

Balkenende

De vergadering wordt van 20.35 uur tot 21.15 uur geschorst.

Aan de orde is de voorzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31094).**

(Zie vergadering 26 van september 2007.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De inbreng van de andere fracties en de schriftelijke en de mondelinge reacties van de minister hebben mijn fractie nog niet tot een ander inzicht gebracht. Wij hebben grote moeite met een eigen risico in de zorg omdat het per definitie oneerlijk, oneigenlijk, ongewenst en ook nog heel bureaucratisch is. En nog afgezien van de vraag of je mijn politieke mening deelt dat dit niet solidair is, zo langzamerhand moet toch iedereen wel inzien dat dit soort initiatieven gedoemd is om te mislukken.

Ik heb in eerste termijn ruim de tijd genomen om de historie te schetsen. Het blijft onbegrijpelijk dat er na alle mislukte initiatieven – ik zal ze niet nogmaals opsommen – toch weer een eigen risico wordt voorgesteld. Ik gebruikte hiervoor het bekende spreekwoord "een ezel stoot zich in 't gemeen niet twee keer aan dezelfde steen", maar de minister verwoordde het eigenlijk nog wel iets scherper. Hij zei dat je uit mijn opsomming zou moeten concluderen dat je toch wel een beetje een malloot zou moeten zijn om opnieuw aan een dergelijk avontuur te beginnen. Het zijn niet mijn woorden, maar ik ben het in dit geval hartgrondig met de minister eens! Ik vind het een mooie samenvatting.

De minister stelt dat er vooral politieke redenen waren om dit soort maatregelen steeds weer af te schaffen. Ja, alles wat de meerderheid in deze Kamer besluit, is natuurlijk uiteindelijk een politieke beslissing. Maar dit wil natuurlijk niet zeggen dat er niet veel meer aan de hand was dan een politieke afspraak. Kijk naar de medicijnenknaak; die had minder opgebracht dan verwacht was, zo luidde de conclusie, de medische consumptie was ook niet of nauwelijks beïnvloed. Kijk naar het specialistengeeltje; de Ziekenfondsraad concludeerde in 1993 dat dit geen effect op het aantal verwijzingen had gehad. Dat was ook niet zo gek, gelet op de poortwachtersfunctie van de huisarts. Kijk ook naar de eigen bijdrage van Paars I; de Ziekenfondsraad concludeerde dat die weinig effect had, maar hij waarschuwde in verband met de remmende effecten wel voor de kwetsbare positie van ouderen en mensen met de laagste inkomens. Al deze elementen hebben dus wel degelijk een rol gespeeld bij dit gebrek aan succes. En natuurlijk is het dan uiteindelijk een politieke beslissing om een maatregel weer af te schaffen, maar je kunt toch niet om deze mislukkingen heen.

In eerste termijn heb ik ook al gezegd dat het ministerie de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar eigen betalingen al in 2001 op een rijtje heeft gezet in het rapport Eigen betalingen in perspectief, en dat daarin met name gewezen is op de gevaarlijke effecten

op de mensen met de laagste inkomens. De minister had de gegevens toen niet paraat, maar hij beloofde mij, hierop in tweede termijn nog te zullen reageren. Dit verwacht ik dus nog vandaag.

Het principe van eigen betalingen in de zorg is het invoeren van remgeld. Dit is iets gek, want zorg vragen is geen keuze. De belangrijke poortwachtersfunctie van de huisarts is er niet voor niets; die is een maatstaf voor de vraag of er goed gebruik gemaakt wordt van de zorg, een financiële drempel kan deze functie niet vervullen. Er is in de zorg geen sprake van echte keuzes. Ik heb het voorbeeld genoemd van een vrouw met een knobbeltje in een borst; anderen hebben dit ook genoemd, maar de minister is er eigenlijk niet op ingegaan. Die vrouw ontdekt iets en ze moet voor vervolgonderzoek naar een ziekenhuis om te laten controleren of er iets ernstigs aan de hand is. Welke keuze heeft zo'n vrouw dan? En hetzelfde geldt natuurlijk voor een hartinfarct of een ongeval, eigenlijk voor wat dan ook. Veel zorg is geen keuze. Als je een eigen betaling wilt invoeren om de mensen ertoe te brengen, een verantwoorde keuze te maken, dan moet je ontzettend veel uitzonderingen maken als je dit eerlijk wilt doen. Maar daarmee wordt het weer buitengewoon ingewikkeld. Kijk bijvoorbeeld naar een eigen risico bij preventie, waarom ik nadrukkelijk heb gevraagd. Iedereen voelt wel aan dat het natuurlijk onzinnig is om een eigen betaling te vragen bij preventie. Hierbij is namelijk wel sprake van een keuze, maar een keuze waartoe wij mensen willen stimuleren, en niet willen afremmen. Dat je daar geen financiële drempel moet leggen, begrijpen wij allemaal. Denk aan de SOA's: controle daarop is heel belangrijk, maar dan moet je niet zeggen dat je eerst een eigen risico moet betalen. Preventie is per definitie het voorkomen van gezondheidsproblemen, en op de langere termijn is het per definitie kostenbesparend. Daar een rem op zetten, is heel dom, en toch gebeurt het. In de reactie staat dat het maken van een uitzondering daarop het stelsel weer ingewikkelder maakt. Dat snap ik ook wel, maar het geeft aan waar wij mee bezig zijn: je kunt heel moeilijk onderscheid maken waar het wel of niet verstandig is, en als je dat onderscheid maakt, maak je de regeling buitengewoon ingewikkeld. Behandeling in de zorg is vaak met preventie verweven, maar dat geeft ook aan hoe ingewikkeld dit is. Op een aantal punten is het voor mij evident dat het niet moet – zorg afremmen – of dat mensen geen keuze hebben. De meeste prangende zaken wil ik toch uitzonderen van het eigen risico, waarvoor ik de volgende drie moties heb.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering, bij algemene maatregel van bestuur te regelen dat zorg in het kader van preventie niet ten laste kan worden gebracht van het verplichte eigen risico,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Kant

