de ziekenhuizen voordeden, bijvoorbeeld in Rotterdam. Bij de balie van de ziekenhuizen stond op een bordje dat aan onverzekerden geen zorg werd verleend. Er kwam geen arts aan te pas die kon vaststellen of sprake was van medisch noodzakelijke zorg, terwijl de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland voor iedereen zou moeten gelden. De ziekenhuizen gaven als reden op dat zij door de invoering van het nieuwe zorgstelsel een forse toename aan onverzekerden verwachtten. De daarmee samenhangende niet gedekte rekeningen zouden ze niet kunnen betalen. Dit terwijl de ziekenhuizen ervaren dat de budgetten te krap zijn. De bestuursvoorzitter van het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam zei het volgende over een vrouw met een knobbelte in de borst. Op advies van het ziekenhuis moest zij terugkeren naar het land van herkomst. "Dat is best hard ja, maar ziekenhuizen zitten in een spagaat. Wil je verzekerden dure medicijnen tegen bijvoorbeeld kanker kunnen blijven geven waar zij recht op hebben, dan moet je grenzen trekken". Vanuit de Kamer, de artsenorganisaties en de ziekenhuizen ontstond de roep om invoering van een waarborgfonds voor de bekostiging van zorg aan onverzekerden. Minister Hoogervorst bleef Oost-Indisch doof en er was een rechterlijke uitspraak voor nodig om te komen waar wij nu zijn.

Ik ben dan ook blij dat wij vandaag een wetsvoorstel bespreken waarmee wij een stap in de goede richting zetten. Het stroomlijnen van al bestaande financieringsbronnen, het koppelingsfonds en de beleidsregel dubieuze debiteuren voor ziekenhuizen voor de bekostiging van verleende zorg aan illegalen juichen wij toe. Artsen en andere medische hulpverleners moeten uitgaan van de vraag of een persoon medische hulp nodig heeft, niet van de vraag of hij of zij illegaal in Nederland verblijft. Dit schrijft de commissie-Klazinga in "Arts en vreemdeling". De SP is het daar van harte mee eens. Het is goed dat er nu eindelijk een maatregel komt voor de bekostiging van zorg aan ongedocumenteerden. De commissie schrijft het volgende: "In de situatie van langdurig illegaal verblijf in Nederland dient volgens de commissie de te verlenen zorg gelijk te zijn aan de reguliere zorg voor verzekerden." Onderschrijft de minister dit uitgangspunt ten volle?

Ik kom op de kwestie van de verblijfsduur. De commissie-Klazinga worstelt met de tijdsduur van het verblijf als afwegingsfactor. De arts kan volgens de commissie de schatting van de verblijfsduur laten meewegen met de behandeling, mits het doel van de gezondheidswinst daardoor niet onevenredig wordt geschaad. Daaraan voegt zij onmiddellijk toe dat het voor artsen vaak lastig of zelfs onmogelijk zal zijn om de verblijfsduur te beoordelen. De artsen hoeven de IND toch zeker niet te bellen om daarachter te komen? De factor tijdsduur als behandelingscriterium kan strijdig zijn met één van de belangrijkste uitgangspunten van de eed

Van Gerven

die voor Nederlandse artsen geldt: "Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen." Is de minister met mij eens dat dient te worden behandeld, als een arts van mening is dat niet behandelen in strijd is met die eed, ook indien een illegaal hier slechts kort verblijft. Is hij het tevens met mij eens dat die behandeling dan dient te worden vergoed? Met de verblijfsduur als criterium voor de te verlenen zorg komt er ongewenst een druk te liggen op het handelen van de arts en op dat van andere hulpverleners. De politieke wens om uitgaven voor zorg aan illegalen te beperken bedreigt het autonome karakter van de spreekkamer. Daarom stelt de SP-fractie voor om dat criterium uit de wet te schrappen. Wij hebben daartoe een amendement ingediend en willen graag de reactie van het kabinet daarop.

Ik kom op het waarborgfonds voor onverzekerden. De beleidsregel over dubieuze debiteuren blijft bestaan voor verleende zorg in ziekenhuizen aan onverzekerde Nederlanders. Alleen al vanuit praktisch oogpunt lijkt het de fractie van de SP wenselijk om ook de bekostiging van die zorg bij het fonds onder te brengen dat door het CVZ zal worden beheerd. Ook met het oog op menselijke waardigheid en solidariteit dient de zorg aan onverzekerden gegarandeerd te blijven. Momenteel zijn er in Nederland naar schatting 241.000 onverzekerden, waaronder 40.000 kinderen. Het feit is dat er met dit zorgstelsel, dat inhoudt dat eenieder zelf verantwoordelijk is voor het verzekeren en het betalen van de premie, altijd onverzekerden zullen zijn. De nominale premies zijn immers hoog. Ik noem de daklozen als voorbeeld. Hoe valt onderscheid te maken tussen een dakloze zonder documenten en een illegaal uit Samoa? Uiteraard dient er hard te worden opgetreden tegen mensen die willens en wetens onverzekerd zijn. Wij dienen er vanzelfsprekend voor te zorgen dat die mensen zich alsnog verzekeren. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren op het moment van opname in het ziekenhuis. Het is van belang om die mensen te verwijzen naar de Sociale Dienst. Het kabinet heeft wat dat betreft een aantal goede maatregelen voorgelegd waarover wij in de toekomst vast en zeker zullen spreken. Er mag echter geen obstructie zijn in de zorgverlening aan onverzekerden. De commissie-Klazinga constateert dat artsen zich moeten laten leiden door de vraag of een persoon medische hulp nodig heeft en dus niet door de vraag of betrokkene al dan niet legaal in Nederland verblijft. Artsen dienen zich evenmin te laten leiden door de vraag of iemand al dan niet verzekerd is.

De maatschappij is erbij gebaat dat bijvoorbeeld een dakloze met open tbc wordt geholpen. Anders ontstaat er een gevaar voor de samenleving. Ik heb een amendement ingediend met de intentie het waarborgfonds voor illegalen uit te breiden tot een waarborgfonds voor onverzekerden. Het is een amendement dat op brede steun van het werkveld kan rekenen. Wat is de reactie van het kabinet daarop?

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Wij hebben slechts één amendement van de heer Van Gerven ontvangen. Ik begrijp nu dat het wel degelijk is rondgedeeld. Ik zal dus nagaan waar het is.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb gezien dat de amendementen inmiddels in Parlendo staan.

De **voorzitter**: Er zijn vier amendementen ingediend die onderdeel uitmaken van de beraadslaging

Mevrouw **Smilde** (CDA): Begrijp ik goed dat de heer Van Gerven zegt dat het onderscheid dat bestaat ten aanzien van onverzekerde legalen volledig vervalt door de vergoeding die wij met dit wetsvoorstel willen regelen? Dat zou een merkwaardige figuur zijn. Dat zou immers een grote aanzuigende werking hebben op het aantal onverzekerden dat wij juist willen tegengaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben nu 241.000 onverzekerden, en daarnaast tussen de 100.000 en 175.000 ongedocumenteerden, dus niet-verzekerde illegalen. Daarnaast zijn er nog zo'n 200.000 wanbetalers. Wij beogen dat een hulpverlener niet wordt geremd in het verlenen van medisch noodzakelijke zorg door de status van een onverzekerde of een wanbetaler. Puur medisch-inhoudelijke criteria moeten tot een afweging leiden, welk uitgangspunt breed wordt gedragen door het zorgveld. Daar vindt men namelijk dat de politieke discussie niet thuishoort in de spreekkamer.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat ben ik met u eens, maar het gaat om de betaling. Als het daarop aankomt, wordt de rekening gepresenteerd. De illegaal kan die rekening niet betalen, zodat hij eventueel recht heeft op de huidige regeling. Maar met de onverzekerde legaal zal iets moeten gebeuren. In uw voorstel loopt dat door elkaar heen.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben gediscussieerd over het incassoregime voor legale onverzekerden. Er komt een regime dat hen dwingt de wet na te leven, evenals hun betalingsverplichtingen. Wij willen dat dit niet in de spreekkamer wordt uitgevochten.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U stelt vast dat onderscheid moet worden gemaakt tussen illegalen en daklozen. Maar met uw voorstel haalt u dat onderscheid onderuit. U stelt een fonds voor, waarvan ik mij kan voorstellen dat het veld dat omarmt.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat om een waarborgfonds voor alle onverzekerden, niet meer en niet minder. Artsen kunnen dan hun werk doen. Als mensen niet verzekerd zijn, kan dat geld in laatste instantie worden gedeclareerd bij dat fonds, een heel goed uitgangspunt.

Hoe is de 60% die uit de pot dubieuze debiteuren wordt genomen, tot stand gekomen? De schattingen van het aantal illegalen lopen uiteen van 75.000 tot 185.000, terwijl er daarnaast 241.000 onverzekerden zijn. Op grond van die getallen zou dat percentage dus lager dienen te zijn. Bovendien worden ziekenhuizen buiten de grote steden die in hun werkgebied weinig illegalen hebben, hierdoor benadeeld. Wat vindt de minister hiervan? Is het voorgaande geen goed argument voor één waarborgfonds voor alle onverzekerden, zodat wij van de hele rompslomp van dubieuze debiteuren af zijn? Het proberen te verhalen van rekeningen op illegalen levert ook niet veel op. Slechts 1% van de kosten kan worden teruggehaald, staat in de stukken van de minister.

De SP maakt zich zeer grote zorgen over de kwetsbare positie van kinderen. Punt is dat, wanneer ouders niet verzekerd zijn, zij zorg voor zichzelf, maar ook voor het kind mijden. Dit is niet in overeenstemming met het

Van Gerven

Internationale verdrag voor de rechten van het kind. Een bijkomend probleem is dat in Nederland 40.000 onverzekerde kinderen rond lopen. Dit zijn kinderen van verzekerbare onverzekerden: geen illegalen, maar gewoon onverzekerde Nederlanders. Kinderen tot 18 jaar kunnen gratis meeverzekerd worden met de ouders, maar zij zijn niet automatisch verzekerd. Ook die 40.000 krijgen in sommige gevallen minder zorg dan zij nodig hebben. De SP maakt zich om die reden zorgen over de toegankelijkheid van zorg voor minderjarigen in Nederland. Is de minister bereid om na te denken over de vraag hoe wij het verzekeren van kinderen gemakkelijker en vanzelfsprekender kunnen maken? Ik doel nu dus niet op het automatisch meeverzekeren met de ouders. Hoe denkt de minister bijvoorbeeld over een volksverzekering voor alle kinderen tot 18 jaar? Hoe nemen wij de drempel voor zorg aan kinderen weg? Garanderen wij een volledige vergoeding van geleverde zorg aan kinderen?

Dan kom ik op de 80% of 100% vergoeding van zorg zonder benodigde verwijzing. De SP ziet daarbij evenals alle hulpverleningsorganisaties grote bezwaren. De discussie over de vergoeding van dure medicijnen – na jarenlang getouwtrek worden deze volledig vergoed – laat zien dat die 80% niet zal werken. De overkoepelende artsenorganisatie KNMG geeft aan dat er moeilijk onderscheid is te maken tussen planbare en niet planbare zorg. De minister spreekt over acute zorg in het geval van een slagaderlijke bloeding of een hartaanval. Dit is echter een versimpeling van de werkelijkheid. In de praktijk is het onderscheid tussen acuut en niet acuut of planbaar lang niet altijd te maken. Met deze maatregelen wordt dan ook een nieuwe administratieve bureaucratie bevorderd. Verder is er in de praktijk vaak sprake van nood of acute zorg als een ongedocumenteerde aanklopt bij de zorg. Het is onbegrijpelijk dat een ziekenhuis voor dure acute zorg, bijvoorbeeld een opname ten gevolge van een slagaderlijke bloeding, slechts 80% krijgt vergoed. Er is toch geen sprake van een keuze voor de patiënt, voor de arts of het ziekenhuis? De hulp moet onverwijld worden verleend. Hier kan toch niet gesproken worden van een ondernemersrisico dat het ziekenhuis maar heeft te dragen? Die 80% moet dan ook 100% worden, temeer omdat de ziekenhuisbudgetten toch al onder druk staan. Voor ziekenhuizen mogen geen nieuwe belemmeringen worden opgeworpen.

Mevrouw **Agema** (PVV): De vertegenwoordiger van de SP bepleit dat het oneerlijk is dat het ziekenhuis maar 80% vergoed krijgt voor hulp bij een slagaderlijke bloeding. Is het niet juist oneerlijk dat deze kosten door de gemeenschap worden vergoed? Zou niet juist de desbetreffende illegaal de rekening moeten betalen? Is dat niet het meest eerlijke in dit geval? Het is inderdaad erg oneerlijk als de ziekenhuizen moeten bijpassen als dit ten laste komt van andere zieken. Maar het kan wel allemaal zomaar uit de pot van de belastingbetaler?

De heer **Van Gerven** (SP): Het is een noodmaatregel. De ongedocumenteerde, dus de niet verzekerde illegaal, moet in principe de rekening zelf betalen. In de praktijk blijkt dat vaak niet op te gaan. Een andere mogelijkheid is het afsluiten van een particuliere verzekering. Dat gebeurt in de praktijk ook vaak niet. De regeling die wij nu gaan invoeren, is dan een nooduitgang. De zorg voor mensen in nood dient voorop te staan. Dat moet

uiteindelijk leidend zijn. Ik snap het punt dat mevrouw Agema maakt wel. Er wordt een beroep gedaan op de solidariteit van de mensen die wel netjes hun premie betalen, maar bij het verlenen van zorg zijn alle mensen gelijk.

Mevrouw **Agema** (PVV): De SP vindt dus dat de rekening moet worden neergelegd bij de belastingbetaler en bij andere zieken in plaats van bij de illegaal zelf.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, dat is niet juist. Voor zover dat kan, moeten de kosten verhaald worden op de illegaal, maar uiteindelijk moet de arts in nood kunnen helpen zonder daarbij geremd te worden door financiële afwegingen. Daarom zijn wij voor een volledige vergoeding.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Geef mij één reden waarom het ziekenhuis in het systeem dat de heer Van Gerven voorstelt, zou proberen om het geld op die illegaal te verhalen? Het ziekenhuis krijgt immers automatisch 100% vergoed. Het is zonde om iemand in dienst te nemen die probeert die rekening betaald te krijgen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het ziekenhuis krijgt niet automatisch 100% vergoed.

Mevrouw **Schippers** (VVD): In uw voorstel wel.

De heer **Van Gerven** (SP): Niet in het voorstel zoals dat er nu ligt. Dat vinden wij onredelijk. Het ziekenhuis moet die hulp verlenen. Daar is geen discussie over; daar zijn wij het allemaal over eens. Dan is het ook redelijk dat, als het ziekenhuis het geld niet kan verhalen, het ziekenhuis gecompenseerd wordt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik denk even met u mee over het systeem dat u voorstelt. Uw voorstel is 100% vergoeding. Wat is dan de reden voor het ziekenhuis om bij iemand die niet betaalt, te proberen om die rekening betaald te krijgen? Het ziekenhuis krijgt die rekening immers toch vergoed. Als het ziekenhuis daarvoor iemand in dienst neemt, kost dat alleen maar geld en brengt dat niets op.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, want het ziekenhuis heeft de serieuze verplichting om de rekening indien mogelijk te verhalen. Die verplichting blijft; die halen wij er niet uit, maar er moet ten langen leste een fonds zijn zodat de kosten worden vergoed. Goed hulpverlenerschap mag niet worden afgestraft; dat is ons uitgangspunt.

Bovendien betekent dit wetsvoorstel voor de eerste-lijnszorgverleners een verslechtering ten opzichte van de huidige situatie, waarin de zorg via het koppelingsfonds volledig wordt vergoed. Bij de Zorgverzekeringswet is het grote belang van de eerste lijn onderkend. De huisarts is niet voor niets gevrijwaard van het eigen risico. Deze financiering herbergt het risico van "snel naar de tweede lijn" en een duurdere en wellicht overbodige zorg. Uitstel van zorg kan leiden tot verergering van de problemen met duurdere zorg. Dat is toch juist niet de bedoeling? Vooral voor de verloskundige zorg zal dit problemen opleveren. Gelet op de hoge perinatale sterfte bij deze bevolkingsgroepen, is dat niet wenselijk. Daarom hebben wij op dit punt een amende-

Van Gerven

ment ingediend waarop wij graag een reactie van de minister krijgen.

Voor de planbare zorg worden contracten gesloten met een beperkt aantal zorginstellingen. De zin en de noodzaak om met een beperkt aantal zorginstellingen contracten te sluiten, ontgaat de SP. Komt hierdoor de toegankelijkheid van de zorg niet in het geding? Wat de SP betreft, dienen alle zorginstellingen en hulpverleners indien nodig zorg te verlenen aan onverzekerden. De KNMP, de overkoepelende organisatie van apothekers, vraagt zich af hoe het moet met de medicijnenverstreking. Het is absoluut onwenselijk dat mensen grote afstanden moeten afleggen om medicijnen te krijgen, zeker als zij ziek zijn. Waarom is het volgens de minister nodig dat voor planbare zorg slechts een aantal aanbieders wordt aangesteld? Ik overweeg om ook op dit punt een amendement in te dienen, maar ik wacht het antwoord van de minister af.

Waarom moet het contracteren van zorginstellingen door het CVZ door middel van aanbestedingsprocedures gebeuren? De ervaringen daarmee zijn in de zorg niet bepaald gunstig, bijvoorbeeld bij het zittend ziekenvervoer. Wat is de reden om te kiezen voor openbare aanbestedingen? Is dat verplicht of niet, omdat het hier gezondheidszorg betreft?

Tot slot een aantal losse vragen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd. Welke vormen van zorg zullen dat zijn? Toch niet de tandzorg? Via het koppelingsfonds kunnen tandartsen nu gecompenseerd worden voor tandzorg voor volwassenen, bijvoorbeeld bij acute pijnklachten en bij verlies van een minimale kauwfunctie. Hoe wordt dit geregeld in de nieuwe wet?

Hoe zit het met de abortusklinieken? Die worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Ik neem aan dat dit op basis van de nieuwe wet toegankelijk blijft voor onverzekerde illegalen.

Binnen welke termijn keert het CVZ de vergoeding uit aan de zorgaanbieders? Vooral voor de eerstelijnszorg kan het problemen opleveren als de vergoedingen te lang op zich laten wachten.

Verder vragen wij aandacht voor de persoonsgegevens van illegalen. Kan in de wet de bepaling worden opgenomen dat de IND geen gegevens mag opvragen bij het CVZ?

Dit wetsvoorstel gaat pas in op het moment dat het College voor Zorgverzekeringen de boel op orde heeft. Kan de minister een termijn schetsen? Zoals ik in mijn inleiding al zei, gaf Dokters van de Wereld aan dat veel zorgverleners niet op de hoogte zijn van al bestaande regelingen om verleende zorg vergoed te krijgen. Is de minister bereid om de zorgverleners en de zorginstellingen hierover informatie te verschaffen? De wet die voor ons ligt, roept bij ons gemengde gevoelens op. De wet betekent vooruitgang, omdat er sprake is van stroomlijning in regelgeving en vergoeding van AWBZ-zorg. De wet betekent vooruitgang, omdat met de verdere precisering van het begrip medisch noodzakelijke zorg, afgezien van het verblijfsduurcriterium, illegalen dezelfde zorg dienen te krijgen als legaal in Nederland verblijvende personen. De wet betekent echter achteruitgang door de 80%-vergoeding voor een aantal hulpverleners. De wet gaat ten slotte niet ver genoeg, omdat niet alle onverzekerden onder de reikwijdte van de wet vallen. Toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor iedereen vindt de SP een principe van beschaving. Het opwerpen

van drempels kan immers gezondheidsschade veroorzaken. Het is aan ons politici om dergelijke schade door schuld te voorkomen.

Tot slot twee vragen die aan dit wetsvoorstel raken. De CDA-woordvoerder is hierop ook ingegaan. Het gaat om schriftelijke vragen die collega De Wit en ik hebben gesteld over de ingangsdatum van de zorgverzekering van pardonners. De minister schrijft in zijn antwoord dat de ingangsdatum de datum van afgifte van de verblijfsvergunning is. Nu blijkt echter dat zorgverzekeraars zich daar niet altijd aan houden. Zo krijgen pardonvluchtelingen een brief van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid met de dreiging van een boete omdat zij per 1 januari 2006 niet verzekerd waren. Dat konden zij gezien hun status ook niet zijn. Sommige boetes lopen op tot meer dan € 2700. Zorg en Zekerheid handelt daarmee in strijd met wat de minister ons heeft gemeld in antwoord op Kamervragen. Wil de minister er bij zorgverzekeraars nogmaals op aandringen dat de ingangsdatum van de zorgverzekering de datum van afgifte van de verblijfsvergunning moet zijn?

Een ander punt is de problematiek rond de zorgnota's van duizenden asielzoekers die dankzij het generaal pardon een verblijfsvergunning hebben gekregen. Die worden geconfronteerd met torenhoge zorgrekeningen. Dit komt door een lacune in de wet, zo hebben wij begrepen. Iedere asielzoeker die een verblijfsvergunning krijgt is vanaf dat moment verplicht, zich te verzekeren. Zij hebben echter geen inkomen om premies te betalen omdat zij geen werk of uitkering hebben. Zo kunnen schulden oplopen tot duizenden euro's. Hoe gaat het kabinet dit acute probleem oplossen? Dit probleem heeft immers lang genoeg geduurd.

□

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Voorzitter. Ik val vanavond in voor mijn fractievoorzitter. Ik doe dat met veel plezier. Dit belangrijke onderwerp speelt immers al jarenlang in de Tweede Kamer en daarbuiten. Ik hoop dat wij vanavond knopen kunnen doorhakken. Dat lijkt mij van groot belang.

Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet stelt dat medische zorg een grondrecht is en dat de overheid maatregelen moet nemen ter bevordering van de volksgezondheid. Dat is een sociaal grondrecht. De GroenLinksfractie vindt het een heel belangrijk sociaal grondrecht. Wij hebben het vanavond immers niet over dossiers of nummers, maar over mensen van vlees en bloed, legaal of illegaal verblijvend in Nederland. Die moeten de voor hen noodzakelijke zorg krijgen. Voor de GroenLinksfractie heeft dat nooit ter discussie gestaan. In het verleden heeft de fractie dan ook initiatieven genomen, toen er op dit punt een wat koele wind waaide uit de vorige kabinetten. Het onderwerp werd toen zo'n beetje in het midden gelaten. Dat baarde ons steeds grotere zorgen.

Ik heb de indruk dat wij vandaag een aantal stappen kunnen zetten. Dat is op zich goed nieuws, ook als het gaat om de illegale kinderen. Ik vind dat nog steeds een rotwoord. Mensen zijn immers mensen. Het stempel illegaal heeft bovendien een nare lading. Wij moeten ervoor zorgen dat deze kinderen en hun ouders de zorg krijgen die zij nodig hebben.

In eerdere perioden waaide er een kille wind rond dit onderwerp. Onder minister Hoogervorst ging het alleen

Van Gent

om acute zorg en niet om medisch noodzakelijke zorg. Natuurlijk kun je daarbij eindeloos debatteren over waar de grens ligt; het is ook een uitermate lastig punt. De huidige minister Rouvoet heeft in het verleden een motie ingediend, waarin hij opriep om niet alleen acute zorg, maar ook medisch noodzakelijke zorg te vergoeden. De GroenLinksfractie heeft die motie destijds van harte ondersteund. Minister Hoogervorst liet zich niet zo gemakkelijk vangen en heeft die motie naast zich neergelegd. Gelukkig lijkt het erop dat de minister die nu in vak K zit, die stap wel zet en met regelingen komt. Mijn fractie vindt dat op zich goed, maar dat laat onverlet dat zij nog wel vragen heeft.

De GroenLinksfractie vindt dat alle medisch noodzakelijke zorg vergoed moet worden als iemand die hier niet legaal verblijft er zelf geen middelen voor heeft. De arts moet bepalen of het daadwerkelijk medisch noodzakelijke zorg betreft. Mijn fractie heeft begrepen dat de arts nu gaat bepalen wat hieronder wordt verstaan en zij vindt het goed dat het niet weer op de lange baan wordt geschoven. Dat is belangrijk omdat artsen hun beroeps-eer hebben. Artsen moeten niet voor een duivels dilemma worden geplaatst; wij moeten er gewoon van uitgaan dat zij de omstandigheden goed beoordelen. Als de arts zegt dat de zorg medisch noodzakelijk is, gaat mijn fractie ervan uit dat hij dat serieus heeft beoordeeld. Het zou ook zijn beroepseer te na zijn, als dat niet zo was.

In het wetsvoorstel wordt onderscheid gemaakt tussen aanbieders die zijn gecontracteerd en aanbieders die dat niet zijn. Gecontracteerde aanbieders krijgen volledig vergoed; niet-gecontracteerde aanbieders maar 80%. Er zijn verschillende signalen dat de dekking door het aantal gecontracteerde zorgverleners niet voldoende is. De dekking zou er als volgt uitzien: 30 ziekenhuizen, één per regio; 100 apotheken, drie à vier per regio; vijftien AWBZ-instellingen; en tien ambulancediensten. Met name de dekking door apotheken en ambulancediensten baart zorgen. Het is vreemd dat als medicijnen worden voorgeschreven, dit kan betekenen dat patiënten naar een andere plaats moeten reizen om over de medicijnen te beschikken. De KNMP stelt de vraag of het waar is dat een niet-gecontracteerde apotheek voor een acute zorgvraag geen beroep kan doen op het compensatiefonds. Bij een acute zorgvraag kan van patiënten niet verwacht worden dat zij reizen. Ik verzoek de minister om een reactie hierop.

Artsen en andere zorgaanbieders moeten rekeningen bij illegalen proberen te innen. Het interruptiedebatje van zojuist ging daar ook over. Als de rekeningen niet geïnd kunnen worden, wordt aan de niet-gecontracteerde zorgverlener 80% van de rekening vergoed. Dit geldt dus onder andere voor huisartsen en verloskundigen. Een deel van de rekening wordt in dat geval bij de zorgverlener neergelegd; hij moet proberen de resterende 20% bij de patiënt te innen. Hoe vaak denkt de minister dat dat lukt en wie wordt met de onbetaalde rekeningen opgezadeld? Wat betekent het risico van onbetaalde rekeningen voor het aanbieden van de zorg? Mijn fractie vreest dat in de praktijk die 20% op de zorgverlener wordt afgewenteld. Dat lijkt mij niet de bedoeling van de minister. Als dat wel de bedoeling is, dan hoor ik dat ook graag, maar dan lijkt mij dat de minister niet goed bezig is op dit punt.

Zelfs het betalen van 20% kan voor patiënten een drempel betekenen voor het vragen om zorg. Dat kan

schadelijke gevolgen hebben, bijvoorbeeld als het gaat om verloskundige zorg. Het amendement van mevrouw Arib op stuk nr. 13 gaat geloof ik over deze kwestie. Mijn fractie vindt dat een belangrijk amendement omdat zij zich ook zorgen maakt hierover. Ik voeg daaraan toe dat de Koninklijke Nederlandse Vereniging van Verloskundigen en Defence for Children hierover een brief hebben geschreven. Deze organisaties schrijven dat de kwestie opgelost moet worden.

In de brief van Defense for Children wordt nog een kwetsbare groep genoemd, namelijk kinderen zonder rechtmatig verblijf die onder toezicht staan van bijvoorbeeld Bureau Jeugdzorg of de William Schrikker Groep. De laatste instelling voert, voor zover ik heb begrepen, kindbeschermingstaken uit voor gehandicapte ouders of kinderen. Het kan zijn dat de gezinsvoogden gespecialiseerde AWBZ-zorg willen organiseren voor hun pupillen. Dat is echter op grond van het voorliggende wetsvoorstel nagenoeg onmogelijk. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Deze minister probeert het immers, uiteraard binnen grenzen, zo goed mogelijk te regelen.

Diverse organisaties wijzen er in dezelfde brief van Defense for Children op dat ook deze beperking een schending betekent van artikel 24 van het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind, dat een expliciet discriminatieverbod bevat voor toegang tot de gezondheidszorg. Een kabinet met een minister voor Jeugd en Gezin dat bovendien spreekt over samen leven, kan toch niet de bedoeling hebben om in strijd met dit soort belangrijke uitgangspunten te werken? Dat lijkt nu echter wel het geval te zijn. Daar moet de minister dus echt nog een stapje bij zetten.

Artsen moeten de noodzaak om medische zorg te verlenen bezien in samenhang met de duur van het verblijf. De KNMG geeft terecht aan dat dit in de praktijk voor artsen vaak onmogelijk is. Artsen moeten bij het beoordelen van de vraag of de zorg medisch noodzakelijk is, afwegen hoe lang iemand nog in Nederland blijft, bijvoorbeeld in relatie tot de kosten van de behandeling. De tijdsfactor is door artsen moeilijk te beoordelen. Dit is verwarrend en in onze ogen een vreemde afweging. Medisch noodzakelijke zorg is noodzakelijk ongeacht de verwachte verblijfsduur. Als er sprake is van medische noodzakelijke zorg, moet deze ook worden geboden. Kan de minister uitleggen hoe dit in de praktijk gaat werken? De fractie van GroenLinks ziet dat nog niet zo. Het amendement-Van Gerven op stuk nr. 14 heeft ook betrekking op deze kwestie.

De Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus hebben in een mail gewezen op het buiten het wetsvoorstel vallen van het afbreken van zwangerschappen in abortusklinieken. In deze klinieken worden jaarlijks 200 tot 300 illegale vrouwen geholpen. Is de minister zich bewust van deze uitwerking van de wet en, zo ja, heeft hij die zo bedoeld?

Onduidelijk is of tandartsen en fysiotherapeuten buiten het wetsvoorstel vallen. Vooral het uitsluiten van tandartszorg is zorgelijk. Dit kan ertoe leiden dat mensen zich laten behandelen door een niet-gekwalificeerde illegale tandarts en/of dat zij in een later stadium gebruik moeten maken van een kaakchirurg. Er ontstaat in dat geval een medische noodzaak door eerder broddelwerk. De kosten daarvan zullen hoger zijn en de persoon in kwestie heeft ook nog pijn in zijn mond. Het lijkt mij toch dat het niet de bedoeling is dat eerst voor kosten wordt

Van Gent

weggedoken en dat vervolgens veel hogere kosten ontstaan. Dan hebben wij niet bereikt wat wij willen, want mensen worden slechter geholpen en de kosten zijn hoger.

Ook de fractie van GroenLinks vindt het belangrijk dat de regeling, met alle mitsen en maren van dien, zo snel mogelijk in werking kan treden, al moet er nog wel wat aan worden geschaafd. Wij spreken hier steeds over medisch noodzaak. Het lijkt mij toch echt noodzakelijk dat over deze materie helderheid ontstaat, want deze zaken zijn heel lang onvoldoende geregeld geweest.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Er werd al aan gerefereerd: over dit onderwerp is de afgelopen jaren al vele keren gedebatteerd. Ik heb namens de VVD-fractie al verschillende keren onze opinie uiteengezet en zal dit vanavond in lijn daarmee weer doen.

Wij beoordelen dit wetsvoorstel tegen de achtergrond dat mensen die zorg genieten daarvoor ook betalen, en dat mensen die illegaal in Nederland verblijven, zo snel mogelijk moeten worden uitgezet naar het land van herkomst waar een toekomst kan worden opgebouwd. Voor illegalen is geen toekomst in Nederland. Het drempelloos of op zijn minst tamelijk eenvoudig toegankelijk maken van onze collectieve voorzieningen, geeft de illegaal gelegenheid om hier langer te blijven. Dat is perspectiefloos en toekomstloos voor de illegaal en voor eventuele kinderen. Een leven in de marge van de maatschappij is niet sociaal. Ik vind de voorzieningen die dit mogelijk maken niet sociaal. Deze voorzieningen geven ten onrechte dat gevoel. Het is niet sociaal omdat daarmee alleen het uitzichtloze bestaan in de illegaliteit mogelijk wordt gemaakt en wordt verlengd. Deze notie mis ik volstrekt in de redenatie die het kabinet met dit wetsvoorstel volgt.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Dat levert bij mij als gast in deze discussie toch een vraag op. Mevrouw Schippers zegt dat het niet sociaal is. Is het in haar ogen dan wel sociaal dat zij mensen die medisch noodzakelijke zorg nodig hebben, laat stikken en niet helpt?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb alleen het uitgangspunt geschetst waartegen wij dit wetsvoorstel beoordelen en ik kom zo te spreken over wat wij willen en wat in dit wetsvoorstel wordt gedaan.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik weet dat mevrouw Schippers van duidelijke taal houdt. Daar houd ik ook van. Daarom is het altijd prettig discussiëren met haar. Zij duikt nu toch een beetje. Ik stel haar een heel duidelijke vraag: vindt de VVD-fractie het sociaal om mensen medisch noodzakelijke zorg te onthouden?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik kom daar zo op terug en ik ben niet van plan om de lijn van mijn betoog te onderbreken. Als mevrouw Van Gent dit straks wil vragen, zal ik hierop op dat moment antwoorden.

De overheid mag niet in deze val trappen en moet naar de mening van de leden van de VVD-fractie een helder, voorspelbaar maar vooral uiterst sober beleid voeren, dat strikt wordt gehandhaafd. De medische zorg is onderdeel van dat beleid.

Een volgende notie waaraan het kabinet voorbijgaat, is dat de medische zorg in Nederland van dusdanige kwaliteit is dat veel mensen van over de hele wereld die zorg nodig hebben, zich graag in Nederland zouden laten behandelen. De regering heeft een belangrijke verantwoordelijkheid om de aanzuigende werking te onderkennen en tegen te gaan ten behoeve van de Nederlandse premie- en belastingbetaler, die uiteindelijk de rekening moet betalen. Dat doet het kabinet niet. Net als bij het generaal pardon worden voor de hand liggende gevolgen van dit soort besluiten gemarginaliseerd. Dat vindt de VVD-fractie onverstandig. Wij hebben in Nederland wel kritiek op onze gezondheidszorg, maar in het perspectief van de wereld staat onze gezondheidszorg op een heel hoog niveau. Het ligt voor de hand dat mensen die een ernstige ziekte hebben, of een voor hen onbetaalbare behandeling nodig hebben om te overleven, afreizen naar Nederland, waar die medische behandeling makkelijk toegankelijk is gemaakt. Het is toch logisch dat mensen het er dan gewoon maar op wagen? Weet het kabinet eigenlijk wat het medisch toerisme in Nederland jaarlijks kost? Welk aandeel van de lasten wordt hieraan besteed?

Ook stelt de regering dat illegalen die langdurige zorg nodig hebben, die een onbeperkt verblijf in Nederland veronderstelt, een aanvraag kunnen doen voor een "verblijfsvergunning regulier" onder de beperking van medische behandeling. Dit is naar de mening van de VVD-fractie zo goed als een open uitnodiging. In eigen land is deze zorg er veelal gewoonweg niet. Het kan individuen die hierop inspelen, niet kwalijk worden genomen. De Nederlandse overheid faciliteert hiermee hun komst naar ons land en zorg die anders voor hen niet is te verkrijgen. Dit medisch toerisme is onwenselijk en het kabinet heeft ons op geen enkele wijze overtuigd of willen overtuigen dat dit niet gaat gebeuren, dat dit wordt tegengegaan of dat dit als een serieus probleem wordt onderkend. Deze ontkenning op kosten van de premiebetaler is onbegrijpelijk.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er wordt gesproken over "aanzuigende werking". Er wordt gesproken over "medisch toerisme". Heeft mevrouw Schippers misschien gegevens over het aantal mensen dat de gezondheidszorg als motief heeft om naar Nederland te komen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben daarop van de minister geen antwoord gekregen. Wij weten dus niet precies hoeveel dat er zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw Schippers trekt niettemin de conclusie dat door dit wetsvoorstel, waarbij geregeld wordt dat de problemen met de medische zorg eindelijk worden opgelost, meer mensen naar Nederland zouden komen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Die problemen worden niet opgelost. Dat is nu net mijn punt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mijn vraag is waarop mevrouw Schippers haar conclusie baseert. Als je een gezondheidszorg van hoge kwaliteit ter beschikking stelt aan mensen die in hun eigen land die zorg niet hebben en die mensen zijn ernstig ziek, is het logisch dat die mensen om eigen lijfsbehoud naar Nederland reizen om

Schippers

daar die zorg wel te krijgen. Dit gebeurt wel eens. Dat lezen wij ook in de kranten. De omvang ken ik niet. Daarom zeg ik ook dat wij dit moeten tegengaan. Ik zeg dus niet dat het een aanzuigende werking heeft. Ik zeg dat wij niet willen dat dit gaat gebeuren. Dit moet worden tegengegaan of als een serieus probleem worden onderkend.

Medisch noodzakelijke zorg vinden wij in de context van dit wetsvoorstel veel te ruim gedefinieerd. De VVD-fractie is van mening dat het wetsvoorstel zich moet beperken tot acute, dus spoedeisende zorg. Zoals wij al eerder hebben aangegeven, moet de term "acute zorg" worden ingevuld volgens de lijnen levensbedreiging, verlies van essentiële functies en gevaar voor derden. Dit moet worden gekoppeld aan de tijdelijke duur van het verblijf. Dit is inderdaad een heel moeilijke exercitie. In onze ogen is echter geen moeite gedaan om deze criteria uit te werken.

De illegaal moet ook nadat de zorg is verleend in de uitzettingsprocedure worden opgenomen. De minister voelt hier niets voor. Dat verbaast mij. De signalen die je hiermee aan de illegaal afgeeft, zijn niet helder. Hij moet eigenlijk weg, maar wij zetten hem niet uit. Hij moet zelf betalen voor zijn zorg, maar doet hij dat niet, dan doen wij het. Hij heeft geen recht op zorg, of toch wel.

Planbare zorg valt gewoon onder het wetsvoorstel. Het is toch niet te verkopen, noch aan de mensen die netjes vertrekken als de rechter dat gebiedt, noch aan de premiebetaler, dat zorg gewoon op termijnen van misschien wel weken wordt ingepland? In mijn ogen gaat dat helemaal nergens meer over. Het is voor mijn fractie evident dat planbare zorg in het land van herkomst moet worden verkregen. Kortom, de VVD-fractie kan niet instemmen met het geven van een wettelijke basis aan iets wat een noodvoorziening zou moeten zijn. Wij zijn dan ook tegen dit wetsvoorstel.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Dat is dus nog steeds geen antwoord.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit is wel degelijk een antwoord. Er staat namelijk een omschrijving van wat wij medisch noodzakelijke zorg aan illegalen vinden. Dat is spoedeisende zorg, zorg bij levensbedreigende omstandigheden of bij verlies van essentiële functies en gevaar voor derden, en dan ook nog gekoppeld aan de tijdsduur.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Mijn vraag was of het sociaal is om mensen medisch noodzakelijke zorg te onthouden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Weet u dat wij aan een heleboel ontwikkelingslanden en aan alle mensen die daarin wonen dagelijks medisch noodzakelijke zorg onthouden? Dat is geen vraag.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Dat was mijn vraag niet, voorzitter. Ik moet vaststellen dat mevrouw Schippers duikt voor mijn vraag. Ik vind dat jammer. Wij zitten hier in het Nederlandse parlement en hebben het over Nederland. Geef mij dus een antwoord.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit is wel degelijk relevant. Wij hebben het over mensen die hier illegaal zijn. Het woord zegt het al: zij zouden hier niet moeten zijn. Alles moet er dus op gericht zijn dat zij teruggaan naar het

land van herkomst. Mij stoort het ontzettend dat onder het mom van sociaal beleid deze mensen langer en langer in de marge van onze maatschappij worden gehouden. Dat vind ik dus helemaal niet sociaal.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik geloof er niets van dat als je zorg verleent, illegalen langer in de marge van de samenleving blijven. Ik denk dat daaraan heel andere oorzaken aan ten grondslag liggen. Het gaat mij even over de definitie van medische noodzakelijkheid. De VVD definieert dit, als politieke partij, terwijl de arts dit zou moeten bepalen. Mevrouw Schippers brengt daarmee de arts in een onmogelijke positie. Vindt zij ook dat zij intervenueert in de spreekkamer van de arts?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als je voorzieningen hebt die een illegaal in staat stellen om heel lang in Nederland in de marge te blijven, ben je daar wel degelijk mede schuldig aan. Verder bepaalt de politiek de criteria van wat wij vergoeden. De arts implementeert die. Wij stellen dus de criteria voor spoedeisende hulp en voor wat levensbedreigend is. Wij geven daarbij niet een overzicht van wat levensbedreigend is. Dat bepaalt de arts.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Schippers heeft het anders geformuleerd. Zij heeft duidelijk gezegd: "Wat wij medisch noodzakelijk vinden" en daarna kwam zij met haar verhaal en haar vier punten. Daarmee intervenueert mevrouw Schippers nadrukkelijk in de professionele autonomie van de hulpverlener. Daar zijn ik en de SP mordicus tegen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Een bril is misschien heel medisch noodzakelijk. Dat hoeft toch niet door Nederland vergoed te worden? Medisch noodzakelijk is een heel breed begrip. Dat is precies de kern van mijn kritiek.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Het is al gezegd, jarenlang wordt in de Kamer gesteggeld over medische zorg aan illegalen. Verschillende keren hebben wij hierover schriftelijke vragen gesteld, spoeddebatten gehouden en moties ingediend. Dat was terecht, want het ging immers om een groep mensen die juridisch gezien geen enkele status en geen rechten hebben en om welke reden dan ook niet in staat zijn zich te verzekeren. Het ging om mensen die onrechtmatig in Nederland verblijven en die vaak van medische zorg verstoken blijven.

Met de invoering op 1 juli 1998 van de zogenoemde Koppelingswet werden illegalen van de toegang tot de sociale zorgverzekeringen, AWBZ en Zorgverzekeringwet, uitgesloten. Ik ga niet de hele geschiedenis van de behandeling van de Koppelingswet herhalen, maar één punt is in dit debat erg belangrijk, namelijk het amendement-Rouvoet op stuk nr. 43. Dat amendement bewerkstelligde dat illegalen recht hebben op medisch noodzakelijke zorg. Er werden twee regelingen in het leven geroepen om medische zorg aan illegalen te financieren: de Stichting Koppeling van waaruit de eerstelijnszorg aan illegalen werd gefinancierd en de post "dubieuze debiteuren" voor de tweedelijnszorg. Ziekenhuizen konden een beroep doen

Arib

op deze laatste post voor de gemaakte kosten. Voor de AWBZ was er geen regeling, met alle gevolgen van dien.

In de praktijk gaf dit veel problemen, niet zozeer bij de Stichting Koppeling – daar verliep het goed – als wel vooral bij de ziekenhuizen. Zo werden ziekenhuizen vaak geconfronteerd met situaties waarin artsen voor een dilemma werden geplaatst. Zij hadden de eed van Hippocrates afgelegd om iedereen te helpen, maar moesten daarna de strijd voeren om de zorg vergoed te krijgen. Een aantal keren werden wij opgeschrikt door berichten over het weigeren van het verlenen van zorg aan illegalen. Er ontstond ook grote verwarring over de vraag wat het begrip “medisch noodzakelijke zorg” inhoudt. Wie bepaalt wat wel en niet medisch noodzakelijk is?

De verschillende financieringsstromen hebben tot onduidelijkheid geleid. Daarbij kwam ook nog de rechterlijke uitspraak van juli 2006, waarin de Staat verantwoordelijk werd gesteld voor het leveren van AWBZ-zorg. Kortom, er was genoeg aanleiding om eindelijk een wettelijke basis te kiezen voor de oplossing van deze problemen. Ik heb het voorliggende wetsvoorstel ook op deze problemen beoordeeld. Wordt met dit wetsvoorstel het probleem van medische zorg aan illegalen opgelost? Wordt met dit wetsvoorstel duidelijk gemaakt waar zorgverleners aan toe zijn? Wordt de onduidelijke financiering nu eindelijk gestroomlijnd?

Om met dat laatste punt te beginnen: ik ben wel blij dat er een wetsvoorstel ligt. Met dit wetsvoorstel wordt de financiering inderdaad gestroomlijnd. De eerstelijnszorg via Stichting Koppeling, de Beleidsregeling afschrijving, dubieuze debiteuren en de AWBZ worden nu in één wet geregeld. Dat is natuurlijk heel positief. Zijn hiermee de problemen, waarover wij ons al jaren druk maken, ook opgelost?