Zij krijgt nr. 22 (31094).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat bij de noodzaak van acute zorg er geen drempel in de vorm van een eigen betaling mag zijn;

verzoekt de regering, bij algemene maatregel van bestuur te regelen dat de acute zorg niet ten laste kan worden gebracht van het verplichte eigen risico,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 23 (31094).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat bij opname in het ziekenhuis geen sprake is van een eigen keuze;

verzoekt de regering, bij algemene maatregel van bestuur te regelen dat ziekenhuisopnames niet ten laste kunnen worden gebracht van het verplichte eigen risico,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 24 (31094).

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Bij de chronisch zieken hebben wij in eerste termijn uitgebreid stilgestaan. In het regeerakkoord staat dat deze mensen zouden worden uitgezonderd, maar dat gebeurt niet. Het is al afgezwakt: nadat deze mensen worden gecompenseerd. Wij zijn het erover eens dat de manier waarop deze minister die compensatie wil vormgeven, geen goede weg en volstrekt onvoldoende is. Hij wil dat namelijk doen via geneesmiddelengebruik. De minister is helaas niet ingegaan op mijn suggestie in eerste termijn om dat over te laten aan de huisarts. Wij vertrouwen het hem nu ook toe om vast te stellen of bij zelfzorgmiddelen sprake is van chronisch gebruik, en ik denk dat een huisarts heel goed weet of sprake is van een chronisch zieke en iemand die onvermijdelijk langdurige zorgkosten heeft. Hij zou dat gewoon kunnen aangeven richting zorgverzekeraar, en klaar is het. Wij weten dan voortaan wie wij moeten aanmerken als chronisch zieke. Graag een reactie daarop, het lijkt mij de simpelheid zelve.

De tweede suggestie die ik heb gedaan, is te werken met een lijst van ziekten die je kunt aanmerken als chronische ziekten. De minister zegt: dat is een administratieve belasting en dat moet eigenlijk geautomatiseerd kunnen. Hij heeft een punt, maar hieruit blijkt wat ik al

zei: als je naar mogelijkheden zoekt om een eigen risico eerlijk te laten uitpakken en niet mensen de dupe laten worden die je wilt uitsluiten, kom je in een ingewikkelder systeem terecht. Dat is het dilemma dat inherent is aan invoering van zo'n systeem. Je maakt het dan wat ingewikkelder, maar het lijkt mij een stuk eerlijker. Graag een reactie daarop.

Ik heb de suggestie gedaan om te gaan werken met de diagnose kostengroepen (dkg's). De minister zegt dat hij daarnaar wil gaan kijken, maar als ze nu al bestaan, waarom daar dan niet nu al mee gaan werken? Dat lijkt mij in ieder geval beter dan alleen kijken naar geneesmiddelengebruik. Op korte termijn kan er een betere groepsdefinitie komen dan nu het geval is. Graag een reactie.

Het zou een voorwaarde moeten zijn om als je al een eigen risico wilt, uitzonderingen op een fatsoenlijke manier toe te passen. Dat wordt breed gedeeld. Niet alleen mijn fractie vindt dat. Ik citeer uit de eerste termijn het CDA: voorwaarde is dat de compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten op een goede manier wordt geregeld. De ChristenUnie stelde terecht dat het een probleem is dat chronisch zieken die niet langdurig medicijnen gebruiken niet in aanmerking komen voor de compensatie. De ChristenUniefractie vindt dat letterlijk onacceptabel. Flinke woorden. De PvdA-fractie sloot zich vervolgens bij het CDA en de ChristenUnie aan.

Minister, het is toch wel helder dat breed in de Kamer gedragen wordt dat dit niet de goede weg is, dat dit onvoldoende is om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren. U geeft dat zelf eigenlijk ook aan. U stelt: ik heb liever dat wij de grootste groep nu pakken en hen compenseren dan dat ik er nu van afzie omdat het nog suboptimaal is. Mijn vraag is dan: wie zegt mij dat u nu de grootste groep te pakken hebt? Dat kan ik nergens uit afleiden. Ik denk dat de groep die nu buiten de boot valt heel wat groter is dan u misschien denkt. Ik vind het in ieder geval niet acceptabel als mensen buiten de boot vallen, maar ik heb geen enkel inzicht in hoe groot die groep is. Dat inzicht wil ik wel hebben voordat wij hier een beslissing over nemen. Ik vraag u om ons dat inzicht alsnog te verschaffen. Om welk deel van de groep gaat het nu?

Ik vind eigenlijk dat je bij zo'n halfbakken, onduidelijk en onvoldragen voorstel beter kunt zeggen: we voeren dat eigen risico niet in, we lossen dat eerst op. Maar dan moet u natuurlijk ook niet de no-claim door laten lopen. Dat mag duidelijk zijn, want daarbij speelt hetzelfde probleem. Het is zelfs nog groter. Ik heb een amendement ingediend om de invoering van een eigen risico uit te stellen, dit op een fatsoenlijke manier te regelen en de no-claim volgend jaar niet te heffen.