Het uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat in principe iemand die niet verzekerd is, zelf de kosten van de aan hem verleende zorg moet betalen. Hier is mijn fractie het mee eens. Maar dan komt het: zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen die op grond van de bepalingen van de Koppelingswet vanwege hun verblijfsstatus zijn uitgesloten van toegang tot de sociale verzekeringen, kunnen voor een tegemoetkoming in de kosten in aanmerking komen, maar dan voor 80%. De zorgaanbieders moeten zelf 20% ophoesten. De minister schrijft dat hiervoor is gekozen omdat in de huidige regeling via Stichting Koppeling ook 80% vergoed wordt. Ik dacht in eerste instantie dat als dat het geval is, het geen probleem is. Uit nadere informatie blijkt echter dat conform de regeling Stichting Koppeling wel degelijk alles vergoed, maar dat zij het principe hanteert dat de onverzekerde zelf de kosten moet betalen. Pas als echt blijkt dat alles op alles is gezet om de rekening betaald te krijgen maar dat dat niet lukt, kan de zorgaanbieder de kosten vergoed krijgen.

De KNMG, de GGD in de vier grote steden en heel veel andere organisaties maken ernstig bezwaar tegen deze regeling en waarschuwen voor de consequenties ervan, namelijk dat illegalen heel lang zullen blijven rondlopen met klachten en dat het hier om een maatschappelijk vraagstuk gaat waarvoor zij zullen moeten opdraaien.

Mijn fractie blijft van mening dat het aan artsen en niet aan de politiek is om te bepalen wat medisch noodzakelijke zorg is. Ik ben ook blij met het advies van

de commissie-Klazinga, want dat is helder op dit punt. Medische zorg wordt door de commissie gedefinieerd als “zorg die nader gedefinieerd wordt door de arts zelf.” Dat is een standpunt dat wij altijd hebben uitgedragen. Kan de minister aangeven in hoeverre de aanbevelingen van de commissie-Klazinga in het wetsvoorstel zijn verwerkt en opgevolgd? Ik vraag dit omdat – ondanks het feit dat wij hierover verschillende keren hebben gesproken en de commissie er heel helder over is – de minister toch op de een of andere manier een kunstmatig onderscheid blijft maken tussen planbare en niet planbare zorg en tussen directe en indirecte zorg. Dit onderscheid is soms wel te maken, maar niet altijd. Het voorbeeld van een vrouw met een knobbel in haar borst is al genoemd. In 2005 heb ik over zo’n zaak schriftelijke vragen gesteld. Die vrouw werd geweigerd omdat het niets ernstigs was. Zo’n knobbel kan echter ook kanker zijn. Een ander voorbeeld is dat van een illegaal die chronisch hoest. Dat kan onschuldig zijn en onder de vlag van planbare zorg worden geschaard. Het kan echter ook op TBC duiden en dat is een infectieziekte die niet slechts voor de patiënt zelf een gevaar vormt, maar ook voor de gehele volksgezondheid. Hoe denkt de minister hierover?

In de Zorgverzekeringswet worden ook minderjarige vreemdelingen genoemd. Het woord “minderjarigen” kom ik verder echter in de wet niet of nauwelijks tegen. Dit baart mij grote zorgen. Het gaat hier om illegale kinderen die zelf niet gekozen hebben voor de situatie waarin zij zich bevinden. Deze kinderen komen door dit wetsvoorstel in de knel. Mochten zij een beroep doen op gezondheidszorg dan moeten zij betalen. In elk geval moet de zorgverlener de kosten op het kind gaan verhalen anders krijgt deze namelijk niets vergoed. Vindt de minister dit reëel? De minister verwijst in het wetsvoorstel naar allerlei internationale verdragen waaraan Nederland zich heeft gecommitteerd. De minister vindt dat zijn voorstel bijdraagt aan bijvoorbeeld de mensenrechten. Dat klopt voor een deel, maar niet helemaal. Kinderen worden in dit wetsvoorstel net als volwassenen benaderd. Er wordt geen onderscheid gemaakt, terwijl wij bijvoorbeeld in Nederland de Zorgverzekeringswet kennen waarbij kinderen tot achttien jaar gratis meeverzekerd zijn. Dit geldt kennelijk niet voor de minderjarige vreemdelingen. Dat is in strijd met het Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Ik ben van mening dat kinderen voor 100% recht op zorg hebben. Ik heb hierover een amendement ingediend.

Een vergelijkbaar punt geldt voor de zorg aan zwangeren. Ook hier gaat het om medisch noodzakelijke zorg. Verloskundigen worden geconfronteerd met de zorgverlening aan illegale zwangere vrouwen. Tot nu toe was verloskundige zorg, bestaande uit begeleiding tijdens de gehele zwangerschap, bevalling en het kraambed, nooit een probleem. Met dit wetsvoorstel wordt deze situatie eigenlijk teruggedraaid en moeten verloskundigen achter illegale zwangeren aanlopen om de rekeningen te innen. Als zij dit niet doen moeten zij daar zelf 20% van betalen. Dit kan toch niet waar zijn? Verloskundigen hebben mede door of misschien dankzij internationale verdragen een zorgplicht jegens de zwangere vrouwen. Dit geldt ook voor illegale zwangeren. Het gaat hier om bescherming van moeder en ongeboren kind. Er mag hun geen zorg worden onthouden. Ook hierover heb ik een amendement ingediend.

Arib

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik kan mij de begrenzing voorstellen bij kinderen tot achttien jaar. Dat betreft gewoon de leeftijd. Wij spreken over medisch noodzakelijke zorg. Mevrouw Arib heeft een amendement ingediend over de situatie rondom zwangerschap en bevalling. Kan zij zeggen waar de grens ligt? Wat valt er precies onder zwangerschap en bevalling? Het is altijd goed om de begrippen heel helder te definiëren.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Hier bestaan allerlei standaarden voor die door verloskundigen zelf zijn opgesteld. Verloskundige zorg houdt in begeleiding tijdens de zwangerschap, assistentie bij de bevalling en zorg in het kraambed, als het kind eenmaal is geboren. Dat is een consult van naar ik meen € 826 voor de gehele begeleiding. Tot nu toe was dit geen enkel probleem. Het is echt onzin dat dit een aanzuigende werking zou hebben. In de praktijk konden zwangere illegale vrouwen bij de verloskundige terecht. Met dit voorstel zullen illegale zwangere vrouwen voor bepaalde kosten moeten opdraaien. Het grote probleem is dan dat zij zich niet meer melden. Dat is niet alleen niet goed voor de vrouw, maar ook niet goed voor het ongeboren kind. Bovendien zou ik niet graag in een samenleving leven waarin illegale zwangere vrouwen van alle zorg worden geweerd, omdat zij er niet voor kunnen betalen. Ik hoop dat het CDA het op dit punt met mij eens is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik begrijp dat u dit zegt met het oog op de directe zorg bij zwangerschap en bevalling. Echter, er kunnen zich na een halfjaar complicaties voordoen. Daarop doelde ik. Geldt dan nog hetzelfde criterium? Wat gebeurt er dan?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Als je een paar weken zwanger bent, volg je het gewone traject. In de meeste gevallen gaat het om een gezonde zwangerschap en een gezonde bevalling. Dan is op termijn de verloskundige zorg niet meer nodig. Als zich bij een vrouw later complicaties voordoen, geldt voor haar hetzelfde als voor alle mensen waarover wij het vandaag hebben. Echter, het verloskundige consult, de begeleiding tijdens de zwangerschap en de assistentie bij de bevalling en het kraambed vormen één geheel. Dat is tot nu toe met de Stichting Koppeling prima geregeld. Met deze wet wordt die regeling echter teruggedraaid met alle gevolgen van dien. Ik hoop dat u mijn amendement zult steunen, mevrouw Smilde.

Een ander punt betreft de zwangerschapsafbreking bij illegale vrouwen. Het wetsvoorstel is hierover onduidelijk. Nu worden de kosten voor zwangerschapsafbreking vergoed op grond van de regeling subsidies AWBZ. Met de nieuwe wet kunnen die kosten alleen worden vergoed als de zwangerschap in een ziekenhuis wordt afgebroken. Die redenering kan ik niet volgen, omdat de zwangerschapsafbreking in abortusklinieken sowieso aanzienlijk goedkoper is. Bovendien kunnen deze vrouwen niet overal terecht. Waar zij terechtkunnen is afhankelijk van de vraag welk ziekenhuis wordt gecontracteerd. Daarom verneem ik heel graag van de minister waarom zwangerschapsafbreking bij illegale vrouwen wel wordt vergoed als die afbreking plaatsvindt in een ziekenhuis en niet als die in een abortuskliniek wordt uitgevoerd, terwijl de kosten van afbreking in een ziekenhuis het dubbele zijn van die in een abortuskliniek.

Artsen moeten niet alleen medisch noodzakelijke zorg leveren, maar zij moeten bij het bepalen of zorg kan

worden verleend de duur van het verblijf in aanmerking nemen. Volgens het wetsvoorstel moet de noodzaak om medische zorg te verlenen worden bezien in samenhang met de duur van het verblijf. De KNMG geeft aan dat dat in de praktijk bijna onmogelijk is. De minister verwijst naar het rapport van de commissie-Klazinga. Die commissie is hier heel duidelijk over. Zij stelt dat de arts de inschatting van de duur van het illegale verblijf in Nederland kan laten meewegen bij het begin van een behandeling, maar dat dat alleen dan gerechtvaardigd is als het doel, gezondheidswinst, niet wordt geschaad. Dus de commissie concludeert eveneens dat het voor artsen lastig of onmogelijk zal zijn om te beoordelen hoe lang de verblijfsduur is.

Voorzitter. Ik stoor mij voortdurend aan het vergelijken van de positie van illegalen in Nederland met die van vakantiegangers. Die vergelijking gaat totaal mank. Als de minister de situatie van illegalen vergelijkt met de situatie van Nederlanders die in het buitenland op vakantie zijn, ben ik bang dat hij de realiteit uit het oog verliest. De meeste illegalen hebben nauwelijks geld om te leven, laat staan dat zij kunnen worden aangemerkt als vakantiegangers.

Met het gestelde over de AWBZ-zorg ben ik blij. Ik herinner aan de schriftelijke vragen over een kind dat als gevolg van een hersenvliesontsteking in het AMC werd opgenomen. Dat kind was na een lang verblijf op de intensive care uitbehandeld. Het doorverwijzen van het kind naar een revalidatiecentrum was een groot probleem, met het gevolg dat het kindje dat hier illegaal verbleef met zijn moeder een jaar in het AMC moest bivakkeren. Ik vroeg mij af of de nieuwe wet een eind maakt aan dit soort schrijnende praktijken. Gelukkig is dit maar één keer voorgekomen, maar wij weten niet wat de toekomst ons brengt.

Het mag duidelijk zijn dat mijn fractie het wetsvoorstel in principe steunt. De kern ervan is namelijk de zorg aan illegalen helder regelen. Wel wil ik nadrukkelijk aangeven dat de Stichting Koppeling met korte lijnen werkt. Met dit wetsvoorstel moet het CVZ een zware rol krijgen. De werkwijze is veel omslachtiger en ik ben bang dat het gepaard gaat met veel bureaucratische rompslomp. De vraag blijft ook of dit wetsvoorstel in de praktijk daadwerkelijk betekent dat de problemen voor zowel de illegale vreemdelingen die zorg nodig hebben als de zorgverleners zijn opgelost.

Ik zie dat de minister een beetje ongeduldig wordt. Ik weet niet of het met mij te maken heeft; ik hoop het niet.

Minister **Klink**: Nee nee, helemaal niet.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik zou heel graag zien dat de minister de effecten van deze nieuwe wet, als die straks wordt aangenomen, gaat monitoren en de wet over twee jaar gaat evalueren, zodat wij tijdig kunnen zien of die alle problemen heeft opgelost.

□

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De Vreemdelingenwet sluit de toegang tot de sociale zorgvoorzieningen af voor vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven. Daarmee wordt bewerkstelligd dat zij geen recht hebben op medische zorg ten laste van deze sociale verzekeringen, maar niet heus. Mensen die onrechtmatig in Nederland verblijven hebben uiteraard

Agema

wel een zorgvraag en Nederland kent geen wetgeving die het verlenen van medische zorg aan wie dan ook verbiedt. Integendeel, zorgaanbieders zijn uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomende gevallen zorg te verlenen. Iedere zorgaanbieder bepaalt binnen de regels van de beroepsethiek of en zo ja, in welke mate hij bereid is mensen te helpen die niet in staat zouden zijn daarvoor te betalen. Maar wie controleert dat? In beginsel zal de rekening voor verleende medisch noodzakelijke zorg aan een niet rechtmatig verblijvende vreemdeling worden gepresenteerd. Maar ja, in de praktijk wordt minder dan 1% van de kosten voor ziekenhuiszorg aan illegalen bij henzelf geïnd, minder dan 1%. Wanneer vreemdelingen in betalingsmacht worden, worden zorgaanbieders geconfronteerd met onbetaalde rekeningen. Dit wetsvoorstel regelt dat zorgaanbieders in dat geval in aanmerking komen voor financiering uit collectieve middelen: de bestaande financieringsmogelijkheden voor eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg en AWBZ-zorg worden samengevoegd.

Bij eerdere gelegenheden heb ik aangegeven dat het geven van gratis zorg aan illegalen een doorn in het oog is voor de fractie van de Partij voor de Vrijheid. Het kan niet zo zijn dat er gratis zorg wordt geleverd aan mensen die onrechtmatig in ons land verblijven en dat tegelijkertijd voor een driejarig meisje de kosten voor het verwijderen van een gevaarlijk hemangioom in haar nek niet worden vergoed. Of dat de kosten voor het redden van een oog voor een baby niet worden vergoed. Of dat door het schrappen van de grondslag "somatisch" mensen met MS, Parkinson, diabetes et cetera geen aanspraak meer kunnen maken op ondersteunende begeleiding. Dat is de wereld op zijn kop. Voor deze mensen geldt "eigen volk laatst".

Al eerder zei ik u namens mijn fractie dat illegalen alleen in aanmerking mogen komen voor acute zorg, zoals voor een hartinfarct of een slagaderlijke bloeding en niet voor medisch noodzakelijke zorg, wat zowat alle medische zorg betreft. Zij moeten natuurlijk wel betalen en het liefst vooruit. Wat is de eerste vraag die je gesteld wordt als je als toerist met een gebroken enkel in een Amerikaans ziekenhuis komt: do you have a credit card? Natuurlijk wil de PVV niet naar een Amerikaans zorgsysteem, alsjeblieft niet.

Voorzitter. Ik krijg voortdurend kwalificaties van mevrouw Van Gent tussendoor. Laat zij dan even naar de interruptiemicrofoon lopen en de vraag gewoon stellen.

De **voorzitter**: Ik stel mevrouw Van Gent in staat een vraag te stellen.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik maakte een spontaan compliment vanuit het bankje, omdat mevrouw Agema zei dat zij niet naar een Amerikaans zorgsysteem wilde. Toen zei ik geheel spontaan en totaal ondersteunend "godzijdank".

De **voorzitter**: Dan stel ik voor dat u, als u vragen hebt, naar de microfoon komt, zodat degene die spreekt daarop kan reageren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, wij willen inderdaad niet naar een Amerikaans zorgsysteem. Ons systeem is prima. Maar het strooien met gemeenschapsgeld voor zorg aan mensen die onrechtmatig in Nederland

verblijven, moet ook stoppen. De illegaal in kwestie moet de rekening niet alleen gepresenteerd krijgen; hij moet die ook betalen, tot de laatste eurocent. Verzin iets, doe iets, maar zorg ervoor dat de illegaal niet kan profiteren van gratis zorg terwijl de gewone man en vrouw zich blauw betalen aan zorgpremie en aan belastingen en instellingen ieder dubbeltje moeten omdraaien. Het is onjuist, het is oneerlijk.

Andere fracties zetten de geldkraan maar weer eens open; zie de onzalige amendementen van de fracties van de SP en de PvdA voor het 100% vergoeden. En een dekking? Nee, net als de oninbare cheques is dit ook een ongedekte cheque. Het contracteren van de zorg aan illegalen om zo meer inzicht te krijgen, is een doekje voor het bloeden. Het is als krabben met je linkerhand aan je rechteroor, terwijl je dat ook met je rechterhand had kunnen doen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik vraag mij altijd af of ik mevrouw Agema wel of niet moet interrumperen, maar goed, zij verwijst nu naar een amendement dat ik heb ingediend. Dat amendement betreft minderjarigen en zwangeren. Wil mevrouw Agema er ook inhoudelijk op ingaan? Vindt zij dat illegale zwangere vrouwen wel of geen verloskundige zorg moeten krijgen? Dezelfde vraag kan ik voor kinderen stellen. Of moeten ze allemaal het land uit?

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij hebben een aantal weken geleden een spoeddebat gehad. Daarin heb ik duidelijk gezegd dat illegale vrouwen bij de bevalling geholpen moeten worden. Het verschil tussen het amendement van mevrouw Arib en ons standpunt is dat wij zeggen: zij moeten de rekening wel betalen. Mevrouw Arib gaat voor 100% vergoeding, ik ga voor zorg gekoppeld aan 100% betaling.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Kennelijk hebt u niet goed geluisterd. Ons uitgangspunt is dat degene die zorg krijgt, zelf de kosten betaalt. Stel dat de zorgverlener, in dit geval de verloskundige, er alles aan heeft gedaan en de vrouw geen geld heeft. Moet zo iemand dan wel of geen zorg krijgen?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ook hierin ben ik hartstikke duidelijk geweest. De rekening moet gewoon betaald worden. Zo'n mevrouw gaat ook met het openbaar vervoer. Dat moet ze betalen. Zij woont in een huis. Dat is niet voor niets. Dus ook een rekening voor verloskundige hulp moet gewoon betaald worden, niet door de belastingbetaler maar door degene die de zorg krijgt. Wij hebben een systeem waarin iedereen solidair meedoet. Het gaat niet aan dat mensen denken: ik zeg maar dat ik het geld niet heb, want ik krijg het toch voor 100% vergoed. Daar gaat het amendement van mevrouw Arib naartoe.

Voorzitter. Er is gezocht naar een verhouding voor de verdeling van de kosten en gekozen voor een verhouding 80-20. Dit wordt gezien als een prikkel voor de zorgaanbieder om de kosten van zorg eerst te verhalen op de illegaal, en voor de illegaal om in voorkomende gevallen de kosten van aan hem verleende zorg te betalen. De minister stelt verder dat er rekening mee moet worden gehouden dat het ziekenhuis een deel van de kosten op de illegale patiënt kan verhalen. Een volledige vergoeding zou in feite iedere prikkel voor de zorgaanbieder om

Agema

de kosten te verhalen op de illegale patiënt wegnemen. Er is gekozen voor een middenweg, aldus de minister: een ruime, maar niet volledige vergoeding. Nu wordt dus 80% verhaald op de belastingbetaler en 20% op andere zieken. Niets wordt verhaald op de illegaal. Dit is hoe dan ook de wereld op zijn kop. De regering is van mening dat de compensatie voor inkomstenderving van enige omvang bij zorgaanbieders als gevolg van het onbetaald verlenen van medische zorg aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning, een rijksoverheidsstaak is en geen taak voor gemeenten en provincies. Dit is een misvatting. Het is de taak van de illegaal om de rekening te betalen en van niemand anders.

Na het betalen van de rekening moet de illegaal worden uitgezet. Hier wordt enorm bekrompen over gedaan. Als een illegaal tegen de lamp loopt op het moment dat hij zorg nodig heeft, is dat toch juist een heel mooi aangrijpingspunt? Wat zijn de mogelijkheden voor een meldplicht voor zorgverleners wanneer zij te maken hebben met een illegaal? Kunnen zij een meldplicht opgelegd krijgen bij de Dienst Terugkeer & Vertrek? Volgens mijn fractie kan het geven van gratis zorg aan illegalen niet. Volgens de stukken verblijven er zelfs illegalen in AWBZ-instellingen. Hoe is het mogelijk? De meeste Nederlanders denken dat illegalen ongemerkt in ons land verblijven, maar nee, zij kunnen gewoon dure zorg in zorginstellingen krijgen. Het gaat om zorginstellingen waar ieder dubbeltje wordt omgedraaid, waar zorg wordt afgeknepen. Het zijn instellingen waar bezuinigd wordt en waar personeelstekorten zijn. En daar verblijven gewoon illegale profiteurs, die niets betalen en die niets willen betalen voor de zorg die wij met zijn allen opbrengen. Het is een grove schande.

Wat de PVV betreft komt deze wet er nooit.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Vindt mevrouw Agema de artsen in Nederland deskundig? Oefenen zij hun beroep op een goede manier uit?

Mevrouw **Agema** (PVV): Wat er nu gebeurt en waar de SP ook voor pleit, is dat de arts in alle gevallen bepaalt of er wel of geen zorg verleend wordt. Dan krijg je verschillen. De ene arts geeft de zorg wel, de andere niet. Dat willen wij niet. Wij zijn van mening dat zorg aan illegalen niet gratis moet worden gegeven.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik beoordeel de artsen in Nederland als deskundig. Van mevrouw Agema had ik tot nu toe begrepen dat ook zij geen fundamentele kritiek had op het functioneren van Nederlandse artsen. Ik maakte daaruit op dat zij vindt dat de artsopleidingen goed zijn en dat artsen hun werk correct doen. Op grond van het voorstel bepaalt de arts of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Dat gebeurt dus niet zomaar met de natte vinger. De vraag is of iemand mag worden geholpen voordat de rekening is betaald of dat het is toegestaan om eerst iemand te helpen en dan de rekening te betalen. Of is mevrouw Agema van plan om iemand die medisch noodzakelijke zorg nodig heeft, de grens over te zetten? Zij doet nu immers alsof de medische stand het in Nederland niet allemaal op een rijtje heeft.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat doe ik natuurlijk niet. Ik heb zojuist het voorbeeld gegeven van Amerika. In dat land laat men bijvoorbeeld patiënten met een gebroken enkel

gewoon staan. Als mensen de rekening vooraf kunnen betalen, moeten zij dat doen. Anders dient die achteraf alsnog te worden betaald.

Uiteraard heb ik een groot vertrouwen in de artsopleidingen en de deskundigheid van de artsen in Nederland. Dat neemt niet weg dat zij naar mijn idee niet gaan over de vraag of zij al dan niet zorg geven aan illegalen. Dat beslissen wij in dit huis.