Ik vind dat het zoals het nu geregeld is in ieder geval niet kan. Alvorens het wordt ingevoerd, moet de minister alles op alles zetten om een betere manier te vinden om de compensatie van chronisch zieken te regelen. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat bij het door de regering voorgestelde

Kant

compensatiemodel in het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet veel mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten worden uitgesloten;

verzoekt de regering, op korte termijn met een nieuw voorstel te komen voor een compensatiemodel voor chronisch zieken dat niet slechts afhankelijk is van het geneesmiddelengebruik,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 25 (31094).

Mevrouw **Kant** (SP): Nog een prangend punt. De directeurs van de sociale diensten, verenigd in Divosa, hebben al meerdere malen gewezen op het liquiditeitsprobleem. Daarmee wordt bedoeld dat mensen met lagere inkomens, mensen die het niet breed hebben, moeite hebben om die € 150 op een bepaald moment op tafel te leggen. De minister zegt daarover: € 150 is een relatief gering bedrag en een niet te zware last. Natuurlijk is dat relatief. Het hangt er namelijk van af of je het kunt missen of niet. Natuurlijk is € 150 een relatief gering bedrag. Als je een goed inkomen hebt, is dat geen probleem, maar als je elke dag alle eindjes aan elkaar moet knopen is € 150 natuurlijk wel een probleem. Arme gezinnen kunnen niet, zoals de minister stelt, reserveren van het voordeel dat zij nu hebben in de premie om later het eigen risico te voldoen. Zo werkt dat niet in arme gezinnen. Daar worden namelijk alle gaten gevuld met het extra geld dat er op dat moment is. Die moeten alle eindjes aan elkaar knopen. Dat voordeel van die premie is allang in een ander financieel gat gevallen. Graag een reactie hierop.

Een ander punt betreft het vrijwillige en het verplichte eigen risico. Ik vind het onbegrijpelijk dat wij de chaos nog groter laten worden door dat voor verschillende vormen van zorg te laten gelden. De minister had inderdaad in een nota van wijziging gezegd dat het kan. De CDA-fractie dacht dat ik dat niet begrepen had, maar ik had het heel wel begrepen. In die nota van wijziging staat dat het kan, maar ik vind dat het moet. Dat is iets anders. Ik heb een amendement voorbereid om het vrijwillige en verplichte eigen risico synchroon te laten lopen. Ik bied mijn excuses ervoor aan dat het amendement nog niet klaar is. Wij hebben ons uiterste best gedaan om een aantal zaken die wij gewijzigd willen zien in de wet in amendementen tot in de puntjes te regelen. Het gaat via het ministerie, want wij moeten er wel voor zorgen dat alles technisch klopt.

De minister heeft in zijn brief mooie cijfers gegeven over de koopkrachteffecten. Ook wordt een vergelijking gemaakt, maar wat de minister mij heeft gegeven, is eigenlijk niet wat ik wil weten. De optie waar mijn fractie voor staat, staat daar immers niet bij. Ik wil niet weten wat er nu beter wordt ten opzichte van de no-claim. Die no-claim vond ik ook al niet zo geweldig. Ik wou altijd al af van die no-claim. Deze heeft nu juist mensen met de laagste inkomens – zeker als er sprake is van ziekte of chronische ziekte – in de min gedrukt. Ik wil een vergelijking zien met de koopkrachteffecten voor mensen die geen eigen risico en geen no-claim hebben. Dan kunnen wij een reële afweging maken. Die cijfers wil ik graag hebben, niet de cijfers die betrekking hebben op

het invoeren van een eigen risico ter vervanging van de no-claim. Mensen die hogere ziektekosten hebben gaan er daardoor iets op vooruit, maar dat had ik zelf ook wel kunnen bedenken.

De opeenstapeling van eigen betalingen vind ik bijzonder zorgelijk. Het eigen risico komt daar gewoon weer bij. Bovendien zijn er al de nodige eigen betalingen in de zorg. De minister zegt toe dit voorjaar een overzicht te geven. Dat is mooi. Daar wachten wij al lang op. Dan kunnen wij de balans opmaken, maar waarom dan pas? De minister gooit nu wel het eigen risico daar bovenop. Je moet toch weten hoe dat voor de mensen uitpakt voordat je eraan begint? In de Zorgverzekeringswet geldt nu al een eigen bijdrage voor bijvoorbeeld een hulpmiddel. Het eigen risico kan dan niet ook nog eens meetellen. Ik vind dat echt absurd. Wij hebben voor zo'n zorgvoorziening bepaald waarom het handig is om die vorm van een eigen betaling in te voeren. Daarmee ben ik het vaak al niet eens, maar dat heeft het kabinet zo bedacht. Je kunt dan echter niet de rest van het bedrag lekker meetellen voor het eigen risico. Het idee om dat in een bepaalde mate te doen, was immers goed afgewogen. Ik dien daarom de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering, bij algemene maatregel van bestuur te regelen dat die vormen van zorg in de Zorgverzekeringswet waar een eigen bijdrage voor geldt, worden uitgezonderd van het eigen risico,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund. Zij krijgt nr. 26 (31094).

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Het liefst wijzig je een wetsvoorstel per amendement. Deze wet is echter zo ingewikkeld en zo onvoldragen dat heel veel dingen nog via een algemene maatregel van bestuur moeten worden geregeld. Ik kan mijn verzoek daarom niet anders dan per motie doen.

Verontrustend vind ik het dat het mogelijk wordt dat zorgverzekeraars in hun polis diensten kunnen aanwijzen die buiten het eigen risico vallen. Dat lijkt heel positief, maar de gevolgen daarvan zijn niet zo positief. Vreemd is dat de minister en de fractie van de Partij van de Arbeid, die hier tot mijn verbijstering een groot voorstander van is, alleen verwachten dat zorgverzekeraars daardoor geen eigen risico gaan vragen als patiënten naar de door hen gekozen aanbieders gaan die kwalitatief beter zijn dan andere. De minister loopt ervan weg dat het omgekeerde net zo goed waar kan zijn. Misschien is die kans nog wel iets groter. Men sluit contracten af met sobere instellingen en als de patiënt daar naar toe gaat, hoeft hij geen eigen risico te betalen. Die route ligt eerlijk gezegd meer voor de hand dan de route die de minister ziet. In ieder geval bestaat het risico dat die route wordt genomen en die route zou ik liever niet willen. Hoe dan ook, als dat wordt ingevoerd en je bent vanwege de financiën bang

Kant

voor het eigen risico omdat je het al niet zo breed hebt, dan word je dus beperkt in je keuze in de zorg. De huisarts zegt dan: ik ken dat ziekenhuis, daar hebben wij goede ervaringen mee, ik denk dat u daar het beste naartoe kunt gaan als ik u doorverwijs. De zorgverzekeraar zegt dan echter: als u naar een ander ziekenhuis gaat, hoeft u geen eigen risico te betalen. Ik vind dat een ongerijmdheid in de zorg die wij niet moeten willen. Doorverwijzen is niet de rol van de zorgverzekeraar. Mensen moeten vrij kunnen kiezen van wie zij zorg willen krijgen. Ook hierbij moet ik mijn excuses maken, want ook op dit punt is een amendement in voorbereiding om deze mogelijkheid in het wetsvoorstel onmogelijk te maken.

De compensatie loopt via het CAK. Ik dacht dat hiervoor was gekozen omdat dit het beste was. Met de bureaucratie en de klantvriendelijkheid van het CAK hebben wij overigens ook niet zulke geweldige ervaringen. Het blijkt echter dat niet voor het CAK is gekozen omdat dit het beste is, maar omdat de Belastingdienst het niet aankan, terwijl dat eigenlijk wel beter zou zijn. Dat begrijp ik althans uit de reactie van de minister. De Belastingdienst kan het niet doen omdat deze sowieso al allerlei problemen heeft. Ik vind dat geen manier van doen. Dat het via het CAK verloopt, is dus tijdelijk. Straks gaat het wel via de Belastingdienst. Mooie boel is dat. Of laat ik het maar even gechargeerd zeggen na al die andere problemen met deze wet die ik al heb genoemd: wat een zootje! Wij willen iets uitvoeren en de Belastingdienst zou dat het beste kunnen, maar die zit nog met al die shit van het zorgstelsel en de zorgtoeslag, dus laten wij dat maar tijdelijk ergens anders parkeren. Gekker moet het toch niet worden.

Ik kan er echt niet bij. Het is voor mij opnieuw het bewijs dat wij te maken hebben met een overhaaste en onzorgvuldige invoering. In dit geval gaat het louter om partijpolitieke coalitiebelangen. Verder zijn er geen goede argumenten voor te vinden. Mijn fractie vindt eigen betaling in de zorg sowieso onwenselijk en oneerlijk. Ook daarom moet er geen eigen risico komen en moeten wij af van de no-claim. Hierover heb ik een amendement ingediend, waarvan ik hoop dat het op een meerderheid kan rekenen. Ik voel van niet, maar dat zou het beste zijn. Geen uitstel, maar afstel. Geen eigen risico en geen no-claim.

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Namens de CDA-fractie dank ik de minister van harte dat hij binnen twaalf uur met een heldere en met twintig pagina's ook uitgebreide beantwoording is gekomen van de vragen uit de eerste termijn. Ik zal een aantal van onze punten langslopen die nog open staan. Het eerste punt is compensatie via het CAK of via buitengewone uitgaven. De argumenten van de minister hebben ons ervan overtuigd dat de CAK-route de beste is, ook al is deze niet helemaal ideaal. Wij hebben in onze inbreng een aantal zaken genoemd die de minister vanaf 2009 gaat meenemen. Dat vinden wij aan de late kant. Wij hebben zojuist een amendement ingediend, opdat mensen die langdurig in een AWBZ-instelling verblijven, standaard worden aangemerkt als rechthebbende voor de CAK-compensatie. Mensen die daar voor op herstel gerichte zorg verblijven, worden daarvan uitgezonderd. Wij hopen dat de minister kan zeggen of er in 2008 al

mogelijkheden zijn om bepaalde categorieën hulpmiddelen aan te merken waarvoor degenen in aanmerking komen die deze gebruiken. Ik noem een aantal groepen: blinden, doven en mensen met een rolstoel.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wij hebben toch goed begrepen van de heer Van Geel bij de algemene politieke beschouwingen dat een buitengewoon zorgvuldige omgang met chronisch zieken en gehandicapten voor de CDA-fractie een aangelegen punt is? Mijn vertaling daarvan is dat de minister hier met een heel goede boodschap moet komen. De vragen die u stelt, doen eigenlijk afbreuk aan de soliditeit van de regeling die u van hem verlangt. Hoe zit het met die zorgvuldige omgang met chronisch zieken en gehandicapten die de CDA-fractie van het kabinet verlangt?

De heer **Omtzigt** (CDA): Wij verlangen een zorgvuldige omgang en daarom hebben wij dat amendement ingediend. Wij zijn heel helder over de groepen die er volgens ons onder kunnen vallen. De afbakening is en blijft moeilijk, maar ik vind dat deze minister daar in zijn beantwoording uiterst zorgvuldig en consciëntieus mee omgaat.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Hoe zorgvuldig en consciëntieus is het dan dat de minister in zijn beantwoording aankondigt dat de regeling eigenlijk niet goed genoeg is en volgend jaar weer verbeterd moet worden? Hoe zorgvuldig vinden wij dat voor deze kwetsbare groep mensen?