Mevrouw Schippers heeft op een goede manier uitleg gegeven over het onderscheid tussen medisch noodzakelijke zorg en acute zorg. Op dit moment onderzoekt een commissie wat onder medisch noodzakelijke zorg moet vallen en wat onder acute zorg. Wij zien de uitkomst van dat onderzoek met belangstelling tegemoet. Op dit moment ben ik van mening dat acute zorg inhoudt dat mensen niet op straat kunnen blijven liggen. Zij hebben bijvoorbeeld een vreselijk ongeluk gehad en als gevolg daarvan hebben zij bijvoorbeeld een slagaderlijke bloeding. Of zij hebben een hartinfarct. Iedereen kan in Nederland geholpen worden, ook een toerist. Dat neemt niet weg dat de rekening uiteindelijk dient te worden betaald. Ik ben van mening dat wij die zorg niet gratis moeten "weggeven", zoals mevrouw Van Gent dat wenst.

De heer **Van Gerven** (SP): Vindt mevrouw Agema dat de professionele autonomie van de arts leidend moet zijn?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vermoed dat de heer Van Gerven doelt op de wet van Hypocrates.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, ik doel op de wet van Hypocrates. Dat is de Nederlandse eed voor artsen: het referentiekader waarbinnen de hulpverlener werkt. Vindt mevrouw Agema dat de professionele autonomie van de arts leidend moet zijn?

Mevrouw **Agema** (PVV): Die dient naar mijn idee niet in alle gevallen leidend te zijn. De Tweede Kamer geeft de kaders van de wet aan en dus niet de artsen. Laatstgenoemden moeten handelen binnen de kaders van de wet. Als mijn fractie van mening is dat die wet en de kaders moeten worden veranderd, dienen de artsen zich daaraan te houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Agema geeft geen antwoord op mijn vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV): Volgens mij is dat het antwoord.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik trek dus de conclusie dat mevrouw Agema de professionele autonomie van de arts wil beperken. Daarmee is de SP-fractie het hartgrondig oneens. De professionele autonomie van de arts is bepalend voor de wijze waarop in geval a en in geval b zorg moet worden verleend. Dat is niet aan de politiek en zeker niet aan de fractie van de PVV.

Ik vraag mevrouw Agema nogmaals of de autonomie van de arts voor haar leidend is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik geef precies hetzelfde antwoord. De kaders van de wet worden door de Tweede Kamer bepaald. De arts zal zich daaraan moeten houden. Ik vind dat er grenzen zijn aan de vrijheid van de arts, ook in de door de heer Van Gerven geschetste gevallen.

Agema

De vergadering wordt van 20.20 uur tot 20.40 uur geschorst.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. In Nederland geldt het principe dat zorgaanbieders in voorkomende gevallen noodzakelijke zorg verlenen, ongeacht de vraag of en zo ja hoe de kosten van die zorgverlening vergoed zullen worden. Daar ligt een verplichting, die wordt gekoesterd door de beroepsgroep, een verplichting om noodzakelijke zorg aan eenieder te verlenen. Uitgangspunt bij de zorgverlening die plaatsvindt, is dat de patiënt in eerste instantie zelf de kosten betaalt. Normaal gesproken worden die kosten betaald door de verzekeraar. Maar illegale mensen mogen zich niet verzekeren op grond van de Vreemdelingenwet, wat uiteindelijk betekent dat zijzelf de kosten moeten dragen. Maar als de illegale persoon de kosten niet zelf kan betalen, blijven die voor rekening van de zorgaanbieder, want vele illegale mensen kunnen die kosten niet volledig dragen. Momenteel bestaan hiervoor allerlei verschillende regelingen, die dan nog niet eens alle zorg dekken, met name niet het AWBZ-deel. Terecht werd gerefereerd aan de uitspraak van de rechter dat delen van de AWBZ-zorg toegankelijk zouden moeten zijn voor illegale personen.

Bij dit wetsvoorstel komt er één financieringsregeling voor alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan illegale personen die niet in staat blijken, zelf hun medische kosten te betalen. Daarbij staan twee zaken voorop: in de eerste plaats het beschermen van het socialeverzekeringsstelsel en in de tweede plaats het voorkomen dat zorgaanbieders aanmerkelijke inkomensschade gaan lijden. De sociale verzekering draait om het uitgangspunt dat iedereen meedoet. Daarom moet er een systeem komen waarmee wordt voorkomen dat onverzekerde verzekeringsplichtigen de zorg toch wordt verleend uit de middelen, bedoeld voor de zorg voor illegale personen. Met andere woorden: wij willen niet dat de middelen die wij uittrekken voor illegale personen en de zorg die daarmee gemoeid is, ook door anderen worden gebruikt, wat in dit geval de onverzekerden zijn. Maar dat kan zich wel voordoen als onverzekerden zichzelf voordoen als illegale personen. Het kan zich ook voordoen als een zorgaanbieder geen moeite wil doen om een onverzekerde verzekeringsplichtige aan een verzekering te helpen, en gemakshalve de rekening maar wegschuift naar het illegale traject. In de memorie van toelichting wordt dat een vervuiling genoemd van wat wij nu aan regime willen: een uitdrukkelijk onderscheid tussen illegale personen die de zorg niet kunnen betalen en de onverzekerden. Dat is een van de redenen waarom wij toe willen naar de contractering van ziekenhuizen, teneinde goed in beeld te krijgen in hoeverre zorginstellingen daar goed de hand aan houden, zodat het CVZ die twee regimes blijft onderscheiden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wanneer kan een illegaal de geleverde zorg niet betalen?

Minister **Klink**: Op het moment dat hij betalingsonmachtig is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wanneer is een illegaal

betalingsonmachtig? Wanneer hij de wil niet heeft om te betalen? Of heeft u daar criteria voor?

Minister **Klink**: Betrokkene is betalingsonmachtig op het moment dat de zorgaanbieder niet in staat is, met betrokkene een betalingsregeling af te spreken, dan wel betrokkene ertoe te verleiden een deel van de kosten te dragen. Dat dat kan, bewijst de dagelijkse praktijk: er zijn ziekenhuizen die dat goed lukt.

Mevrouw **Agema** (PVV): De praktijk van alledag is ook dat er honderdduizenden mensen in Nederland zijn die moeite hebben met het betalen van hun rekeningen, die dicht bij de armoedegrens leven en te maken hebben met torenhoge belastingen, maar die wel netjes hun zorgpremie betalen. Ik vind het gek dat zo makkelijk wordt aangenomen dat de illegaal betalingsonmachtig is. Hij leeft in Nederland. Dat is een duur land. Hij reist met het openbaar vervoer en eet iedere dag een broodje, besteedt geld aan kleding, behuizing enzovoorts. Waarom gaat de minister daar zo makkelijk van uit?

Minister **Klink**: Ik ga daar niet makkelijk van uit, want anders waren wij ertoe overgegaan om 100% van de zorgkosten te financieren en dat doen wij niet. Wij gaan uit van 80%. Daarmee wordt een balans gezocht. Ik snap heel goed dat men zich afvraagt in hoeverre die 20% een prikkel is voor de zorgaanbieder om in elk geval een deel van de kosten te verhalen. Eigenlijk zou alles betaald moeten worden. Ook dat zit erachter, want die 20% is een gemiddelde. De zorgaanbieder wordt dus geprikkeld om alle of een deel van de kosten te verhalen op de, in dit geval, illegale personen. Degenen die zich afvragen of anders een drempel wordt opgeworpen, begrijp ik heel goed. Dat is de balans die in feite in dit wetsvoorstel gevonden wordt. Aan de ene kant geen volledige bekostiging, dus toch een plicht voor de zorgaanbieder om de kosten te verhalen, en aan de andere kant geen dusdanige financiële drempel dat de zorg voor betrokkenen compleet ontoegankelijk wordt.

Dan ga ik in op het voorbeeld van mevrouw Agema: je komt in het ziekenhuis met een gebroken enkel en je hebt je creditcard niet bij je. Dat is inderdaad een voorbeeld waarin die balans naar voren komt. De overweging is aan de arts, maar ik vind dat niet op voorhand gezegd moet worden dat iemand die niet meteen zijn creditcard kan trekken, niet geholpen moet worden. Ik vind dat dit niet kan.

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

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister zijn betoog vervolgt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Het gaat hier even over de juistheid.

Dit is geen juiste voorstelling van de zaken waar de PVV voor staat. Ik heb duidelijk gezegd dat wij blij zijn dat wij niet het Amerikaanse systeem hebben. Wij vinden niet dat altijd vooraf om een creditcard moet worden gevraagd, maar als vooraf betaald kan worden, is dat goed. Er dient altijd achteraf betaald te kunnen worden.

Ik heb nog een vraag.

De **voorzitter**: U hebt uw punt gemaakt. Dan bewaart u de vraag maar voor de tweede termijn. Ik heb u driemaal

Klink

de gelegenheid gegeven. Ik stel voor dat de minister nu doorgaat met zijn betoog.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dan kom ik zo direct weer een rondje doen.

Minister **Klink**: Dan wil ik mevrouw Agema wel recht doen. Als zij inderdaad zegt dat zij het Amerikaanse zorgstelsel niet wil en dat eventueel achteraf betaald kan worden, dan zijn wij het eens, want dat wil ik ook. Vandaar die betalingsregeling.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, ik heb een punt van orde. Wij bespreken hier een wetsvoorstel. Dit is geen spoeddebat. Ik wil een volwaardig debat kunnen voeren met de minister. Ik heb nog een heel prangende vraag.

De **voorzitter**: Daar krijgt u alle gelegenheid voor. U heeft net ook de gelegenheid gehad. U heeft tot drie keer toe de gelegenheid gehad om de vraag te stellen. U heeft ook nog een tweede termijn. Het is dus nog steeds een volledig debat. Ik stel voor dat de minister zijn betoog vervolgt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik leg mij hierbij neer, maar ik ben het er totaal mee oneens. Het is echt een belachelijke gang van zaken. Het is een gewoon debat over een wetsvoorstel. Ik heb een prangende vraag en u staat mij niet toe om die te stellen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik ga in op de opmerkingen van mevrouw Agema over het stellen van vragen. Wij spreken hier inderdaad over een belangrijke wet. De SP-fractie vindt dat daar alle ruimte voor moet zijn.

De **voorzitter**: Zeker. U kunt hetzelfde antwoord verwachten. Ik stel nu voor dat de minister zijn betoog vervolgt.

Minister **Klink**: Mijnheer de voorzitter. Ik recapiteer nog maar even dat ene punt dat voor mij belangrijk is. Het sociale verzekeringsstelsel wordt beschermd tegen een vermenging van het voorzien in een zeker inkomen voor de zorgaanbieder ten behoeve van de kosten die gemaakt worden voor het helpen van illegale personen – de zogenaamde aanmerkelijke inkomensschade – en van de kosten die gemaakt worden voor de onverzekerden die niet illegaal zijn. Dat in dit wetsvoorstel wordt uitgegaan van het principe van gecontracteerde zorg is om die reden een belangrijk punt. In contracten kunnen namelijk afspraken worden gemaakt om te voorkomen dat de rekeningen van zorg voor onverzekerde verzekeringsplichtigen ten laste worden gebracht van de financieringsregeling voor de zorgverlening aan illegale personen. Tegelijkertijd kunnen via de contracten afspraken worden gemaakt over betalingsregelingen. Wij hadden het daar zo-even al over. Er worden dus alleen contracten gesloten met zorgaanbieders die hiervoor een goede werkwijze en protocollen hanteren. Daarop let het CVZ als het over de niet direct toegankelijke zorg gaat.

Niet voor alle zorg kan echter gewerkt worden met selectief gecontracteerde zorgaanbieders. Net was een aantal thema's aan de orde en toen werd al een voorbeeld gegeven: als iemand acute zorg nodig heeft door een hartaanval enzovoorts. Ik hoef alle akelige

aandoeningen die zich aftekenen niet te noemen, maar soms is gewoon acute zorg nodig. Dan heb je geen gecontracteerde zorg, want die is per definitie selectief en niet direct toegankelijk. Dan heb je dus direct toegankelijke zorg.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik heb zojuist iets verzuimd. Ik wil namens de CDA-fractie graag vragen om de beraadslaging na deze eerste termijn te schorsen, zodat wij de tweede termijn volgende week kunnen doen. Nadat de minister de vragen heeft beantwoord, heb ik namelijk behoefte om daarover met mijn fractie te overleggen.

De **voorzitter**: Ik vraag de woordvoerders of zij met dit verzoek instemmen.

De heer **Van Gerven** (SP): De SP-fractie stemt daarmee in.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Als een fractie daar om vraagt, stellen wij ons graag soepel op. Ik stem dus in met het verzoek.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik sluit mij bij die woorden aan.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat geldt ook voor de PvdA-fractie.

De **voorzitter**: Dan besluiten wij nu dat de tweede termijn van de Kamer volgende week aanvangt en mogelijk ook de tweede termijn van de kant van het kabinet. De minister is daar nu ook van op de hoogte.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Gaat de minister nog verder in op de contracten? Ik heb daar namelijk nog een vraag over. Hoe selecteert de minister precies die zorgaanbieders?

Minister **Klink**: Zoals ik al zei, worden alleen contracten gesloten met zorgaanbieders die voorzien in een goede werkwijze en goede protocollen. Dat is een belangrijk criterium. Tegelijkertijd zal ook sprake zijn van onderhandelingen tussen het CVZ en de aanbieders van de zorg. Ik had het zojuist over de 80% en 20%. Dat geldt voor de direct toegankelijke zorg. Voor de niet direct toegankelijke zorg kan dat bedrag aanmerkelijk hoger liggen, maar dat hangt af van de onderhandelingen, tegen de achtergrond – laat dat duidelijk zijn – dat er toereikende zorg moet zijn. Vandaar dat ik indicatief een aantal getallen heb genoemd met betrekking tot apothekers, ambulances enzovoorts. De zorg moet bereikbaar en toegankelijk zijn. De zorg moet natuurlijk ook medisch verantwoord zijn; vandaar de medisch noodzakelijke zorg. Om die reden hebben wij het over een zorgstelsel dat voor illegale personen toegankelijk is, maar waarbij de plicht tot financiering in eerste instantie natuurlijk toevalt aan de illegale personen zelf. Als zij niet kunnen betalen, vindt vanuit het CVZ een zekere mate van bekostiging plaats.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb in eerste termijn gevraagd of het CVZ een geëigend orgaan is. Misschien gaat u daar nog op in.

Klink

Minister **Klink**: Ja, daar ga ik nog op in.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mijn tweede vraag is: hebt u, met de zorgaanbieders die u nu schetst, verspreid over het hele land voldoende zorgaanbieders om te voorkomen dat mensen te veel overal naar toe moeten reizen?

Minister **Klink**: Het antwoord daarop moet "ja" zijn. Ik zal daar nauwlettend op toezien. Ik moet eerlijkheids-halve wel zeggen dat, toen ik bij het nalezen van de zaken drie apothekers in een regio zag, bij mij hetzelfde lampje ging branden als bij de KNMP: dat is wel heel weinig. Er zal een ruimer, dekkend netwerk van apothekers moeten zijn. Wij kijken ook heel goed naar de ambulances; er zijn er nu tien genoemd. Er moet een dekkend aanbod van zorgvoorzieningen zijn, maar voor zover het planbare zorg is – althans, niet direct toegankelijke zorg – hecht ik er wel aan om te zeggen dat er selectieve contractering plaatsvindt.

De heer **Van Gerven** (SP): U vindt dat de middelen die gaan naar ongedocumenteerden – dus de illegalen – en de middelen die gemoeid zijn met de onverzekerde legalen, niet vermengd mogen worden. De SP begrijpt niet waarom dat nodig is. Als je aan de ene kant de zorgvraag leidend laat zijn en daar fatsoenlijke voorwaarden voor creëert, kun je aan de andere kant proberen om de financiële consequenties van dat beleid goed te maken. Ik bedoel daarmee dat je, als onverzekerde legalen middelen niet betalen die zij moeten betalen, daar bijvoorbeeld een incassoregime op kunt zetten. Daar komen wij over te spreken. Ook bij illegalen kan worden bekeken hoe wij het geld dat nodig is, toch binnen kunnen krijgen. Dat hoeft je toch niet uit elkaar te halen, zodat de rekening in de professionele uitoefening bij de hulpverlener komt te liggen? Die wordt namelijk gek van de bureaucratie die wordt geïntroduceerd bij de inning van de middelen, de selectieve contractering en de hele bureaucratie die daaromheen komt. Bovendien komt de professionele autonomie onder druk te staan bij discussies over planbare zorg en niet planbare zorg enzovoorts. Kunt u daarop ingaan?

Minister **Klink**: Bij de contracten die gesloten moeten worden tussen CVZ en zorginstellingen zijn de protocollen belangrijk die een zorginstelling hanteert. Bij die protocollen gaat het onder andere om de vraag of er een goede schifting gemaakt wordt tussen illegalen en onverzekerde verzekeringsplichtigen. Die laatste zijn ingezetenen, krachtens de AWBZ verzekerd en dus verplicht om zich te verzekeren. In dat geval moeten betrokkenen eerst via telefoon of fax verzekerd worden alvorens niet direct toegankelijke zorg wordt verleend. In die zin vindt in de protocollen van de ziekenhuizen een zekere schifting plaats tussen de twee categorieën. Dat is belangrijk omdat wij anders het risico lopen dat ook onverzekerde verzekeringsplichtigen zeggen het niet te kunnen betalen, om vervolgens in het regime ingepast te worden van de contracten die met het CVZ gesloten zijn. Dat willen wij niet. Wij willen dat betrokkenen gewezen worden op hun plicht om de premie te betalen die belangrijk is om een solidair systeem in de benen te houden.

De heer **Van Gerven** (SP): De selectieve contractering gaat veel problemen geven in het kader van de

toegankelijkheid. Die gaat ook bureaucratie opleveren. CVZ moet immers veel zaken aanbesteden enzovoorts. Dat is niet nodig als de aanbieders gezegd wordt dat gewoon zorg geleverd moet worden. Dat is ook nu de situatie. Er moet echter ook voor gezorgd worden dat de mensen de rekening kunnen betalen, of het nu gaat om illegalen of onverzekerde legalen. Als die trajecten niet gescheiden worden, zijn de professional en de hulpverlener daarvan de dupe. De politiek komt dan de spreekkamer binnen. De minister kan toch verlangen dat ziekenhuizen op een goede en adequate wijze rekeningen innen? Dat kan toch met alle honderd ziekenhuizen afgesproken worden in plaats van met tien of vijf? Dat kan toch ook met alle apothekers afgesproken worden? Waarom komt de minister niet met een landelijke regeling met draagvlak?

Minister **Klink**: Die afweging kan gemaakt worden, ook in termen van bureaucratie. Die dimensie brengt de heer Van Gerven terecht in het debat in. Selectieve contractering, inclusief toezicht op de mate waarin de protocollen nageleefd worden, brengt minder bureaucratie met zich dan wanneer bij alle zorginstellingen en apothekers gecontroleerd moet worden in welke mate de zo-even bedoelde schifting aangebracht wordt. Het gaat om gemeenschapsmiddelen. Het is dan ook beter om te kiezen voor een selectieve en gerichte aanpak, in de wetenschap dat de protocollen nageleefd worden, dan voor een controle over de gehele linie.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister benadert het probleem sterk vanuit de beheersmatige-financiële kant. Het gaat bij de illegalen om pakweg 44 mln. Dat is minder dan eenduizendste van wat wij uitgeven aan zorg in Nederland. In financiële zin is het dus een beheersbaar probleem. Primair is het probleem dat de zorg die verleend moet worden adequaat door professionals wordt verleend, zonder verkeerde financiële prikkels. Als de minister onderscheid gaat maken, onder meer tussen planbare en niet-planbare zorg, dringt echter de financiële afweging de spreekkamer binnen. Is dat niet onredelijk en onrechtvaardig? Medisch noodzakelijke zorg is in feite de reguliere zorg die hulpverleners bieden. Dat stelt Klazinga, los van het tijdsduurcriterium. Met dat uitgangspunt voor ogen is de schiftingsvraag toch niet aan de orde voor huisarts, apotheker of ziekenhuis?

Minister **Klink**: Natuurlijk moet er toereikende zorg geboden worden waar dat medisch noodzakelijk is. Die zorg moet ook kwalitatief hoogwaardig zijn. Ik ben ervan overtuigd dat die dat ook zal zijn en dat die ook geboden wordt. Een belangrijke reden om te werken met contractering is het hanteren van protocollen waarmee een schifting aangebracht wordt. Dat kan toch niet in mindering worden gebracht op de toegankelijkheid, de kwaliteit en de financiële toegankelijkheid van de zorg? Ook dat laatste punt wordt in contracten meegenomen. Ik zie dus eerlijk gezegd het probleem niet. Tegen de achtergrond van de bureaucrativering worden juist veel ziekenhuizen door de selectiviteit ontslagen van een controle die zij anders over de hele linie moeten uitvoeren. Ik kom later terug op uw vraag in hoeverre een verschuiving plaatsvindt van direct toegankelijke zorg naar niet direct toegankelijke zorg.

Klink

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het is mij niet geheel helder. Aan de ene kant zegt de minister dat hij een dekkend zorgaanbod wil, waarbij rekening wordt gehouden met de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Aan de andere kant zegt hij te streven naar selectieve contractering. Wat moet ik mij daarbij concreet voorstellen? Dat komt toch neer op een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders? Hoe dekkend zijn zij?

Minister **Klink**: Dat is een zeer relevante vraag. Het gaat om niet direct toegankelijke zorg, waarvoor contractering plaatsvindt. Het is niet de bedoeling dat één ziekenhuis in Nederland eruit wordt getild en als enige, unieke zorgaanbieder wordt aangewezen. Ik heb in de memorie van toelichting gemeld dat er regionale spreiding plaats dient te vinden. Over het voorbeeld van drie apothekers in één regio heb ik zojuist gezegd dat ik dat te mager vind. Natuurlijk moet zorg toegankelijk zijn, maar het gaat mij te ver om te zeggen dat die toegankelijkheid alleen gewaarborgd is als elk ziekenhuis wordt gecontracteerd. Ik kies onder meer voor selectiviteit om een schifting aan te brengen, zodat niemand in de verleiding wordt gebracht om onverzekerden in het illegale personentraject te plaatsen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het voorbeeld van apothekers kan even goed voor andere vormen van zorg gelden. Ik zou graag een overzicht krijgen hoe u die spreiding precies ziet, want ik proef een tegenstrijdigheid in uw toezegging.