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb voor de groep die u net noemde, gezegd dat het in 2008 moet. Wij hebben dat vastgelegd in een amendement, dat u een paar uur geleden hebt gekregen. Die zorgvuldigheid, daar zorgen wij als Kamer voor.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat was de vraag niet. Het lijkt mij prima dat de doelgroep op één onderdeel wordt uitgebreid. Dat is de vorige keer in eerste termijn ook al gewisseld. Er is nog veel meer ruis bij de definiëring van de groep chronisch zieken en gehandicapten, zoals de minister onomwonden toegeeft. De regeling moet nog veel beter, maar wordt toch alvast ingevoerd. Hoe rijm ik dat met het expliciete pleidooi van Van Geel hier twee weken geleden over een zeer zorgvuldige omvang. Dan kan het toch niet op zo'n manier? Dan maak je toch eerst een goede en degelijke regeling en voer je die dan pas in.

De heer **Omtzigt** (CDA): Er ligt een goed en degelijk voorstel. Ik raad u aan om ook maar in enig omliggend land te kijken waar zo'n voorstel voorligt. Ik raad u ook aan om, als u een betere definitie had, die hier te vertellen. Ik denk dat deze minister een buitengewoon zorgvuldige afweging heeft gemaakt. Wat de verbeteringen betreft die hij in 2009 aankondigt, vraag ik hem nog wel met klem om te kijken of vooral de verbetering inzake de hulpmiddelen alvast in 2008 kan ingaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Na de grote woorden in eerste termijn, waarbij u toch echt nadrukkelijk zei dat het goed geregeld moet zijn, vind ik dit toch wel heel teleurstellend. U pakt er wel een groep bij, en het is goed dat u dat doet, maar ik vraag mij af of dat nu wel de belang-

Omtzigt

rijkste groep is. Grote groepen mensen die niet in een instelling maar thuis wonen en geen geneesmiddelen gebruiken maar wel hoge zorgkosten hebben, sluit u als CDA-fractie nu dus gewoon uit. Die worden niet gecompenseerd. Die mensen laat u dus gewoon in de steek! U moet mij niet vragen naar alternatieven, want ik geloof dat ik er vier of vijf genoemd heb.

De heer **Omtzigt** (CDA): Volgens mij zelfs tien groepen.

Mevrouw **Kant** (SP): Kijk eens aan! CDA, kies er een uit, zou ik zeggen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Zodat er helemaal niemand meer onder valt. Dat mocht u willen!

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is inderdaad de beste uitkomst. Maar ik hoor nu graag een antwoord op mijn vraag.

De heer **Omtzigt** (CDA): Deze minister heeft heel helder aangegeven welke verbeteringen nu mogelijk zijn. Hij heeft voorts gezegd dat er ook straks, als er dingen aan het licht komen, verdere verbeteringen mogelijk zijn. Ik vraag om deze verbeteringen nu in te voeren. Wij horen zo dadelijk het antwoord van de minister daarop.

Mevrouw **Kant** (SP): Ja, wij wachten dan weer op een antwoord. Maar u accepteert dus dat het niet goed geregeld is, dat wij niet de groep waar het precies om gaat, goed bij de kop hebben. U accepteert dat mensen die chronisch ziek zijn, gedupeerd worden door deze regeling van het eigen risico. Zij worden niet gecompenseerd. Dat accepteert de CDA-fractie dus. Dat is geen voorwaarde voor het CDA om het eigen risico al dan niet in te voeren. Dat begrijp ik hieruit. Dat vind ik bijzonder teleurstellend.

De heer **Omtzigt** (CDA): De minister heeft met zijn rekenvoorbeeld aangegeven dat er een duidelijk verschil is ten opzichte van de oude situatie. Het nieuwe eigen risico pakt heel anders uit. Het is stukken beter voor mensen met een chronische ziekte en een handicap. U heeft die voorbeelden gezien. Wij denken dat de minister daar een heel goede aanduiding voor gegeven heeft. Wij wijzen u erop dat bij het oude stelsel dat u nog steeds zo verschrikkelijk mooi verdedigt, de verzekeraars onderscheid mochten maken tussen mensen die ziek en gezond waren. Zij brachten meer dan € 1000 extra premie in rekening. Dat is het stelsel dat u hier heel lang verdedigd heeft. En nu begint u op deze kleine dingen te letten. Maar vroeger mocht een particuliere verzekeraar gewoon vragen of iemand gezond of ziek was. En als iemand ziek was, werd die netjes in een standaardpakketpolis geschoven, die € 500 tot € 800 en soms wel eens € 1000 duurder was dan een andere polis. Dat is allemaal afgeschaft. En dat stelsel wilde u handhaven! Nu kijken wij hoe het goed geregeld kan worden. Ik daag u uit om mij te vertellen waar ter wereld er een beter systeem is.

Mevrouw **Kant** (SP): Er wordt hier toch wel weer een beetje onzin verkocht. Alsof wij verantwoordelijk waren voor het slechte zorgstelsel dat wij hadden voordat dit slechtere zorgstelsel was ingevoerd! Ik geloof dat uw fractie iets meer in de regering heeft gezeten dan de mijne. Wij waren ook daar niet voor verantwoordelijk.

Wij waren helemaal niet voor particuliere verzekeringen waar mensen uitgesloten konden worden. Wij zijn altijd voor een sociaal en nationaal zorgverzekeringsstelsel geweest. Dus kom nu niet met dat verhaal aan! Dat slaat echt gewoon helemaal nergens op.

Ik heb u een vraag gesteld. Wij willen geen no-claim, wij willen geen eigen risico. Dan hoeft u er ook niet voor te zorgen dat chronisch zieken gecompenseerd worden. Maar uw fractie heeft zelf gesteld dat er een goede regeling moet komen voor chronisch zieken en gehandicapten als er een eigen risico komt. Er is nu een regeling, maar goed kun je die zeker niet noemen. Een deel van de groep wordt immers in de steek gelaten. Waarom accepteert de CDA-fractie dit?

De heer **Omtzigt** (CDA): Omdat ongeveer 1,6 miljoen tot 1,7 miljoen mensen op een heldere en eenduidige manier gecompenseerd worden. U zegt dat wij ervoor verantwoordelijk waren. Ik heb van u nooit enig initiatiefwetsvoorstel gezien waarin u met een alternatief kwam voor dat oude stelsel.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter, ik móét hierover iets zeggen.

De **voorzitter**: U krijgt zo dadelijk van mij het woord.

Mevrouw **Kant** (SP): Gelukkig.

De **voorzitter**: Misschien kan de heer Omtzigt zich realiseren dat het een tweede termijn betreft en kan hij iets minder aanleiding geven tot interrupties.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb deze vraag nu twee keer beantwoord. Wij denken dat de minister een goed voorstel doet. Wij hebben zijn antwoorden op de vragen goed gelezen en doen op cruciale onderdelen een aantal verbetervoorstellen. Het gaat daarbij om mensen die chronisch ziek zijn en in een AWBZ-instelling opgenomen zijn en om mensen die hulpmiddelen gebruiken. Dat zijn precies de twee onderwerpen die ik naar voren heb gebracht in zowel de schriftelijke inbreng namens de CDA-fractie als de eerste termijn. Ik vertel nu dat ik die heb geregeld voor 2008. Dat zijn de voorbeelden die in de wet moeten worden vastgelegd. Ik zie er echt niets raars aan.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, dit is echt de laatste maal dat ik u de gelegenheid geef om de heer Omtzigt te interromperen.

Mevrouw **Kant** (SP): Het was niet mijn bedoeling om nog eens te interromperen, voorzitter, maar ik word wel erg uitgedaagd. Dat de heer Omtzigt niet de moeite heeft genomen om alle rapporten te lezen die wij over alternatieven hebben gemaakt, is zijn probleem. Wij hebben al jaren geleden een alternatief voor het nationale zorgstelsel geschreven. Als hij goed heeft opgelet, heeft hij gezien dat ik het wetsvoorstel over het zorgstelsel hier tijdens de behandeling werkelijk kapot heb geamendeerd. Ook toen hadden wij dus alternatieven voor het voorstel dat zijn fractie hier heeft gedaan. Laat hij niet met dit soort dingen aankomen.

Hij heeft overigens nu iets heel bijzonders gezegd, namelijk dat hij iets heeft geregeld voor de hulpmiddelen. Er is evenwel nog niets geregeld voor de hulpmidde-

Omtzigt

len. Moet ik uit zijn woorden begrijpen dat er niet alleen een compensatie moet komen voor geneesmiddelen, maar ook als mensen veel hulpmiddelen gebruiken en dat dit moet worden geregeld alvorens hij zijn fiat aan het wetsvoorstel kan geven? Zo ja, dan komen wij nog ergens vandaag.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ja, ik vraag de minister hoe hij dat voor 2008 kan regelen.

Mevrouw de voorzitter. Wij zijn er verbaasd over dat de Belastingdienst niet de rekeningnummers kan leveren van mensen die in een collectiviteit verzekerd zijn. Dat betekent een probleem voor mensen die via een collectiviteit zijn verzekerd. Krijgen zij straks allemaal een brief waarop dat zij hun eigen rekeningnummer moeten invullen? De zorgverzekeraars hebben dat nummer niet. Is de minister bereid om in overleg te treden met gemeenten en andere collectiviteiten om na te gaan hoe een en ander kan worden geautomatiseerd? Wij voorzien een behoorlijk uitvoeringsprobleem als die rekeningnummers niet beschikbaar zijn. Dan krijgen mensen de compensatie niet, of op het verkeerde adres of op een verkeerde manier. De minister heeft duidelijk toegezegd dat de CAK-uitbetaling tijdig, stipt en op de juiste manier zal verlopen. Wij zullen dit zeer goed blijven monitoren.

De minister heeft een overzicht van de eigen betalingen toegezegd, waarvoor dank, maar wij willen iets meer, namelijk een analyse van wanneer onwenselijke cumulatie plaatsvindt én onder welke compensatieregeling die valt. Kan de minister dat toezeggen, bijvoorbeeld in het kader van de brief waarover de staatssecretaris van Financiën vanmiddag sprak? Of komt het bij het overzicht van betalingen dat over een aantal maanden naar de Kamer kan worden gestuurd?

De minister heeft een AMvB toegezegd over gedeeltelijke bijbetalingen. Wij zouden het liefst zien dat er een systeem van forfaitaire betalingen kwam voor dbc's ten laste van het eigen risico. Wij hebben met veel belangstelling kennisgenomen van het amendement van de heer Van der Vlies op dit punt, dat wij zullen meetekenen. Kan de minister zo vroeg mogelijk een voorstel doen, zodat wij open kunnen discussiëren? Kan hij voor 1 april 2008 bij de Kamer een concept van de AMvB indienen? Dat valt dan onder de voorhangprocedure. Ik zal daartoe mijn eigen amendement aanpassen. Wij kunnen dan een open discussie hebben over de wijze waarop wij het systeem van partiële betalingen per dbc optimaal kunnen vormgeven.