Minister **Klink**: Er zit niet direct een tegenstrijdigheid in. In de Zorgverzekeringswet wordt uitgegaan van een zorgplicht van de verzekeraars, zodat ook bij de contractering een dekkend netwerk van voorzieningen bestaat. Er is niet gepreciseerd binnen hoeveel kilometers een en ander gerealiseerd dient te worden. Het gaat hierbij niet alleen om illegale personen. U kunt ervan op aan dat ik er nauwlettend op toezie dat het CVZ een contractering hanteert die regionaal dekkend is. Ik spreek nu over niet direct toegankelijke zorg; direct toegankelijke zorg moet voor iedereen beschikbaar zijn in geval van acute nood. Ik zal erop toezien dat de planbare zorg – ik noem een synoniem dat de lading niet helemaal dekt – dekkend is. De Kamer wordt natuurlijk ingelicht wie het CVZ gecontracteerd heeft. Ik stel mij transparant op en zal de Kamer melden hoe die dekking zich heeft afgetekend. Als zich hiaten voordoen, dan moet u aan de bel trekken.

De heer **Van Gerven** (SP): Voor de apotheekhoudende huisarts geldt het afstandscriterium van 4,5 km en soms 3,5 km als dat in het belang is van de zorg. Als de apotheek verder ligt dan die afstanden, mag de huisarts apotheek houden. Als u aan dekking denkt, denkt u dan aan dat soort afstanden? U moet zich voorstellen dat een illegaal medicatie moet hebben voor zijn of haar kind. Moet hij dan 10 of 15 km reizen? Hoe ziet u dat?

Minister **Klink**: Ik kom daar graag op terug, in het verlengde van wat ik zo-even tegen mevrouw Arib zei, op het moment dat contractering heeft plaatsgevonden. Voorafgaand daaraan doen wij de toetsing. Ik zal een en ander transparant bij u neerleggen zodat u kunt kijken in hoeverre dat toereikend gebeurd is.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan kom ik op het punt van de contractering van ziekenhuizen. Hoe gaat u dat doen? Zij krijgen niet alle kosten vergoed van de zorg die zij moeten leveren. Zij moeten dus leveren onder de kostprijs. Dat lijkt mij een vreemd soort idealisme. Als ziekenhuizen dat doen, dan wordt goed gedrag slecht beloond. Of zie ik dat verkeerd?

Minister **Klink**: Dat ziet u toch een beetje verkeerd. Het uitgangspunt is dat de patiënt in eerste instantie zelf de kosten betaalt. Eenieder die onder de AWBZ valt, dus alle ingezetenen, is krachtens die regeling verplicht zich te verzekeren op basis de Zorgverzekeringswet. Dat geldt conform de Vreemdelingenwet niet voor illegaal hier verblijvende personen. Zij dienen het uitgangspunt dat mensen zelf moeten betalen voor hun zorg te effectueren. Ik vind dat zorgaanbieders daarop dienen toe te zien. Het is uiteraard fictie om te veronderstellen dat alle illegalen personen de zorgkosten willen en/of kunnen betalen. Daarom is er de 80-20-regeling voor de direct toegankelijke zorg en de contractering met het CVZ voor de niet direct toegankelijke zorg. De contractering kan ertoe leiden dat de vergoeding op grond van de ervaringsgegevens die gaandeweg zullen worden verzameld een stuk hoger wordt dan 80%. De ervaringsgegevens zullen leidend worden voor het niveau van de vergoedingen die de zorgaanbieders krijgen via het CVZ.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vind het toch een rare figuur. Wij maken een wet waarmee wij het onmogelijk maken dat illegalen zich verzekeren. Dat is een gegeven. Vervolgens vragen wij aan ziekenhuizen of hulpverleners of zij zorg willen verlenen en mensen willen helpen, maar wij verplichten hen ook om te opereren als een soort incassobureaus. Naarmate zij dat beter doen, houden zij iets over aan het verlenen van die zorg. Dat hoort toch niet bij elkaar? Een hulpverlener moet hulp verlenen en het financieringsvraagstuk moet op een andere wijze worden aangepakt en opgelost. Daar zijn ook best mogelijkheden voor.

Minister **Klink**: Ik zie, zoals mevrouw Schippers al zei, maar een andere mogelijkheid, namelijk 100% bekostiging. Dan ontstaat de situatie dat iemand die geen premie betaalt voluit gebruik kan maken van het zorgstelsel zonder dat er ook maar iemand zegt dat hij een deel van de rekening of de gehele rekening moet betalen. Ik zie best dat die keuze veel gevolgen heeft. Iemand wordt echter niet zomaar illegaal, daar heeft hij ook voor een deel voor gekozen. Wij moeten niet doen alsof iemand die geniet van de toereikende zorg die 100% wordt geboden geen premie hoeft te betalen. Wij moeten ook geen trajecten openzetten die uiteindelijk tot een bestendiging van de situatie leiden. Het mag duidelijk zijn dat met dergelijke zaken ook veel narigheid is gemoeid en dat dus een balans moet worden gezocht. Het enige alternatief is 100% bekostiging en daar vloeien weer een heleboel andere nadelen uit voort.

Niet voor alle zorg, met name niet voor acute zorg, kan worden gewerkt met selectief gecontracteerde zorgaanbieders. Daarom is een onderscheid gemaakt tussen niet direct toegankelijke zorg en direct toegankelijke zorg. Niet direct toegankelijke zorg is zorg waarvoor een verzekerde doorgaans een verwijzing, recept of indicatie nodig heeft. Voor deze zorg moet een illegale persoon naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Direct

Klink

toegankelijke zorg is zorg waarvoor doorgaans geen verwijzing, recept of indicatie nodig is. Voor die zorg kunnen deze personen naar elke zorgaanbieder.

Vergoeding van de niet direct toegankelijke gecontracteerde zorg wordt geregeld in een contract. Bij de direct toegankelijke niet gecontracteerde zorg voorziet het wetsvoorstel in een vergoeding van 80% van de oninbare vorderingen. Er is niet gekozen voor een volledige vergoeding omdat zowel de illegale persoon als de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid heeft. De illegale persoon moet de kosten van de aan hem verleende zorg betalen. Er moet rekening mee worden gehouden dat de zorgaanbieder een deel van de kosten op de illegale patiënt kan verhalen. Enig ondernemersrisico voor de zorgaanbieder moet daarbij worden ingecalculleerd. Een volledige vergoeding zou in feite elke prikkel voor de zorgaanbieder om de kosten te verhalen op illegale patiënten wegnemen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb een ander aanknopingspunt gevonden voor mijn vraag van net. Mijn vraag heeft betrekking op het innen van de rekeningen. Op dit moment wordt minder dan 1% geïnd. Gaat dit wetsvoorstel daaraan iets veranderen? Worden straks meer onbetaalde, oninbare rekeningen van illegalen ingevorderd en betaald?

Minister **Klink**: Ik kom zo meteen graag op die 1% terug. Dat is een inschatting die de NVZ heeft gemaakt. Ik zal hierover zo meteen mijn licht laten schijnen. Mevrouw Agema of een van haar collega's heeft deze vraag al gesteld. Ik kom daarop later in mijn betoog graag terug.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dan zegt de minister dus ook of het meer wordt dan 1%?

De **voorzitter**: Dat komt straks in het antwoord terug.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Bij dat antwoord zou ik graag opheldering willen over het volgende. De minister zegt dat de 20% gezien moet worden als een soort ondernemingsrisico en als een soort garantie dat de zorgaanbieder bereid is, de rekening te laten voldoen.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Gent zullen wij dat straks laten terugkomen in het antwoord van de minister?

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Dit is een wetsvoorstel. Dat kan ik ook niet helpen. Ik heb daarover toch een aanvullende vraag. Als de zorgaanbieder kan aantonen dat hij echt acties heeft ondernomen om die rekening te innen, en als dat niet is gelukt, is het dan niet alsnog mogelijk om de volledige rekening te laten betalen en de zorgaanbieder hiervoor niet te laten opdraaien? Dat vind ik een overweging om mee te nemen. Daarover zou ik graag opheldering krijgen, nu of straks.

Minister **Klink**: Ik wil daar wel iets over zeggen. De 20% is een inschatting zoals wij die op dit moment maken van datgene wat inbaar is bij de illegale personen. Tegelijk worden er contracten gesloten tussen het CVZ aan de ene kant en de niet direct toegankelijke zorgverleners aan de andere kant. Een van de onderdelen van het contract is nu net dat die zorginstellingen op basis van protocollen hun best doen om te bekijken in hoeverre men daadwerkelijk tot betaling overgaat. Zo-even liet ik

het trefwoord "ervaringsgegevens" vallen. Mocht uit de ervaringsgetallen naar voren komen dat het percentage van 20 een slag in de lucht is, om het zo maar even wat huiselijk te zeggen, dan passen wij dat natuurlijk aan. Het kan niet zo zijn dat wij de genoemde 20% als het ware niet als een risico maar gewoon als een vaste last bij de ziekenhuizen neerleggen. Dat gaan wij niet doen. Ik wil mevrouw Van Gent graag toezeggen dat ik dit een wezenlijk element laat zijn van de monitor, die hierin toch al is meegenomen. Met de strekking van haar opmerking ben ik het eigenlijk eens.

Ik kom zo meteen op die verhouding 20%-80% terug. Ik wil wel alvast melden dat de zorgaanbieders in de Regeling Stichting Koppeling – hierbij heb ik het over direct toegankelijke zorg – geacht worden een deel van de kosten zelf te dragen. Daarop kom ik zo meteen nog even terug, omdat door een aantal woordvoerders verondersteld werd dat de bekostiging nu 100% zou zijn.

Het CVZ zal bij de keuze van de te contracteren zorgaanbieders zo veel mogelijk rekening houden met de spreiding van illegalen over het land. Ook dat telt mee met betrekking tot het dekkende zorgaanbod. Ook wordt aandacht besteed aan voorlichting aan de eerstelijnszorgaanbieders en de zorgaanbieders überhaupt. De heer Van Gerven vroeg hiernaar. Zeker voor de eerstelijnszorgaanbieders is die voorlichting belangrijk, omdat zij het zijn die mensen uiteindelijk verwijzen naar de instellingen, met name als het om de niet direct toegankelijke zorg gaat. Naar mijn mening is de beschikbaarheid van de zorg voor de illegaal op deze manier in elk geval in beginsel gewaarborgd, alhoewel dit nog uitgevoerd zal moeten worden wanneer het CVZ de contracteringen daadwerkelijk ter hand gaat nemen. Nogmaals, het gaat altijd om medisch noodzakelijke zorg.

Daarover zal ik nog iets meer zeggen. Dan heb ik mijn inleidende blokje afgerond. Daarna zal ik even aangeven welke thema's ik voorts op basis van de meer gerichte vragen aan de orde wil stellen. Een belangrijke vraag, die ook ons in de politiek al jaren bezighoudt, is wat "medisch noodzakelijke zorg" is. De commissie-Klazinga heeft het begrip "medisch noodzakelijke zorg" uitgewerkt in haar rapport "Arts en vreemdeling", dat op 3 maart 2008 is toegezonden aan de Kamer bij de nota naar aanleiding van het verslag. De commissie-Klazinga definieert medisch noodzakelijke zorg als "verantwoorde en passende medische zorg", wat bijna een herdefiniëring is. De inschatting van de duur van het illegale verblijf in Nederland kan een arts laten meewegen bij het beginnen van een behandeling, aldus ook de commissie-Klazinga. Ook kan de behandeling eventueel beperkt worden gehouden of kan ervan worden afgezien. De invulling van het begrip "medisch noodzakelijke zorg" in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel wijkt niet af van de invulling die de commissie gaf. Het verheugt mij in elk geval dat de beroepsgroepen dit resultaat van de commissie hebben verwelkomd als een bruikbaar handvat voor de praktijk.

Ik wil mij in de beantwoording van de meer specifieke vragen richten op de doelgroepen en op het waarborgfonds waar de heer Van Gerven naar vroeg. Ook zal ik nog eens ingaan op de nadere vragen die er zijn rondom medisch noodzakelijke zorg. De leden Arib en Schippers hebben daarover vragen gesteld. Dan heb ik het over 80% van de contractering en zal ik nog een keer op het CVZ ingaan. Vervolgens heb ik nog een aantal varia.

Klink

De **voorzitter**: Mevrouw Arib, ik neem aan dat u geen opmerking heeft op basis van wat de minister nog gaat bespreken?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Nee, ik heb een opmerking over de commissie-Klazinga. Ik heb hier een stuk uit het rapport over medisch noodzakelijke zorg. Ik heb toch de indruk dat de minister dit een beetje selectief heeft gebruikt. "Medisch noodzakelijke zorg dient naar het oordeel van de commissie als verantwoorde en passende medische zorg te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt." Dat staat in het rapport.

Minister **Klink**: Dat klopt. Ik onderschrijf het ook van harte. Ik noemde zo-even de verwachting van het verblijf en de verblijfsduur. Ik kom daar zo meteen nog op terug. Er zijn namelijk verschillende vragen over gesteld. Ik hecht er wel aan te zeggen dat er een aantal medische criteria in meekomen. De commissie heeft bij de beoordeling veel factoren een rol laten spelen, waarbij onder andere de ernst van de aandoening, het chronische karakter van de aandoening, de verwachte complicaties enzovoorts. Ik wil deze medische criteria ten volle honoreren, omdat het uiteindelijk de medicus is, de arts, die deze afweging maakt, vanuit zijn medische professie, met inachtneming van de overigens, laat ik dat benadrukken, zeer lastig in te schatten verblijfsduur. In de regel zal het althans zeer lastig zijn om dit in te schatten. Ik loop er niet voor weg dat dit lastig is. Ik zal zo meteen mijn overwegingen geven waarom ik het desalniettemin een belangrijk criterium vind. Daar kom ik zo meteen echter nog uitvoeriger op terug.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb het rapport ook gelezen en kom tot de conclusie dat het rapport eigenlijk de Zorgverzekeringswet beschrijft en dat er geen enkele nadere beperking aan wordt gesteld. Is de minister het met mij eens dat het heel wonderlijk is dat wij ons hele zorgverzekeringspakket ter beschikking stellen aan mensen die geen premie betalen en die hier eigenlijk ook niet horen te zijn? Dit heeft niet alleen betrekking op ernstige zorg. Daar zijn wij het mee eens. Dit heeft ook gewoon betrekking op een bril, een anticonceptiepil, het hele pakket.

Minister **Klink**: Ik wil daar twee dingen over zeggen. Ik vind het in de eerste plaats van belang dat de rekening toch, bij wijze van disincenive, bij de betrokkene zelf wordt neergelegd. Dat lijkt mij een belangrijk beginsel. In de tweede plaats vind ik het van belang dat de afweging van de arts plaatsvindt tegen de achtergrond van de inschatting van het verblijf en de duur van het verblijf van de betrokkene.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Iedere zorgverlener, iedere arts, mag altijd alle zorg verlenen die hij wil. Daar heeft hij een eed op afgelegd. Daar gaat het mij niet om. Mij gaat het om de vergoeding. Wie betaalt het eigenlijk? Hoe verhaal je op iemand die hier illegaal is, en over wie niks beschreven is? Het is een beetje kenmerkend voor een illegaal verblijf dat op zo iemand ook heel moeilijk iets te verhalen valt.

Minister **Klink**: Ja, en toch is het niet onmogelijk. Dat is

ook de reden waarom u met mij instemt dat in volle omvang, op macroniveau, uiteindelijk toch zo'n 20% van de kosten verhaald dient te worden op degene die zorg vraagt. Dit geldt zowel voor de criteria die de commissie-Klazinga hanteert als voor de criteria die u hanteert met betrekking tot de acute zorg, hoe u deze ook invult met betrekking tot het verlies van essentiële functies of organen en met betrekking tot de derden die eventueel geschaad worden door een aandoening. Ook daarvoor geldt dat u vindt dat een deel van de kosten verhaald dient te worden op de betrokkenen zelf. Daar staan wij dus voor dezelfde vraag.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is niet correct. Ik ben het niet eens met dit wetsvoorstel. Wij zullen daar ook zeker niet voor stemmen. Ik vind dat alles verhaald moet worden als dat mogelijk is. Je kunt een financiële regeling treffen voor de dingen die ik heb genoemd. De arts gaat over de zorg die verleend wordt. Mijn standpunt moet dus niet ten onrechte zo worden begrepen dat ik zou vinden dat ik hier bepaal wat de arts doet. Dat moet de arts vooral zelf weten. Wat wij hier bepalen is wat wij collectief vergoeden.

Minister **Klink**: Ja, maar ik gaf zo-even aan dat alle kosten verhaald dienen te worden op betrokkene. Op macroniveau gaan wij uit van de veronderstelling dat dat niet bij iedereen zal lukken en dat de zorgaanbieder dus schadeloos zal moeten worden gesteld voor het risico dat hij loopt. In elk geval hebben wij daar nu bij direct toegankelijke zorg de vuistregel van 80%-20% voor. Maar daar blijft dus een prikkel, een disincenive, in zitten om te ontmoedigen dat een persoon in Nederland gebruikmaakt van de zorg op grond van het feit dat hij geen premie betaalt. Dat lijkt mij dus belangrijk.

Het tweede beginsel is dat tegen de achtergrond van de verblijfsduur van de illegaal de arts desalniettemin de afweging zal moeten maken. Dat is aan de arts zelf – ik ga ook niet treden in de casuïstiek – maar tegen die achtergrond kan de afweging toch anders uitvallen dan bij legaal verblijvende personen die hun premie al dan niet betaald hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben blij dat u het rapport-Klazinga onderschrijft en dat als uitgangspunt neemt voor medisch noodzakelijke zorg. Dat klopt toch?

Het rapport bevat een heel concrete zinsnede: "In de situatie van langdurig illegaal verblijf in Nederland dient volgens de commissie de te verlenen medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere zorg voor verzekerden." Onderschrijft u deze zinsnede?

Minister **Klink**: Dit is een uitwerking van het meenemen van het criterium van de duur van het verblijf met betrekking tot de inschatting welke zorg medisch noodzakelijke is.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar u onderschrijft die zinsnede? Voor situaties waarbij vaststaat dat de illegaal langdurig in Nederland verblijft, is het uitgangspunt van de commissie dat de te verlenen zorg gelijk is aan die voor regulier verzekerden. Onderschrijft u dat uitgangspunt?

Minister **Klink**: Ja, maar ik vind het wel noodzakelijk dat de arts in kwestie de medisch noodzakelijke zorg verleent

Klink

tegen de inschatting die op die persoon met een zorgvraag betrekking heeft en tegen de achtergrond van de vraag hoe lang, naar inschatting van de arts, betrokkene in Nederland verblijft. Daarom zei ik ook tegen u dat het een uitwerking is van dat beginsel. Als de inschatting is dat daar niet anders uit kan voortvloeien dan langdurig verblijf, dan is de medisch noodzakelijke zorg volgens de artsen in ieder geval gelijk dan wel nagenoeg gelijk aan datgene wat in Nederland geboden wordt en usance is. Ik voeg daar echter uitdrukkelijk aan toe – ik begrijp dat ik u daarmee niets nieuws meld maar ik wil het wel gepreciseerd hebben – dat dit tegelijkertijd betekent dat de kosten van die zorg door betrokkene zelf voldaan dienen te worden.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij zijn het er over eens dat dat in principe moet. Daar gaat het verschil van mening niet over. Het gaat er echter om goed in de wet vast te leggen wat medisch noodzakelijke zorg is. De commissie-Klazinga zegt dat als blijkt dat de illegaal langdurig in Nederland verblijft, hij gewoon reguliere zorg moet krijgen. Punt uit. Dat is hetgeen de commissie zegt. U onderschrijft het rapport, dus dan ga ik ervan uit dat u ook vindt dat dat het uitgangspunt is bij langdurig illegaal verblijf in Nederland.

Minister **Klink**: Ik kan niet anders dan constateren wat ik zelf zei. Ik vind dat de door de arts ingeschatte duur van een verblijf bepalend dient te zijn voor de mate waarin hij vindt dat de medisch noodzakelijke zorg aanwezig is. Als de arts vindt dat het langdurig verblijf, zoals de commissie-Klazinga in haar rapport schetst, een rechtvaardiging is voor zorg die ook regulier wordt toegekend aan ons allen, dan leg ik mij neer bij het oordeel van de arts.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, ik stel voor om de minister zijn betoog te laten vervolgen. U hebt drie keer uw vraag gesteld en de minister heeft daarop drie keer geantwoord.

Minister **Klink**: Ik wil het hebben over de doelgroepen. Met name de CDA-fractie heeft daarover vragen gesteld. Er zijn echter veel vragen over dit onderwerp gesteld, dus ik wil het toch als een apart blok hanteren.

De CDA-fractie vraagt zich af of de zogenaamde mvv'ers minder goed af zijn dan mensen die in een azc verblijven en onder de kostenregeling van het ministerie van Justitie vallen. Die vergelijking gaat naar mijn beleving niet op. Een asielzoeker is iemand die op de vlucht is voor een akelige situatie in het land van herkomst, waarbij akelig een eufemisme kan zijn. Betrokkene verkeert dus in een noodsituatie en wordt daarom opgevangen in een asielzoekerscentrum. Een mvv'er is daarentegen iemand die weloverwogen het land van herkomst heeft verlaten om zich in Nederland te vestigen en die bij binnenkomst een ziektekostenverzekering kan hebben of hoort te hebben. Wij lopen er tegenaan dat deze mensen dit af en toe niet, of niet deugdelijk, hebben gedaan. Wie er dan beter af is, de asielzoeker of de mvv'er, laat ik maar even in het midden. Ook al zijn het twee onvergeloopbare situaties, dit neemt toch niet weg dat de staatssecretaris van Justitie en ikzelf aan het bezien zijn of de toetsingsprocedure voor mvv'ers niet zodanig veel sneller kan verlopen dat de mensen die een verblijfsvergunning krijgen ook zo

snel mogelijk onder de Nederlandse sociale verzekeringen komen te vallen. Ik heb dit in de nota naar aanleiding van het verslag ook al aangegeven. De staatssecretaris van Justitie zal naar verwachting in voorjaar 2008 de beleidsbrief over het zogenaamde project "Naar een modern migratiebeleid" aan de Kamer zenden.