Wij waren een tikje teleurgesteld dat mensen die vanuit het buitenland hier komen straks niet onder de eigenrisicoregeling vallen als zij hier ziek worden, terwijl dat wel het geval is met mensen die hier wonen. Worden wij als Nederlander ziek in bijvoorbeeld België, dan kunnen wij daar wel onder de regeling voor bijbetalingen vallen. Hoe rijmt de minister dat? Is hij bereid om in het masterplan buitenland terug te komen op de vraag hoe er vorm aan kan worden gegeven, zodat er wel sprake is van eerlijkheid van het ene land ten opzichte van het andere?

Wij hebben ook geen volledig antwoord gehad op de vraag over wat geldt als iemand uit Nederland ziek wordt en met de ambulance naar Gronau wordt vervoerd, omdat dat sneller gaat dan naar Enschede. De minister stelt dat de patiënt kan kiezen of het onder de verdragsverzekering dan wel de polis valt, maar ik kan mij zo voorstellen dat wie onverwacht ziek wordt en met de

ambulance moet worden vervoerd, niet in Gronau bij binnenkomst van het ziekenhuis denkt: ik moet nog even aan de dokter meedelen op welke van deze twee wijzen ik het in rekening gebracht wil hebben. De verzekeraar heeft er belang bij dat het onder het verdrag valt, want dan hoeft hij niet te betalen. Dan wordt het via de CVZ-route betaald. Als het onder de polis valt, is de verzekeraar verantwoordelijk. Als het onder het verdrag valt, krijg je ook nog eens te maken met de Duitse betalingen die niet anticumuleren met het Nederlandse eigen risico. Wil de minister in het masterplan buitenland helder formuleren hoe ervoor wordt gezorgd dat mensen hun polis kunnen gebruiken en niet onder de verdragsverzekering vallen als zij in het buitenland worden behandeld?

Er zit geen evaluatiebepaling in het wetsvoorstel. De minister heeft toegezegd dat bij de evaluatie van de wet ook het eigen risico wordt betrokken. Wil hij daarbij dezelfde vragen stellen als bij de no-claim zodat wij het effect kunnen zien van de bijbetaling?

Wij waren een klein beetje teleurgesteld dat de minister de aanneming van ons amendement ontraadde. Wij handhaven het echter wel; wij zullen het zelfs uitbreiden om ervoor te zorgen dat de voorhang ook betrekking heeft op het amendement van de heer Van der Vlies. Wat denkt de minister van 1 april als de uiterste datum waarop het eigen risico in rekening kan worden gebracht?

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. We hebben in korte tijd een dik pak papier gehad. Dat was een topprestatie van de minister en zijn ambtenaren. Het is mooi dat op veel vragen een antwoord is gegeven. Ik heb nog een paar punten over.

De minister neemt de filosofie van het eigen risico voor zijn rekening. Hij gaat ervan uit dat mensen die ziek zijn of om wat voor reden dan ook behoefte hebben aan medisch advies zich laten weerhouden door een financieel motief. Ik heb hem gevraagd mij te vertellen hoe dat in de praktijk werkt. Zelf kan ik mij er weinig bij voorstellen. Dat kan natuurlijk aan mij liggen, dus heb ik het onderzoek naar de effecten van de no-claim er nog eens op nageslagen. De onderzoekers concluderen dat vooral de jonge verzekerden gevoelig zijn voor het financiële motief en vooral op paramedische hulp – die volgens mij niet in het basispakket en soms zelfs niet eens in het aanvullend pakket zit – en medicijnen bezuinigen. Ik had overigens begrepen dat het drukkend effect op de groei van de medicijnkosten vooral een gevolg is van acties van de vorige minister. Nu wordt het opeens toegeredeneerd aan het eigen risico. De minister moet mij zijn filosofie nog maar eens uitleggen. Het onderzoek is bepaald niet denderend te noemen als het gaat om een empirisch bewijs van de remwerking van het eigen risico. Juist deze minister met zo'n wetenschappelijke achtergrond moet toch in staat zijn mij te overtuigen?

Vervolgens kom ik tot de uitleg van het regeerakkoord en de door mij gevraagde variant. Ik stel mij voor dat ambtelijk VWS bij de uitwerking van dat deel van mijn vraag scheurend van de lach achter de computer zat toen de ambtenaren precies die variant uitkozen waardoor het erop lijkt dat de hoge inkomens in mijn variant erop vooruitgaan. Zo, laat Vendrik dat maar eens lekker aan

Vendrik

zijn achterban uitleggen! Hebben wij hem effe te pakken! Nou, nou, boefjes... Er zit een foutje in. Ineens duikt op dat een dubbele compensatie moet worden voorkomen waardoor de zorgtoeslag voor de gecompenseerde chronisch zieken en gehandicapten lager uitvalt. Dat is natuurlijk echte onzin. In het regeerakkoord stond helemaal niet dat dubbele compensatie niet mocht. Ik vroeg gewoon sec om uitvoering van het regeerakkoord en daarin was geen sprake van compensatie. Dat wordt er in de doorberekende variant wel in gefietst en dan pakt het inderdaad ongunstig uit. Leuk, smart, maar goed, ik staak het debat hier maar over. Ik constateer dat de variant waarom ik vroeg er niet helemaal in staat. Ik kan die er wel uit halen, maar dat zou betekenen dat chronisch zieken er extra op vooruit zouden gaan. Dat zou ik nou chic vinden: dat we na al het gesedemeter van de afgelopen jaren, waarbij de chronisch zieken en gehandicapten voortdurend over het randje van de tafel zouden vallen, nu de zaak even omdraaien en hun een voordeeltje geven. Het gaat niet om verschrikkelijk veel geld, het verschil tussen gezond en ziek loopt niet heel erg uit de pas. Voor de varianten houd ik het gewoon even bij het regeerakkoord. Buitengewoon spijtig dat het kabinet dat niet heeft gedaan. Ik mis nog steeds een overtuigende argumentatie van het waarom.