De CDA-fractie vraagt ook of het creëren van één regeling voor verschillende groepen, namelijk illegalen, vreemdelingen die een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben gedaan en vreemdelingen die een afwijzing daarvoor hebben gekregen en daartegen bezwaar of beroep hebben ingesteld, in de praktijk geen problemen oplevert. Gaat alles niet erg door elkaar lopen wanneer een wet zowel de zorg voor illegalen als voor rechtmatig verblijvende personen regelt? Er is gekozen voor één wet omdat zorgaanbieders ook nu al voor deze groepen een tegemoetkoming in de kosten kunnen vragen. Bovendien is hierop aangedrongen door het zogenaamde Platform Illegalen waarin de belangenbehartigers van zorgaanbieders en vertegenwoordigers van de vreemdelingenorganisaties vertegenwoordigd zijn. Het lijkt mij dat twee aparte regelingen met twee gescheiden geldstromen en verantwoordingsactiviteiten het er niet eenvoudiger op maken. Om die reden is voor een integrale regeling gekozen.

Van de zijde van de CDA-fractie en ook van die van de SP, bij monde van de heer Van Gerven, werd gevraagd hoe het staat met de verzekering van de zogenaamde generaal-pardonners, waarover de heer De Wit namens de SP-fractie vorig jaar vragen heeft gesteld. Voor alle duidelijkheid: de vraagstelling betreft niet de illegalen waarover dit wetsvoorstel gaat, maar mensen die een verblijfsvergunning hebben gekregen en legaal in Nederland verblijven, net zoals u en ik dat doen. Hierbij speelt nog een probleem waarover de staatssecretaris van Justitie en ikzelf in overleg zijn. Dit betreft het punt dat iedereen die een verblijfsvergunning heeft gekregen, onder alle Nederlandse sociale verzekeringen valt, ook de Zorgverzekeringswet. Als deze mensen te weinig geld hebben om hun premie te betalen kunnen zij bijstand krijgen. Daarnaast zijn er mensen die nadat zij een verblijfsvergunning hebben gekregen nog geen woonruimte hebben gevonden en die daarom zolang in het asielzoekerscentrum blijven wonen. Ook op deze mensen zijn de Nederlandse sociale verzekeringen van toepassing. Het betreft immers, zoals ik al zei, legaal in Nederland verblijvende inwoners. De kneep zit hem erin dat in dat geval Justitie de ziektekostenregeling van Justitie blijft toepassen. Die justitieregeling wordt door de Bijstand gezien als een voorliggende voorziening waardoor er geen bijstand wordt uitgekeerd. Die mensen hebben niet het geld om de premie in het kader van de Zorgverzekeringswet te betalen. Er is hier dus sprake van een samenloop van twee ziektekostenregelingen, een op basis van de Zorgverzekeringswet en een op grond van een ministeriële regeling van de zijde van Justitie. Ik heb bij de staatssecretaris van Justitie aandacht gevraagd voor het feit dat betrokkenen hierdoor in de problemen komen. Ik verwacht dat wij hier binnen een à twee maanden een oplossing voor kunnen vinden.

Voor het probleem van de boete bij te late aanmelding bij de zorgverzekeraar is inmiddels een oplossing gevonden. De mensen wordt niet langer verweten dat zij het slachtoffer zijn van het feit dat deze twee regelingen samenlopen en hen in feite verhinderen om een zorgverzekering af te sluiten. Er wordt hen geen boete

Klink

opgelegd. Er zijn dus op dit moment hiervoor geen beleidsregels nodig van het NZa, de boete wordt immers niet meer opgelegd. Dat is in elk geval een oplossing voor de problematiek van de samenloop van de regelingen.

De CDA-fractie vraagt of met het opvullen van het verzekeringsgat voor minderjarige vreemdelingen het risico van onverzekerde minderjarige vreemdelingen is opgelost. Ik ga ervan uit dat zij met "onverzekerde minderjarige vreemdelingen" alle niet-Nederlandse kinderen bedoelt, dus allochtone kinderen. Als dat de vraag is, laat ik de CDA-fractie weten dat dit punt niet opgelost wordt met dit wetsvoorstel. Voor die groep, dan gaat het dus om de onverzekerden – wij hebben over hen al verschillende keren van gedachte gewisseld – is een oplossing gepresenteerd in het op 3 maart 2008 toegezonden plan van aanpak tot terugdringing van onverzekerden in de Zorgverzekeringswet. Ook voor de groep van circa 40.000 onverzekerde kinderen, waaronder allochtone kinderen, ben ik bezig doelgroepgerichte voorlichting te geven. Voorlichting over het dichteren van het verzekeringsgat voor minderjarige vreemdelingen zoals geregeld in dit wetsvoorstel zal zeker worden gegeven aan zorgverzekeraars. Zij dienen bij aanmelding van een baby of geadopteerd kind te weten dat het kind geaccepteerd moet worden voor een zorgverzekering.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb nog een vraag over de problemen met de pardonners. De lacune in de wet zorgt voor een probleem, maar ik begrijp dat aan een oplossing daarvan wordt gewerkt. Daarmee zal nog wel twee maanden gemoeid zijn; misschien duurt de oplossing nog langer. Kunt u in de tussentijd tegen de zorgverzekeraars zeggen dat zij even pas op de plaats moeten maken en dat nog in een adequate oplossing zal worden voorzien? Het innen van de torenhoge schulden en de onbetaalde premies zou dus niet moeten worden doorgezet om te voorkomen dat daardoor allerlei problemen ontstaan die wellicht over twee maanden op eenvoudige wijze kunnen worden opgelost.

Minister **Klink**: Ik kom hier graag in tweede termijn op terug.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb gevraagd of de Zorgverzekeringswet en de Regeling verstrekkingen asielzoekers met elkaar in overeenstemming kunnen worden gebracht.

Minister **Klink**: Ook daarop wil in tweede termijn terugkomen.

Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg waarom er voor de onverzekerden geen waarborgfonds komt. Als er een waarborgfonds voor alle onverzekerden zou komen, zouden wij ons neerleggen bij het feit dat mensen die zich moeten verzekeren dat niet doen en dat dan de zorg die zij nodig hebben voor rekening komt van degenen die wel hun premie betalen. Met een dergelijk gedrag willen wij niet instemmen. Ik verwees al naar de ingediende plannen, waarmee wij structureel een eind willen maken aan het onverzekerd zijn. Die plannen zijn verstrekkend, want uiteindelijk kunnen zij tot gevolg hebben dat iemand ambtshalve ingeschreven wordt als een vergelijking wordt gemaakt tussen de registraties op grond van de verschillende sociale verzekeringswetten. Als daaruit blijkt dat men niet verzekerd is op grond van

de Zorgverzekeringswet, gaan wij uiteindelijk – ik leg de nadruk op "uiteindelijk" – ambtshalve inschrijven, overigens met een premie van 130%. Daarmee vermijden wij de situatie die met zich mee zou brengen dat er een waarborgfonds moet komen om de kosten die betrokkenen maken, collectief op te brengen. Via de premiebetaling zullen wij van de betrokkenen zelf een bijdrage vergen.

Ik wil vervolgens iets zeggen over het begrip medisch noodzakelijke zorg. Daarover zijn verschillende vragen gesteld. Mevrouw Smilde vroeg om voor de AMvB, waarmee de vormen van zorg worden aangewezen die zijn uitgesloten van de vergoedingsregeling, een voorhangprocedure te laten gelden. Deze AMvB heeft ook te maken met het thema van de medisch noodzakelijke zorg. Volgens de aanwijzing van de regelgeving worden voorhangprocedures alleen dan gevolgd als daarvoor bijzondere redenen bestaan. Wij moeten ons dus afvragen of er sprake is van een bijzondere reden wanneer voor bepaalde zorgvormen deze wet niet van toepassing is. Met inachtneming van het feit dat deze wet een vergoedingsmogelijkheid biedt voor alle zorgvormen waarvoor de aanspraak is geregeld met zowel de Zorgverzekeringswet als de AWBZ kan ik mij voorstellen dat de Kamer meent dat er die bijzondere redenen is wanneer bepaalde zorgvormen worden uitgesloten en daarvoor niet de meer algemene regel geldt. Ik ben dan ook voornemens de AMvB met een voorhangprocedure aan de Kamer voor te leggen, zodat de leden daarvan terstond in kennis worden gesteld en daarover hun licht kunnen laten schijnen.

Mevrouw Smilde vroeg welke termijn in aanmerking wordt genomen voor de duur van het verblijf van illegalen. Zij wilde weten of ik kan aangeven waar de grens ligt. In feite sluit deze vraag aan bij die van de heer Van Gerven. Hij citeerde zo-even uit het rapport van de commissie-Klazinga. Het is inherent aan een illegaal verblijf dat niet altijd bekend is hoe lang de illegaal in Nederland is. Wel is zeker dat bij een illegale persoon er niet per definitie van uitgegaan mag worden dat hij hier voor onbepaalde tijd zal blijven. Hoe de afweging uitvalt, hangt dus af van de vraag hoe lang het duurt voordat iemand uit zichzelf vertrekt dan wel van de vraag of de arts in kennis wordt gesteld van het feit dat iemand het voornemen heeft om te vertrekken. Met het oog op de tijdsduur die daarvoor geldt, kan een afweging worden gemaakt. De procedures die op grond van dit wetsvoorstel gelden, zijn geen verlengstuk van de procedures van de vreemdelingenpolitie. Dat moge inmiddels duidelijk zijn.

Mevrouw Smilde vroeg of financiële argumenten een rol spelen bij het verlenen van medisch noodzakelijke zorg. In mijn beleving kent deze vraag twee aspecten, die overigens beide de kosten betreffen. Mag een dokter medisch noodzakelijke zorg weigeren als een illegale persoon zijn rekening niet kan betalen? Als hij die echt niet kan betalen geldt: nee, dat mag die dokter niet. Tegelijkertijd is het natuurlijk nogal gratis om van een zorgaanbieder te verwachten dat hij gratis zorg aanbiedt. Dat willen wij niet. Het is evident dat een zorgaanbieder gecompenseerd moet worden als hij als gevolg van onze ethische standaarden in de situatie komt die met zich meebrengt dat hij aanmerkelijke inkomensschade lijdt. Dit wetsvoorstel ziet in de eerste plaats op het schade-loos stellen van de zorgaanbieder. Ik heb zo-even met die

Klink

80%-20% aangegeven dat wij werkende weg die getallen zullen preciseren.

In de tweede plaats gaat het om de vraag hoe de zorg wordt gegeven. Daarbij geldt vanzelfsprekend voor illegale personen precies hetzelfde als voor regulier verzekerden, namelijk dat degene die de kosten moet betalen er belang bij heeft dat de zorg zo goedkoop en efficiënt mogelijk wordt verleend. Zorgverzekeraars letten hierop bij contracten die zij met de zorgaanbieders sluiten. Het wetsvoorstel voorziet erin dat dit langs de lijnen van het CVZ ook voor illegale personen het geval is.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd hoe het zit met de omvang van de AWBZ-zorg. Het gaat in het wetsvoorstel om de zorgvormen die zijn opgenomen in artikel 6 van de AWBZ, onder de voorwaarde dat de zorg door de behandeld arts medisch noodzakelijk wordt geacht. Voor die zorg kan een vergoeding worden gevraagd op basis van dit wetsvoorstel.

De heer Van Gerven heeft gevraagd hoe "duur van het verblijf" is toe te passen. Mevrouw Arib verwijst naar de vergelijking die wordt gemaakt met degenen die hier zijn vanwege vakantie of omdat men hier tijdelijk werkt. Het criterium "duur van het verblijf" speelt een rol bij tijdelijk verblijf in Nederland van buitenlands verzekerden. Dat levert tot nu toe geen problemen op. Dat hoeft het naar mijn mening bij illegalen ook niet direct op te leveren, alhoewel ik mevrouw Arib wel nageef dat bij illegale personen de inschatting van de verblijfsduur buitengewoon lastig te maken is. Dat hangt vaak samen met het illegaal zijn. Ik zeg niet dat het onmogelijk is. Ik heb zo-even al een klein voorbeeld gegeven waaruit blijkt dat de verblijfsduur soms toch kenbaar is. Je kunt er ook naar vragen, bijvoorbeeld in hoeverre men de intentie heeft om terug te gaan. Maar nogmaals, de parallelle gaat in dat opzicht niet helemaal op. Dat geef ik u graag na. Desalniettemin heeft ook de commissie-Klazinga gezegd dat het toch een criterium is tegen de achtergrond waarvan duidelijk wordt afgewogen of medisch noodzakelijke zorg dient te worden verleend. Ik sluit mij daar graag bij aan.

De heer Van Gerven heeft gevraagd welke vormen van zorg bij AMvB zullen worden uitgezonderd. Toch niet de tandartszorg, zo vraagt hij. Bepaalde vormen van zorg of diensten die voor illegalen per definitie niet medisch noodzakelijk worden geacht, zullen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, die wordt voorgedragen, worden uitgezonderd. Vooralsnog gaat het hierbij om ivf-behandelingen en genderoperaties. Tandheelkundige zorg kan voor vergoeding in aanmerking komen voor zover de desbetreffende zorg is opgenomen in het wettelijke pakket en als de vraag of de zorg nu en hier moet worden verleend positief wordt beantwoord door de behandelend arts tegen de achtergrond van onder andere de verblijfsduur. Maar het is wel aan de arts om die afweging te maken.

De heer Van Gerven heeft gevraagd of uitstel van zorg kan leiden tot duurdere zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even terugkomen op de tandartszorg. Via de Koppelingswet zijn er nu twee criteria op grond waarvan acute tandzorg aan volwassenen mag worden geleverd door de tandarts: bij acute pijnklachten en bij verlies van een minimale kauwfunctie, bijvoorbeeld als je helemaal geen gebit meer hebt. Vindt u dat die twee criteria ook van toepassing zouden

moeten zijn, als de nieuwe wet ingaat? Ik kom daarop, omdat daarmee meer aan zorg wordt geboden dan in het huidige verzekerde pakket.

Minister **Klink**: Vindt u het goed dat ik daar in tweede termijn op terugkom? Ik kan er niet direct op antwoorden.

De **voorzitter**: Oké, dan stel ik voor dat de minister zijn betoog vervolgt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik heb een punt van orde. De minister stelt voor een heel aantal zaken te beantwoorden in tweede termijn. Maar omdat wij de tweede termijn volgende week hebben, is het misschien een goed voorstel om die beantwoording schriftelijk te krijgen voor aanvang van de tweede termijn van de Kamer.

De **voorzitter**: De minister heeft de vraag gehoord?

Minister **Klink**: Ja, dat lijkt mij prima. Het zijn er overigens niet zo heel veel. Het zijn er tot nu toe welgeteld drie. Maar die drie zullen wij zeker schriftelijk beantwoorden.

De **voorzitter**: Akkoord.

Minister **Klink**: Kan uitstel van zorg leiden tot duurdere zorg? Het is mijn overtuiging dat zorgaanbieders in algemene zin niet de opstelling hebben om noodzakelijke zorg te weigeren of onnodig uit te stellen. Iemand die zorg vraagt die medisch noodzakelijk is, zal die zorg ook dienen te krijgen. Mochten er berichten zijn dat zorgaanbieders zorg weigeren, dan kunnen die aan de inspectie worden gemeld. De inspectie heeft overigens recent nog gemeld dat dit soort uitstel van zorg niet plaatsvindt.

Stel dat de arts vindt dat niet behandelen in strijd is met de artseneed. Moet de arts dan behandelen? Onderschrijft de minister het uitgangspunt dat alle zorg hetzelfde is? De commissie-Klazinga geeft aan dat het vaak lastig, zo niet onmogelijk zal zijn om de verblijfsduur van een illegaal te beoordelen. Dat betekent niet dat wij er dan niet naar zouden moeten kijken. Zoals de commissie aangeeft, moet de individuele situatie per patiënt worden bekeken. De verblijfsduur maakt daar deel van uit. De afweging kan ook betreffen het tijdstip waarop de behandeling wordt aangevangen. De extra zorgvuldigheid bij het verlenen van zorg lijkt mij gerechtvaardigd voor een solidaire regeling als deze.

Mevrouw Arib heeft zich gestoord aan de vergelijking van de illegaal met de vakantieganger. Ik ben daar al op ingegaan. Beide groepen zijn in beginsel tijdelijk in Nederland, maar ik geef gaarne toe dat de inschatting van de duur van het verblijf bij een illegaal persoon veel lastiger zal zijn dan bij iemand die per definitie maar voor een paar weken een hotel in dit land heeft geboekt.

Hoe denkt de minister over het spanningsveld tussen gevaar voor de volksgezondheid en mogelijk planbare zorg? Hierbij werd het voorbeeld van TBC genoemd. Het gaat hier gewoon om reguliere zorg die aan illegale personen geboden dient te worden. Er is in dit opzicht geen verschil tussen legaal hier verblijvende personen en illegalen die zorg vragen, dan wel zorg nodig hebben op inschatting van de arts. De arts kan tot de conclusie

Klink

komen dat sprake is van een TBC-infectie. Dan dient er dus zorg verleend te worden.

Waarom 80% en wat zijn de risico's van volledige vergoeding, zo vraagt mevrouw Smilde. Ik vrees dat ik mijzelf ga herhalen, maar ik wijs erop dat de 80%-vergoeding alleen de direct toegankelijke zorg betreft die niet is meegenomen in een contract voor niet direct toegankelijke zorg. Wij willen daarmee voorkomen dat er aanmerkelijke inkomensschade plaatsvindt voor de zorgaanbieder. Wij willen geen volledige vergoeding. Voor zorgaanbieders valt dan het belang weg om onderscheid te maken tussen illegale personen en onverzekerde verzekeringsplichtigen. Wij willen het verzekeringssysteem beschermen tegen vermenging. In het kader van de contractering heb ik daar al uitvoerig bij stilgestaan.

Zal er afschuifgedrag plaatsvinden van direct naar niet direct toegankelijke zorg? Als een huisarts een illegale persoon sneller dan een regulier verzekerde zou doorverwijzen naar het ziekenhuis, om maar van hem af te zijn, zou hij in strijd handelen met de professionele standaard. Bij het afschuiven van direct toegankelijke zorg naar niet direct toegankelijke zorg kan ik mij uit dien hoofde eerlijk gezegd niet zo veel voorstellen. Wij zijn er in het verleden ook niet van uitgegaan, bijvoorbeeld als wij het hadden over ziekenfondsverzekerden, waarvoor de huisarts een abonnementstarief kreeg. Elke behandeling kostte vervolgens natuurlijk tijd. Ook vandaag gaan wij er niet vanuit, nu de huisarts voor iedereen een gedeeltelijk abonnementstarief krijgt. Hij zou iemand kunnen doorverwijzen en vervolgens het passantentariaf in rekening kunnen brengen. Nogmaals, ook in het verleden heeft men geen afschuifgedrag geëtaleerd. Overigens gaan wij die 80% wel monitoren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat laatste wilde ik vragen. De minister zei eerder dat het ging om het ondernemingsrisico en niet om het bij de zorgverlener neerleggen van de last. Dat ging dus over dit punt van de direct toegankelijke zorg.

Minister **Klink**: Klopt. De ziekenhuizen hanteren protocollen. Eerstelijnszorg is wat anders dan tweedelijnszorg, maar het is goed mogelijk dat je op basis daarvan een reële inschatting kunt maken van wat er überhaupt op betrokkene te verhalen is. Ik bedoel dat in macro-opzicht. Micro gezien dient in beginsel de hele rekening voldaan te worden door de illegale persoon in kwestie. Macro gezien kun je een bepaald beeld krijgen. Dat wil ik gebruiken bij het inschatten van die 20%. Mogelijk is het in plaats van een ondernemingsrisico gewoon een last die bij betrokkenen wordt neergelegd op grond van het feit dat het gewoon onhaalbaar is.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat de vraag of de huisarts de behandeling al dan niet kan declareren bij de onverzekerde illegaal, geen invloed zal hebben op het verwijsgedrag.

Minister **Klink**: Dat mag ik hopen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat het ijdele hoop is. De minister gaat er dan immers vanuit dat mensen heilig zijn. Er zijn echter weinig heilige mensen. Naar mijn oordeel ligt het anders. De KNMG heeft een onderzoekje gedaan naar de verzekerde status van personen. Daaruit

blijkt dat een aanzienlijk deel van de artsen aangeeft dat de verzekerde status van invloed is op de geboden zorg. Hoe kan de minister dan de hoop hebben dat de vergoedingsstatus niet van invloed is op de wijze van zorg die door huisartsen wordt verleend?

Minister **Klink**: Dat kan omdat het past bij de breed beleden morele plicht die op huisartsen rust, namelijk die van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Die wordt wel verleend, maar dat gebeurt door een ander. Dat kan immers in dit systeem.

Minister **Klink**: Welke andere persoon heeft de heer Van Gerven dan op het oog?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik doel op de planbare zorg. Ik vrees dat het in de praktijk op die wijze zal gebeuren.

Minister **Klink**: Ik hoop dat dat niet het geval zal zijn. Dan zou betrokkene immers niet aan de morele standaard voldoen die inhoudt dat hulp wordt geboden in het geval dat dit direct noodzakelijk is. Ik kan mij niet voorstellen dat artsen voorbij gaan aan die morele professionele standaard en dat zij vervolgens doorverwijzen. Daaraan zou ik betrokkenen willen houden. Om die reden wordt de aanmerkelijke inkomensschade voor 80% gecompenseerd. Zojuist heb ik gezegd dat wij zullen monitoren of dat percentage toereikend is. Ik hecht er overigens aan te melden dat de Regeling Stichting Koppeling, waaraan wordt gerefereerd, niet bedoeld is om 100% vergoeding te geven aan degene die de zorg verleent.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar dat gebeurt in de praktijk wel: de Stichting Koppeling hanteert geen percentage. Zij vergoedt de zorg volledig als de hulpverlener dat vraagt, omdat in de praktijk blijkt dat het werken met een percentage niet mogelijk is.

De minister pleit niet voor 100% maar voor 80%, omdat hij van mening is dat de hulpverlener zich maximaal moet inspannen om middelen binnen te halen. Zou de controle op die inspanningsverplichting dan niet achteraf steekproefsgewijs kunnen worden gedaan? Ik bedoel te zeggen dat de minister wel een controle-mogelijkheid inbouwt, dat hij overgaat naar 100% maar dat achteraf steekproefsgewijs wordt gecontroleerd of aan de inspanningsverplichting wordt voldaan om geld voor de geboden zorg te ontvangen.

Minister **Klink**: Dat kan een alternatief systeem zijn, al is dat buitengewoon bewerkelijk. Uit dien hoofde zal dat nauwelijks werkbaar zijn. Het is dan immers nodig om een en ander te herleiden tot allerlei personen. Vervolgens dient dat te worden omgerekend naar een bepaald percentage. Anders is het immers nodig om bij alle personen in kwestie, bijvoorbeeld alle huisartsen en apothekers, te blijven controleren. Dat lijkt mij niet de juiste weg. Daarom heb ik gekozen voor de verhoudingspercentages 80-20 met ervaringsgegevens die voortvloeien uit gecontracteerde zorg.

De Regeling Stichting Koppeling beoogt aanmerkelijke inkomensschade te voorkomen. Dat is ook mijn intentie. De zorgaanbieder wordt daarbij geacht het eerste deel van de kosten voor eigen rekening te nemen. Hij dient

Klink

dus niet meteen de eerste de beste rekening bij de stichting in te dienen. Het is uit dien hoofde een misverstand om te denken dat die regeling ervoor is bedoeld om alle kosten tot 100% te vergoeden. De 80% van het wetsvoorstel is een vertaling van het begrip "aanmerkelijke inkomensschade" en daarmee treedt qua beginsel geen wijziging op ten opzichte van de huidige situatie. Direct toegankelijke zorg bij ziekenhuizen valt momenteel onder de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren, en ziekenhuizen maken over de hoogte van het budget met de zorgverzekeraars afspraken die doorgaans niet kostendekkend zijn. Of het wetsvoorstel een vooruitgang betekent, hangt dus ten eerste af van de huidige individuele afspraken die worden gemaakt met het CVZ, van de vraag of de direct toegankelijke zorg bij een specifiek ziekenhuis wordt meegenomen in een contract met het CVZ, en van de vraag of men kosten daadwerkelijk weet te verhalen op de illegale persoon die toch geacht wordt zelf die zorgkosten te betalen. Van dat beginsel wil ik niet afwijken, sterker nog, ik wil dat preciseren.

Mevrouw Van Gent vroeg in hoeverre de 20% een drempel kan opwerpen bij verloskundige zorg. Het doel van dit wetsvoorstel is voorkomen van aanmerkelijke inkomensschade. Er is niet gekozen voor een volledige vergoeding. De verloskundige kan de illegale persoon ter plekke om contante betaling vragen, wat op dit moment ook al gebeurt. Daarnaast willen wij niet dat een verloskundige die illegale personen behandelt en hiervoor een vergoeding van 80% krijgt, voor 100% schadeloos wordt gesteld teneinde betrokkenen te confronteren met de zorgkosten. Ook als het om verloskunde gaat, zal daartoe een poging moeten worden ondernomen, waarbij overeind blijft staan dat de zorg moet worden verleend. Als het niet lukt, kan dat nooit een absolute drempel voor de zorgverlening zijn, maar de poging zal ondernomen dienen te worden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb op dit punt een amendement ingediend. Uit ervaring blijkt namelijk dat zwangere illegale vrouwen in een zeer kwetsbare situatie verkeren; het gaat vaak om zwaar getraumatiseerde vrouwen, die hiervoor het geld niet hebben. Waar het kan, moeten de kosten zeker op de patiënt worden verhaald, maar hier gaat het om een groep die dat niet kan opbrengen. De politiek moet die groep beschermen.

Minister **Klink**: Die opvatting deel ik. Waar niet kan worden betaald, moet de zorg kosteloos worden verleend. Maar ik wil ook deze zorgaanbieder behandelen zoals het over de hele linie gaat bij medisch noodzakelijke zorg. Als niet betaald kan worden, is het niet denkbaar dat betrokkene niet de hulp ontvangt die in het kader van zwangerschap noodzakelijk is.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wat is medisch noodzakelijke zorg? Bevallingen vallen daaronder, evenals zwangerschap en zwangerschapsbegeleiding. Verloskundigen hebben een zorgplicht jegens de zwangere. Alles wat met zwangerschap en bevalling heeft te maken, is medisch noodzakelijk en zou dus voor 100% moeten worden vergoed, uiteraard als de betrokken vrouw het zelf niet kan betalen.

Minister **Klink**: Het laatste ben ik met u eens. De zorg zal integraal gedurende de periode van de zwangerschap

dienen te worden verleend, ook als betrokkene het niet kan betalen. Betekent dit dat de zorgaanbieder per definitie schadeloos wordt gesteld? Nee, want het is niet zo dat het over de hele linie bij niemand is te verhalen. Als wij het hebben over medisch noodzakelijke zorg, geldt dat ook voor andere zorgvormen die wij hiermee willen dekken. Ik maak geen kwalitatief onderscheid tussen de verschillende zorgvormen, en tussen 100% en 80% vergoeding.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er is wel degelijk onderscheid te maken. Het gaat om een kwetsbare periode en om bescherming van het ongeboren kind, iets wat u toch moet aanspreken. Als blijkt dat vrouwen zelf een deel moeten opbrengen, ben ik bang dat zij helemaal niet naar een verloskundige gaan, waardoor de risico's veel groter zijn dan in een andere situatie.

Minister **Klink**: Zorg mijden zou niet moeten plaatsvinden op grond van het feit dat iemand betalingsonmachtig is. Uit dien hoofde vind ik het noodzakelijk dat de medisch noodzakelijke zorg voor de kwetsbare groepen toegankelijk is; ik ben het met mevrouw Arib eens dat er daarbij een kwalitatief onderscheid kunt veronderstellen. Daarom dient de zorg toegankelijk te zijn. Het gaat echter om het risico van de zorgaanbieder. Hij zal moeten bekijken in hoeverre de zorg betaald wordt door de betrokkene. Ik teken hier nog maar een keer bij aan dat illegale personen uiteindelijk geen enkele vorm van premie betalen. Voor een deel is het hun vrijwillige keuze om hier te zijn. Al is het een vrijwillige keuze en al betaalt men geen premie – je kunt het ook positief duiden – desalniettemin vind ik dat men de zorg dient te krijgen die noodzakelijk is, ook als men niet kan betalen.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Ik begrijp het ook zo. Voorzitter. Daarmee kom ik even terug op het vorige punt waar wij een kort debatje over hadden, wat eerst niet mocht van u, weet u nog wel?

De **voorzitter**: Nee.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Bent u het vergeten? Ik nog niet hoor.

Alle gekheid op een stokje: ik ga ervan uit dat je 100% medisch noodzakelijke zorg krijgt, ook in dit geval. In principe moet je het zelf betalen. Als dat niet lukt, gaat de 80%-regeling in. De 20% is het ondernemingsrisico. Ik mag aannemen dat ook hier geldt wat de minister straks zei, namelijk dat wij geen slag in de lucht maken, dat wij dit goed gaan monitoren en dat de minister in de Kamer terugkomt op die 20% als deze niet realistisch is.

Minister **Klink**: Ja, absoluut.

De heer **Van Gerven** (SP): Er zijn verloskundigen die een werkgebied hebben waar heel veel illegale vrouwen moeten bevallen of moeten bevallen. Ik zal concreet zijn. Een verloskundige heeft bijvoorbeeld 13 zwangere illegalen onder haar hoede. Zij krijgt 20% niet vergoed als deze zwangere vrouwen niet kunnen betalen. Vindt de minister het niet onredelijk dat een verloskundige die haar werk doet omdat zij dat vanuit haar beroepsopvatting moet doen, financieel onevenredig zwaar wordt getroffen?

Klink

Minister **Klink**: Door in deze discussie kwantitatieve grootheden in te brengen, doet de heer Van Gerven een beetje onrecht aan hetgeen ik zo-even zei. Ik wil wel het onderscheid blijven maken. Ik ga ervan uit dat de volledige kosten in feite bij de betrokkene in rekening gebracht dienen te worden. Verder ga ik ervan uit dat 20% van de totale kosten te verhalen zijn. Op basis van ervaringsgetallen ga ik bekijken in hoeverre dat een realistische inschatting is. Ik teken daar direct bij aan dat een van de criteria zal blijven dat er voortdurend een prikkel moet zijn om een deel van de kosten te verhalen. Het individu zal dus nooit per definitie van 100% van de bekostiging kunnen uitgaan op grond van het feit dat de zorgaanbieder 100% bekostigd kan krijgen. Ik wil dan ook een realistische inschatting gaan maken van wat verhaald kan worden bij de betrokkene. Die inschatting is nu dat dit 20% is.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik probeer mij dat voor te stellen. Een verloskundige of een groep van verloskundigen is dag en nacht aan het werk. Zij lopen hun benen uit hun lijf. Zij hebben helemaal geen apparaat om allerlei zorgkosten te innen. Zij zullen dat doen omdat het wettelijk is voorgeschreven. Een zwangere illegale vrouw heeft doorgaans geen middelen. Hoe komt de minister aan die 20%? Stel dat zij die 20% niet kunnen verhalen. Dan lijden zij een aanmerkelijke inkomensschade, terwijl zij wel het werk leveren. Dat is toch onredelijk?

Minister **Klink**: Ik heb zo-even al gezegd dat ik daarin een prikkel zie voor de zorgaanbieder om deze illegale persoon aan te spreken voor de kosten die in medische zin worden gemaakt. Dat vind ik alleszins redelijk en billijk. De betrokkene maakt gebruik van het Nederlands zorgstelsel zonder dat daarvoor premie wordt ingelegd. Ik vind het niet meer dan normaal dat je op dat moment met de kosten wordt geconfronteerd. Ben je betalingsonmachtig, dan zijn wij zo goed om desalniettemin die zorg te verlenen. Die morele plicht ligt op ons. De zorgaanbieder wordt daarbij voor het grootste deel gecompenseerd. Voor een deel zit daar de prikkel in om die kosten te verhalen. Uiteindelijk zal ik dat op basis van ervaringsgegevens nader gaan inschatten. Dat is op dit moment mijn verhaal. Er zijn ook voorbeelden van verloskundigen die al op dit moment een deel van de kosten weten te verhalen bij betrokkenen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister zijn betoog vervolgt.

Minister **Klink**: Ik zou nog terugkomen op de inschatting van de NVZ dat in de praktijk minder dan 1% van de kosten voor zorg aan illegalen wordt geïnd. Daarbij gaat het natuurlijk over de kosten in ziekenhuizen. Ik herhaal mijzelf maar weer: die zorg zal onder de nieuwe regeling grotendeels gecontracteerd worden. Daarvoor gaat de 80-20-regel dus niet op voorhand op. De mate waarin het door de NVZ genoemde percentage, ook tegen de achtergrond van de met dit wetsvoorstel te realiseren financieringsstructuur, realistisch is – zij heeft dat percentage overigens niet onderbouwd – kan pas worden bepaald wanneer de wet enige jaren in werking is en wanneer monitoring heeft plaatsgevonden. De verhouding tussen inbare en niet inbare rekeningen in de eerstelijnszorg is op dit moment niet bekend, maar daar heb ik al het een en ander over gezegd.

Over de spreiding en de contractering door het CVZ heb ik al gesproken.

Mevrouw **Ariba** vroeg of het, gelet op het verdrag voor de rechten van het kind, reëel is dat een zorgaanbieder die direct toegankelijke zorg aan een kind heeft verleend, net als bij een volwassene 20% van de kosten dient te dragen. Ja, want het kind wordt de direct toegankelijke zorg niet onthouden. Voor zover hij of zijn ouders de rekening daarvan niet kunnen betalen, kan de zorgaanbieder de rekening naar het CVZ sturen. Dan krijgt hij die 80% dus vergoed. Ik heb al aangegeven waarom ik 100% vergoeding uiteindelijk niet verstandig vind. Wat dit betreft, is er geen verschil tussen de vergoeding voor volwassenen en de aan kinderen verleende zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ben enigszins teleurgesteld over het antwoord met betrekking tot het door de NVZ genoemde percentage geïnde rekeningen, namelijk minder dan 1. Allereerst merk ik op dat dit hét beleidsterrein is van de onbekende, ontbrekende en vage cijfers: hoeveel illegalen zijn er nou en hoeveel zorg wordt er gegeven? Datzelfde geldt voor de onverzekerden, de wanbetalers en noem maar op. Op dit beleidsterrein ontbreken heel veel cijfers. Er worden wel heel veel plannen gemaakt. Nu komt de NVZ met een cijfer dat ik heel erg concreet vind, maar nu zegt u eigenlijk dat dat cijfer niet deugt. Waar baseert u op dat het niet klopt dat minder dan 1% van de rekeningen geïnd wordt?

Minister **Klink**: Ik heb zojuist niet gezegd dat 1% een raar getal is; ik heb gezegd dat het niet onderbouwd is. Tegelijkertijd heb ik gezegd dat in de contractuele relatie tussen het CVZ en de ziekenhuizen uiteindelijk een bepaald bedrag afgesproken zal worden. Mijn derde opmerking was: als uit ervaringsgegevens – deze instellingen gaan namelijk met protocollen werken en het CVZ zal erop toezien dat men zich daadwerkelijk alle inspanningen getroost om de kosten te verhalen – blijkt dat mijn inschatting van 20% in de direct toegankelijke zorg te hoog is, dan zal ik dat aanpassen. Dat heb ik zojuist ook gemeld. Ik wuif die 1% dus niet weg. Ik zeg alleen dat de contractering zal plaatsvinden op basis van tweezijdige onderhandelingen tussen het CVZ en de zorginstellingen. Daarbij worden dus van twee kanten zaken ingebracht. Uit die onderhandelingen vloeit het percentage voort.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik concludeer dat die 1% wel degelijk deugdelijk is, ook volgens u.

Minister **Klink**: Ik zei alleen dat die 1% geen waanzin is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, maar er staan zoveel onduidelijke cijfers in dit stuk en er zijn zoveel cijfers die u niet hebt. Dit is ten minste één cijfer dat wij kunnen gebruiken.

Minister **Klink**: Ik heb gezegd dat het niet onderbouwd is. Althans, ik heb de onderbouwing niet gezien.

Mevrouw **Agema** (PVV): U hebt dat wel gezegd in antwoord op mijn vragen. Dat vind ik dan een beetje gek.

Minister **Klink**: Ik wil u geen getallen onthouden die mij meegedeeld worden. De NVZ heeft dit getal genoemd. Ik

Klink

heb het getal uitdrukkelijk gekoppeld aan de inschatting van de NVZ, die niet direct mijn inschatting is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb daarover al eerder een vraag gesteld. De NVZ zegt dat op dit moment minder dan 1% van de rekeningen van illegalen geïnd wordt. Ik heb gevraagd hoe dat percentage er volgens u met de nieuwe wet uit gaat zien. Dan bedoel ik niet dat van een rekening 80% wordt betaald door de belastingbetaler en hooguit 20% door de ondernemer of als ondernemersrisico of wellicht door de illegaal. Nee, hoeveel procent van die rekeningen wordt straks met uw wet wel betaald?

Minister **Klink**: Ik heb dat niet voor niets overgelaten aan de onderhandelingen tussen de zorgaanbieders en het CVZ. Wij zullen de uitkomsten daarvan afwachten. Mevrouw Agema kan er echter op rekenen dat daarbij realistische inschattingen worden gemaakt. Ik heb al gemeld dat er gewerkt gaat worden op basis van protocollen. Dat betekent dat er ervaringsgegevens komen.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister komt dus met een wet waarvan hij het profijt niet kan inschatten?

Minister **Klink**: Nee, ik kom met een wet zodat er contracten komen voor de niet direct toegankelijke zorg, op basis van de ervaringen van de zorginstellingen en gekoppeld aan de verplichtingen van de protocollen voor realisering van betaling door illegalen. Dat levert contracten op waarin zorgaanbieders zich kunnen vinden. Anders sluiten zij immers geen contracten af. Omdat daadwerkelijk geprobeerd wordt om de kosten te innen, levert dat ervaringsgegevens op. Die gegevens zal ik monitoren. Die spelen uitdrukkelijk een rol bij de vraag in hoeverre de inschatting van 20% bij direct toegankelijke zorg reëel is. Als dat niet het geval is, pas ik het percentage van 20 aan.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik keer terug naar het punt van medische zorg aan illegale kinderen. De minister zegt daarbij het principe van zelf betalen te hanteren en als dat niet lukt uit te gaan van de 80%-20%-verdeling. In dat geval wordt dus 20% op de zorgaanbieder of zorgverlener verhaald. In de memorie van toelichting schrijft de minister dat het wetsvoorstel getoetst is aan de internationale verdragen waaraan Nederland zich heeft gecommitteerd. Artikel 24 van het Verdrag voor de Rechten van het Kind bevat een expliciet verbod op discriminatie bij de toegang tot de gezondheidszorg. Ik moet helaas constateren dat dit bij medische zorg aan illegale kinderen wel het geval is. Voor kwetsbare groepen, zoals zwangere vrouwen en kinderen, is dit wetsvoorstel een achteruitgang. Wat kinderen betreft is het dus bovendien in strijd met internationale verdragen.

Minister **Klink**: Die laatste conclusie onderschrijf ik niet. De noodzakelijke medische zorg blijft toegankelijk voor betrokkenen. Het is de aanmerkelijke inkomensschade die de zorgaanbieder leidt die wij met dit wetsvoorstel compenseren. Wij dingen niet af op de toegankelijkheid van de zorg voor betrokkenen. Ik heb overigens de overwegingen van mevrouw Arib op mij laten inwerken. Ik ben gevoelig voor het argument dat een kind niet kiest voor de illegale status waarvoor zijn ouders hebben

gekozen. Dat argument komt bij mij aan. Ook tegen die achtergrond heb ik mij ervan vergewist dat zorg ook aan deze kinderen altijd geleverd dient te worden. Als iemand betalingsonmachtig is, is dat geen reden om geen zorg te verlenen. Daarin ligt dus de toegankelijkheid van de zorg besloten.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Theoretisch kan het allemaal kloppen. De ervaring leert echter anders. Ik noem het voorbeeld van dure geneesmiddelen, dat jarenlang gesteggel heeft opgeleverd. De verhouding 70%-30% is later 80%-20% geworden. In de praktijk pakte het uit als een soort selectiecriteria. Ik kan mij daarbij iets voorstellen als de kosten gedekt moeten worden. Het mag echter niet gebeuren dat illegale kinderen en illegale zwangeren geen zorg meer krijgen. Zo werkt het in de praktijk echter helaas wel uit. De minister beroept zich op de praktijk. Ik hoor echter ook ervaringen van verloskundigen en mensen die met kinderen werken, vooral in ziekenhuizen.

Minister **Klink**: Ik preciezer nog een keer dat wat mij betreft vooropstaat dat noodzakelijk zorg over de gehele linie, en zeker bij kinderen, geboden dient te worden. De ouders van deze kinderen dienen in eerste aanleg de kosten te betalen. Ik wil van dit principe niet afwijken. Deze mensen zijn immers niet premieplichtig. Zij betalen geen premie en zij dragen niet bij aan de solidariteit die wij ook voor hen opbrengen. Als zij betalingsonmachtig zijn, blijft de volledige toegankelijkheid van de zorg intact. Ik herhaal mijzelf. Dit is voor mij echter een buitengewoon belangrijk beginsel.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik denk dat ik mijzelf ook herhaal, omdat wij het theoretisch met elkaar eens zijn, maar wij weten dat het in werkelijkheid anders uitpakt. U zegt dat de toegang niet belemmerd wordt, maar wij weten dat het in de praktijk straks anders uitpakt. Ik wil best instemmen met het wetsvoorstel, omdat het helderheid verschaft en een juridische basis biedt. Er mag echter geen achteruitgang worden geboekt en wij weten dat illegalen en in het bijzonder de genoemde kwetsbare groepen het steeds moeilijker krijgen op alle fronten. Het is heel verontrustend als wij ook nog medische zorg gaan onthouden.

Minister **Klink**: De keerzijde ervan, en dat is ook een moreel punt, is dat de ouders van kinderen die zorg nodig hebben en het in feite kunnen betalen, dat niet hoeven te doen, terwijl zij tegelijkertijd geen enkele premie betalen. Dat gaat mij eerlijk gezegd ook te ver. Nogmaals, er wordt gevolgd in hoeverre die 20% een last betekent voor de zorgaanbieder omdat het geld niet te verhalen is.

Ik kom nog even te spreken over het punt van het dure geneesmiddel. Ik heb hierover verschillende keren met de Kamer gesproken. De Inspectie heeft nota bene een lijn geopend waarop anoniem gemeld kan worden dat oneigenlijke druk wordt uitgeoefend om medicijnen niet te verstrekken op grond van het feit dat 20% voor rekening van het ziekenhuisbudget komt. De Inspectie kan niet anders dan constateren dat dat niet waar is. Het blijkt althans niet uit meldingen.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Mevrouw Arib heeft natuurlijk wel een punt. Ik heb in eerste termijn ook

Klink

aandacht hiervoor gevraagd. Kinderen, zwangeren en mensen die sowieso medisch noodzakelijke hulp nodig hebben, krijgen die hulp wel. De arts stelt dat vast; daar zijn wij het over eens. Eerst krijgt iemand hulp en daarna wordt de rekening gepresenteerd. Het is niet de bedoeling dat iemand eerst de rekening moet betalen voordat hij medisch noodzakelijk hulp verleend krijgt. Het lijkt mij vrij cruciaal dat hier goede afspraken over gemaakt worden. In het slechtste geval ontstaat hierover een gesteggel van jewelste en de hulpvrager mag daar niet de dupe van worden. Ik wil die helderheid graag aanbrengen in de systematiek. Volgens mij haalt dat de nodige kou uit de lucht.

Minister **Klink**: Natuurlijk kan een zorginstelling of zorgverlener bij zorg die niet direct toegankelijk is, dus planbaar is, zeggen tegen een hulpvrager: realiseert u zich dat tegenover deze behandeling een bepaald bedrag staat? Als vervolgens blijkt dat de betrokkene dat niet kan betalen, dan mag de consequentie daarvan nooit zijn dat wordt bedreigd met het onthouden van de zorg. De zorg dient verleend te worden, zeker bij direct toegankelijke zorg. Overigens moet die ook verleend worden bij niet direct toegankelijke zorg.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Als er nog tijd is om over de rekening te onderhandelen voordat de medisch noodzakelijke zorg geboden wordt, dan mag dat gesteggel over de rekening niet leiden tot een verslechtering van de situatie van de patiënt. De zorg moet op het juiste moment verleend worden, ook omdat de arts hierin een bepalende rol speelt. Gedoe over de rekening mag niet leiden tot een verslechtering van de toestand van de patiënt.

Minister **Klink**: Nee, medisch noodzakelijke zorg moet gewoon, simpelweg, geboden worden. Op tijd.

Mevrouw Smilde vraagt in hoeverre het bestuursorgaan CVZ contracten moet sluiten. Ik heb gemeld dat het contracteren van belang is voor de bescherming van het verzekeringssysteem. Het betreft een overheidstaak op afstand die logischerwijs uitgevoerd wordt door een zbo. Het is in dat verband niet vreemd dat het CVZ, dat overigens ervaring heeft met het benaderen en behandelen van buitenlandse verzekeren, de contracten sluit. Als de gedachte van mevrouw Smilde is dat de zorgaanbieders in een onplezierige situatie komen omdat het overheidsorgaan vanuit zijn bijzondere positie te veel macht krijgt, dan wijs ik erop dat het aantal illegalen waarvoor zorg gecontracteerd wordt – ik spreek dan over contractmacht en marktmacht van de verzekeraar – zodanig klein is dat van enige vorm van onheus machtsgebruik in dat spel tussen verzekeraar en zorgaanbieder per definitie geen sprake zal zijn. Het zou vreemder zijn als illegale personen, die per definitie niet verzekerd zijn, bij een zorgverzekeraar worden ondergebracht. Het verzekeringskarakter speelt in dezen namelijk gewoon geen rol. In feite betreft de vergoeding een schadeloosstelling van de zorgaanbieder die juist niet krachtens de verzekering zorg aanbiedt, maar omdat er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.

De taken van de Stichting Koppeling worden in hun geheel overgedragen aan het CVZ. Dat staat in de nota van wijziging en de bijbehorende toelichting.

De heer Van Gerven vroeg binnen welke termijn het CVZ de vergoedingen uitkeert aan de zorgaanbieders. Bij

gecontracteerde zorg zullen daar afspraken over worden gemaakt. Bij de direct toegankelijke zorg zal het CVZ daarvoor in elk geval een redelijke termijn moeten hanteren. Het is een zelfstandig bestuursorgaan en uit dien hoofde is het ook onderworpen aan de Algemene wet bestuursrecht. Er zijn verschillende regelingen waarvoor het CVZ de betalingen regelt, zoals die met betrekking tot verdragen.

De CDA-fractie vraagt of ik niet wat preciezer kan zijn over de raming van de met de uitvoering van de regeling gemoeide kosten. Het huidige budget dat gemoeid is met de uitvoering van de taken van de Stichting Koppeling bedraagt 7 mln. Het budget voor de uitvoering van de beleidsregel dubieuze debiteuren was voor 2006 37 mln. Het is niet precies bekend welk deel daarvan rekeningen betreft voor illegale personen en welk deel rekeningen voor onverzekerden. Wij zijn uitgegaan van een raming van 60%, dus ongeveer 22 mln. Ook voor de AWBZ hebben wij daarvan een schatting gemaakt, die overigens gaandeweg kan worden gepreciseerd.

De heer Van Gerven stelt dat volgens de NVZ de verlaging van de ziekenhuisbudgetten met hetgeen omgaat in de beleidsregel dubieuze debiteuren, dus 60% van het budget voor dubieuze debiteuren, niet voor alle ziekenhuizen reëel is. Het is mij niet bekend welk deel van het bedrag met deze beleidsregel bestemd is voor de zorg aan illegalen. Ook de NVZ heeft op mijn vraag daarover geantwoord dat het hun eigenlijk niet bekend is. Daarom hebben wij een schatting gemaakt. Dit betekent dat de ziekenhuisbudgetten in het totaal met 22 mln. worden verlaagd. Hoe deze verlaging per ziekenhuis uitwerkt, is afhankelijk van de onderhandelingen tussen de afzonderlijke ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. De omvang van aan illegale personen verleende zorg verschilt inderdaad per ziekenhuis. Daarom worden zorg- en instellingsspecifieke contracten gesloten met het CVZ.

Het wetsvoorstel kan in werking treden als het door de Tweede en de Eerste Kamer is behandeld en aangenomen. Het CVZ moet contracten gaan sluiten met zorgaanbieders. Daarbij moet rekening worden gehouden met de regels die gelden omtrent aanbesteding. Dat zijn zaken waarmee rekening moet worden gehouden bij het vaststellen van de termijn waarbinnen het wetsvoorstel geëffectueerd kan worden.

Mevrouw Agema vroeg in hoeverre zorgaanbieders een rol krijgen bij het opsporen en melden van illegale personen. De zorgaanbieders spelen hierbij – ik stel dat nadrukkelijk – geen rol. Tijdens de behandeling van de Koppelingwet heeft de toenmalige minister van VWS mevrouw Borst dit al gemeld. Recent hebben de staatssecretaris van Justitie en ik ook aangegeven dat zorgaanbieders in elk geval geen rol hebben bij het actief opsporen dan wel aangeven van illegalen. Dat hebben wij gedaan in de beantwoording van de Kamervragen van mevrouw Van Miltenburg.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister zal begrijpen dat ik het daar volstrekt mee oneens ben, dus daar stel ik geen vragen meer over. Wat gebeurt er nu echter als een illegaal in een dure AWBZ-instelling verblijft? Hoe vaak gebeurt dat? Vindt u dat dit moet kunnen of vindt u dat in dat geval gemeld worden dat die persoon daar verblijft en dat deze moet worden uitgezet?

Minister **Klink**: Waar medisch noodzakelijke zorg geboden moet worden, wordt die ook geboden. Ik vind



Mevrouw Schippers (VVD)

© M. Sablerolle – Gouda

dat de zorg niet het aanknopingspunt moet zijn voor de vraag of iemand al dan niet in beeld komt en uitgezet dient te worden. Het gevolg zal namelijk zijn dat de zorg wordt gemedend, ook door mensen die het nodig hebben.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dus daar waar wordt beknibbeld op AWBZ-zorg en waar ieder dubbeltje wordt omgedraaid, gaat u de mensen die er onrechtmatig gebruik van maken dat niet ontnemen? Weet u hoeveel mensen het betreft?

Minister **Klink**: Mijn hoofdargument is dat medisch noodzakelijke zorg moet worden geboden, ook aan illegale personen. De hoeveelheid kan ik mevrouw Agema niet melden. Ik weet niet in hoeverre die bij ons bekend is. Als daarover iets bekend is, dan zal ik haar dat in tweede termijn melden. Het lijkt mij niet zo relevant tegen de achtergrond van het feit dat medisch noodzakelijke zorg, ook als het om een zorgvorm gaat die onder de AWBZ valt, geboden wordt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als de minister dit wel zou registreren, zouden wij kunnen zien hoe dit zich ontwikkelt. Volgens het wetsvoorstel heeft het voor de illegaal immers geen enkele consequentie.

Minister **Klink**: Wij gaan dit natuurlijk ook registreren, want het zal gecontracteerde zorg worden. Natuurlijk krijgen wij dan een beeld van de omvang waarin dit plaatsvindt. Het lijkt mij ook wel belangrijk om dat te weten. Overigens geldt ook hier dat de betrokkene de zorg in beginsel zelf zal dienen te betalen.

De heer Van Gerven vroeg of een bepaling in de wet kan worden opgenomen om de privacy van gegevens te waarborgen. Tijdens de behandeling van de Koppelingswet is door de toenmalige minister van Volksgezondheid gemeld dat zorgaanbieders en zorginstellingen geen rol hebben in het actief opsporen en aangeven van illegalen. Die lijn is niet gewijzigd. De privacy van gegevens is dus gewaarborgd. Zorgaanbieders leveren op grond van deze wet geen persoonsgegevens van illegalen aan het CVZ aan. Dat volgt uit het voorgestelde artikel 122a lid 11 van de Zorgverzekeringswet. Expliciet hebben wij in de toelichting vermeld dat het niet om persoonsgegevens

van illegale personen gaat. Aangezien het CVZ geen gegevens ontvangt die tot individuele illegale personen te herleiden zijn, zullen op grond van de gegevens die het CVZ wel ontvangt, geen opsporingsacties naar individuele illegale personen worden gestart.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb een aanvullende vraag met betrekking tot de AWBZ-instellingen. De minister zegt dat ook een bijdrage gevraagd zal worden. Daarbij heeft hij het dan maximaal over die 20%. Er zijn mensen die een heel hoge eigen bijdrage moeten betalen voor de AWBZ-instellingen. Betekent dit nu dat de illegaal met deze wetswijziging niet alleen onrechtmatig in die instelling komt te verblijven, maar daar ook nog eens voor een koopje verblijft? Zou de minister dit in kaart willen brengen, liefst schriftelijk?

Minister **Klink**: Ik heb daarvoor niet zo veel schriftelijke antwoorden nodig. Het gaat om medisch noodzakelijke zorg. Bovendien gaat het niet om een eigen bijdrage; men dient de kosten volledig te betalen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Als de minister de kosten niet kan verhalen, gaat hij voor de 20%. Uiteindelijk is het medisch noodzakelijke zorg, en dan krijgen zij het helemaal. Mij gaat het erom dat er mensen in die instellingen zitten die heel veel geld betalen voor de AWBZ-instelling, terwijl de illegalen er uiteindelijk voor een koopje zitten.

Minister **Klink**: Dat hangt er maar van af. Als men het kan betalen, betaalt men de integrale kosten, en dat geldt niet voor degenen die regulier AWBZ-verzekerd zijn.

Mevrouw Schippers vroeg of het kabinet weet wat het medisch toerisme kost. Dat weet ik niet. Zoals ik zo-even al aangaf, is er geen registratie van illegale personen, laat staan een registratie waaruit kan worden opgemaakt hoeveel illegale personen hiernaar toe gekomen zijn voor medische zorg. In de nabije toekomst kunnen wij die patronen wel in beeld brengen. Dan kunnen wij inderdaad bekijken in hoeverre dat medisch toerisme zich aftekent, dan wel of er sprake is van een aanzuigende werking. Op zichzelf lijkt mij dit een relevant gegeven om te betrekken bij de afwegingen die ook in de toekomst ongetwijfeld zullen plaatsvinden.

Mevrouw Arib vroeg of wij de effecten van deze wet gaan monitoren en over twee jaar gaan evalueren. Dat zullen wij inderdaad doen. Zo-even gaf ik al aan dat een van de belangrijke aspecten daarbij is dat wij zullen bekijken in hoeverre de 80-20-regeling toereikend is.

Mevrouw Arib stelde ook de vraag of abortus zowel in het ziekenhuis als in een gesubsidieerde kliniek verleend kan worden, op medische indicatie uiteraard. Ik vind het van belang om abortus via het ziekenhuis – het gaat hierbij immers om niet direct toegankelijke zorg – mee te nemen in de contractuele relaties die zich aftekenen tussen het CVZ en de ziekenhuizen. Om die reden zou ik het willen beperken tot de ziekenhuizen die gecontracteerd worden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb ook het argument van de kosten gegeven. In ziekenhuizen is het dubbel zo duur als in abortusklinieken. Daarnaast zou ik willen weten sinds wanneer abortus alleen op medische indicatie is toegestaan. Is dat een nieuwe wet?

Klink

Minister **Klink**: Nee, het gaat bij dit wetsvoorstel om medisch noodzakelijke zorg. Dat heb ik met "medische indicatie" willen zeggen. Ik zal die term daarvoor gelijk inruilen. Het moet medisch gezien noodzakelijk zijn. Dat is de achtergrond, sterker nog, de essentie van dit wetsvoorstel. Ten tweede wil ik niet direct toegankelijke zorg onderwerpen aan de contractuele relatie waarvan ik u zo-even gezegd heb waarom ik dit zo noodzakelijk vind.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De consequentie van deze redenering is dat legaal verblijvende vrouwen of een autochtone vrouw naar een abortuskliniek kunnen gaan wanneer zij vanwege een noodsituatie of welke reden dan ook een zwangerschap willen afbreken. Een illegale vrouw mag dit niet. Zij moet een medische indicatie hebben. De consequentie is dus dat er een onderscheid wordt gemaakt. Er is kennelijk één wet, maar deze wordt verschillend toegepast. Een tweede consequentie is dat elke arts in principe een medische indicatie kan geven, waardoor de abortus kan plaatsvinden, terwijl misschien andere redenen een rol spelen.

Minister **Klink**: De arts gaat inderdaad over de vraag of het medisch gezien noodzakelijk is. Die afweging wil ik ook aan de arts laten. Ten tweede is een noodsituatie natuurlijk een criterium dat voor zover ik ervan op de hoogte ben in het kader van de Waz speelt. Dit neemt niet weg dat de noodsituatie een aspect van de afweging is. Wel gaat het om niet direct toegankelijke zorg. Een noodsituatie betekent bij een abortus niet dat de zorg acuut, hier en nu, geboden dient te worden. Om die reden hebben wij ook de vijf dagen bedenktijd. In feite is het dus niet direct toegankelijke zorg. Nogmaals, gegeven de argumenten die ik aan het begin van het debat al wisselde, wil ik dat laten meenemen in de contractuele relatie tussen CVZ en de ziekenhuizen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik moet mij echt concentreren om te begrijpen wat u precies bedoelt. U zegt dat de arts bepaalt of er een medische indicatie is.

Minister **Klink**: Dit gebeurt in samenspel met de vrouw in kwestie, uiteraard.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Maar heeft een vrouw die hier illegaal verblijft zelfbeschikkingsrecht? Zij kan slachtoffer zijn van eergeweld of van wat dan ook. Mag zij beslissen over een abortus, of is dit aan de arts?

Minister **Klink**: Ik wil op geen enkele manier afbreuk doen aan het bestaande regime voor zwangerschapsafbreking. Voor legaal en voor illegaal verblijvende personen is dit regime wat mij betreft identiek. Ik wil alleen zeggen dat het hierbij om zorg gaat die niet direct toegankelijk is en daarom valt onder de contractuele relatie tussen CVZ en de ziekenhuizen, op grond van het feit dat via die contractuele relatie beter gewaarborgd wordt dat betrokkenen, want dat geldt ook hier, in beginsel de kosten zelf dragen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen een medisch noodzakelijke afbreking van zwangerschap, op grond van bijvoorbeeld genetisch onderzoek. Dat gebeurt in een kliniek, in een ziekenhuis. Daarnaast heb je zwangerschapsafbreking via abortusklinieken, dus zeg maar op

min of meer sociale indicatie. Hoe gaat de minister dat oplossen? Ik heb begrepen dat dit nu via een AWBZ-regeling wordt gefinancierd.

Minister **Klink**: Nogmaals, ik laat het besluit over aan de interactie tussen een arts en een betrokkene. Natuurlijk speelt daarbij het zelfbeschikkingsrecht een belangrijke rol, sterker nog, een overwegende rol. Het is echter aan de arts en aan de betrokkene om deze afweging te maken. Medisch noodzakelijke zorg is het criterium voor dit wetsvoorstel, tegen de achtergrond van het bestaande regime rondom abortus. Ik heb echter zo-even gezegd dat het wel om zorg gaat die niet direct toegankelijk is en dus via de ziekenhuizen geleverd dient te worden. Dit is geen principezaak van mij, helemaal niet. Ik wil ook helemaal geen afbreuk doen aan het bestaande regime. Ik vind het van belang dat het beginsel dat men zelf de kosten dient te dragen ook hier een rol speelt.

De heer **Van Gerven** (SP): Minister Klink spreekt over ziekenhuizen. Dit kunnen dus ook abortusklinieken zijn. Dit is wel belangrijk, omdat het de praktijk is dat een gedeelte via de ziekenhuizen loopt en een gedeelte via de abortusklinieken. Ik maakte zojuist het onderscheid tussen sociale indicatie en medische indicatie. Dat is de huidige praktijk. Gaat dit dan over in de nieuwe wet? Dat lijkt mij het uitgangspunt. Dan kunt u nog blijven hanteren dat het op verwijzing is. Dat principe verandert niet.

Minister **Klink**: Ik wil even onderstrepen wat ik zojuist zei: het is voor mij geen principiële kwestie. Het is voor mij van belang dat er een contract is met de zorg-aanbieder dat in elk geval aanknopingspunten biedt om goed te bekijken in hoeverre de betrokkene de kosten probeert te verhalen op degene die de aanspraak op de zorg maakt. Ik wil namelijk één ding vermijden, in dit soort zaken, maar ook in het algemeen, namelijk dat er medisch toerisme ontstaat. Dit zou namelijk betekenen dat er 100% bekostiging is. Maar dat heb ik zo-even uitvoerig gewisseld.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Wat ik in ieder geval niet wil – ik denk dat dat ook geldt voor de fracties van de SP en de PvdA – is dat de nieuwe wet op dit gebied een inperking betekent ten opzichte van de huidige situatie. Daar lijkt het echter toch wel een beetje op en die berichten krijgen wij ook. Ik heb daar in mijn inbreng ook aandacht voor gevraagd. Als u zegt geen afbreuk te willen doen aan het regime van de zwangerschapsafbreking, dan kan in deze kwestie de medisch noodzakelijke zorg natuurlijk ook sociaal-medisch noodzakelijke zorg zijn. In dat geval zou je moeten zeggen dat de toegang tot de zorg voor legalen en illegalen in principe gelijk blijft. Dat zou dus ook betekenen dat de abortusklinieken daaronder vallen, maar volgens mij sluit u dat op dit moment uit. Klopt dat? Als dat klopt, hebben wij namelijk volgens mij wel een probleem.

Minister **Klink**: Ik heb zo-even mijn overwegingen hierbij aangegeven. In de eerste plaats moet het gaan om medisch noodzakelijke zorg; in de tweede plaats vind ik het bij de contractuele relatie belangrijk om te bekijken in hoeverre de kosten daadwerkelijk verhaald worden op de betrokkene. Maar ik wil uw argumenten nog wel eens

Klink

goed op mij laten inwerken en ik wil vervolgens daar in tweede termijn dan wel schriftelijk op terugkomen. Wellicht zitten daar toch een paar aspecten aan die ik nu niet helemaal in beeld heb of kan krijgen.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Even afrondend, voorzitter: ik begrijp dat ...

De **voorzitter**: Mevrouw Van Gent, wij zijn nog niet aan de afronding van het debat toe; wij zijn nog bezig met de eerste termijn.

Mevrouw **Van Gent** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil even afronden op dit punt. Excuses voor het feit dat ik niet precies genoeg was.

Afrondend op dit punt stel ik dus vast dat de minister ook niet wil dat er een inperking plaatsvindt ten opzichte van de huidige situatie.

Minister **Klink**: Dat mag u absoluut uit mijn woorden afleiden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het een beetje merkwaardig. Op dit moment krijgen Nederlanders de abortus nog altijd vergoed. Niet-ingezetenen moeten de abortus zelf betalen. Wat voor precedent gaat u hiermee scheppen? Zeggen straks alle niet-ingezetenen die naar Nederland komen voor een abortus, dat ze illegaal zijn? Misschien kan de minister deze overweging in diezelfde beantwoording meenemen.

Minister **Klink**: Ik zal uw overweging meenemen. De strekking van dit wetsvoorstel kan in twee beginselen worden gepreciseerd: medisch noodzakelijke zorg en een regime dat ertoe leidt dat zo veel mogelijk geïnd wordt bij degene die gebruik maakt van de zorg. Daar gaat het mij om.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De tweede termijn wordt volgende week gehouden.

Ik dank degenen die ons vanavond ondersteund hebben. Gisterenavond was het ook al laat.

Sluiting 22.36 uur

□

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

1. vier koninklijke boodschappen, ten geleide van het voorstel van (rijks)wet:
 - een integraal kader voor regels over gehouden dieren en daaraan gerelateerde onderwerpen (Wet dieren) (31389);
 - inzake Partiële wijziging van het Wetboek van Strafrecht, Wetboek van Strafvordering en enkele aanverwante wetten in verband met rechtsontwikkelingen, internationale verplichtingen en geconstateerde wetstechnische gebreken en leemten (31391);
 - Wijziging van de Kieswet in verband met het verlenen van het kiesrecht voor de verkiezing van de leden van

het Europees Parlement aan alle Nederlanders die in de Nederlandse Antillen en Aruba woonachtig zijn (31392);
Wijziging van de Gemeentewet in verband met het afschaffen van het raadplegend burgemeestersreferendum (31393).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. eenentwintig brieven van de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal met de mededeling, dat zij in haar vergadering van dinsdag 1 april 2008 de haar door de Tweede Kamer der Staten-Generaal toegezonden voorstellen van (Rijks)wet gedrukt onder de nummers 30925, 30580, 31221, 31200-G, 31200-F, 31200-E, 31200-C, 31200-B, 31200-XVI, 31200-XV, 31200-XIV, 31200-XIII, 31200-XI, 31200-IXB, 31200-IXA, 31200-VIII, 31200-IV, 31200-III, 31200-IIB, 31220-I en 30979 heeft aangenomen.

De Voorzitter stelt voor, deze brieven voor kennisgeving aan te nemen;

3. een brief van de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal met de mededeling, dat zij in haar vergadering van dinsdag 1 april 2008 het door de Tweede Kamer der Staten-Generaal toegezonden voorstel van (Rijks)wet gedrukt onder het nummer 30362 heeft verworpen.

De Voorzitter stelt voor, deze brief voor kennisgeving aan te nemen;

4. de volgende brieven:

een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, over de uitgebreide kabinetsreactie EU-begrotingsherziening (22112, nr. 626);

drie, van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, te weten:

een, inzake uitstel beantwoording van vragen gesteld tijdens het AO van 25 maart 2008 (30070, nr. 9);

een, over het voorstel van wet 30415 dat in de Eerste Kamer met algemene stemmen is aangenomen (30415, nr. 17);

een, over de evaluatie werking en ervaring met klokkenluidersregelingen binnen de openbare sector (31200-VII, nr. 52);

een, van de staatssecretaris van Financiën, over het verpakkingsbeleid (28694 en 29515, nr. 57);

een, van de minister van Defensie, inzake het Activiteiten Plan en Begroting 2009-2013 van de Kustwacht voor de Nederlandse Antillen en Aruba (31200-X, nr. 101);

een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ten geleide van verslag van de Milieuraad inzake richtlijn kwaliteit van brandstoffen (21501-08, nr. 270);

een, van de minister van Verkeer en Waterstaat, over de problematiek rond de A4 bij Steenberg (28196, nr. 4);

een, van de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, over het verbannen van dierlijk eiwit uit veevoeder (30400, nr. 10);

een, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over de aangenomen motie-Cramer/Waalkens (28286, nr. 208);