De minister reageert onder andere op de suggestie van Van der Veen over bijverzekeren voor de lage inkomens en de klacht van de grote steden, het risico dat zij zien voor de lage-inkomensgroepen. Ik begrijp de minister als hij zegt dat we heel goed een regeling overeen kunnen komen, zij het niet zozeer bij wijze van aanvullende verzekering, waarbij het eigen risico in twaalf partjes wordt opgedeeld. Maar als het zo moet, lijkt dat me ook echt minimaal. Als dat eigen risico er moet komen, lijkt het me ook heel verstandig dat de minister zijn uiterste best doet voor de problemen die hij al heeft met onverzekerden, liquiditeitsproblemen, schulden, lage inkomens, sociale diensten. Voor dat laatste verwijst ik maar weer naar de heer Thissen, de interessante directeur van Divosa, die daarover krachtige woorden heeft gesproken: kabinet, kijk uit, maak het probleem niet nog groter voor ons met dat eigen risico! De minister doet er in dat geval verstandig aan om zich van zijn sociale kant te laten zien en er maximaal voor te zorgen dat steden en sociale diensten het voor de mensen met de allersmalste beurs zo eenvoudig mogelijk maken, teneinde nieuwe liquiditeitsproblemen en schulden te voorkomen.

Mijnheer Omtzigt, dat hele gedoe rond het eigen risico – het is mijn regeling niet. Ik heb het ook niet verzonnen dat je bij eventuele invoering heel erg moet oppassen voor mensen die eigenlijk nooit kunnen kiezen, de chronisch zieken en gehandicapten. En ik heb het ook niet verzonnen dat twee weken geleden in deze zaal het kabinet werd opgeroepen om heel zorgvuldig te zijn; niet alleen door het CDA, maar ook door de ChristenUnie. Dat begrijp ik allemaal wel, maar dat is allemaal jullie verhaal. Ik heb daar niet zoveel mee. U probeert een probleem op te lossen dat u zelf heeft gecreëerd. Dan mag u inderdaad aan het kabinet vragen om dit netjes te doen.

Maar laten we kijken hoe dit nu gaat. Eerst de regeling over de farmacologische kostengroepen. Ik ben in de recente geschiedenis gedoken en heb het rapportje van de interdepartementale werkgroep, volgens mij van Financiën, VWS plus nog wat deskundigen, over de

toekomst van de buitengewone-uitgavenregeling van vorig jaar erbij gepakt. Dat is een belangwekkend rapport, waarin varianten staan, met name variant vijf waarin de buitengewone uitgaven naar de Wmo gaan. Wat staat daar over die farmacologische kostengroepen, als instrument ter indicatie, dus van wie chronisch ziek is of niet en wie wordt gecompenseerd of niet? Ik citeer pagina 54, bovenaan: "Bedacht moet worden dat eigenlijk slechts een beperkt aantal chronische aandoeningen in het risicovereveningssysteem wordt meegenomen. Dit zijn aandoeningen die in ieder geval meer dan gemiddelde vervolggkosten onder de zorgverzekering met zich meebrengen. De vraag is of nu juist deze verzekerden naast hun aanspraak, ook nog extra niet-verzekerde zorgkosten maken, of dat dit net een andere groep verzekerden is." Dit is nu precies wat ik bedoel: de voorstelling van zaken in het wetsvoorstel van de minister is dat dit een redelijk dekkende systematiek is en dat die eigenlijk niet beter kan. Maar dáárin lees ik dat de eigen ambtenaren van deze minister zeggen dat het rammelt, dat we niet beter hebben, dat het niet-dekkend is voor de groep waarvan CDA en ChristenUnie twee weken geleden nog tegen het kabinet zeiden: zorg ervoor dat het goed komt, doe dit zorgvuldig!

Ik vraag hierover uitleg aan de minister, want dit is niet goed genoeg. Sterker nog, in zijn brief zegt de minister dat ook: er komt een compensatieregeling, maar die zal ook worden verbeterd. Laten we dit eens doen met de hypotheekrenteaftrek: gewoon ergens beginnen met een beetje afschaffen en het daarna nog wat verbeteren. De meeste fracties zullen er absoluut niet over willen denken om op een dergelijke manier met zulke vitale belangen om te springen. Waarom kan dat wel ineens met chronisch zieken en gehandicapten? Dat zijn over het algemeen niet de mensen met de breedste beurzen. Het zijn mensen die het niet echt hebben getroffen. Waarom kan dat hier wel? Zo'n slordige benadering! Wij beginnen gewoon ergens. Werkende weg komen we dan ergens uit. Ik acht dat onaanvaardbaar. Ik ken deze minister inmiddels als een man van precisie. Ik begrijp dan ook niet dat hij dit voor zijn rekening wil nemen.

Het wordt eigenlijk nog erger. Wij praten over een bedrag van € 47 dat naar chronisch zieken en gehandicapten moet. Het is een landelijke regeling. Maar in het coalitieakkoord heeft het kabinet vastgelegd landelijk niet te kunnen uitmaken wat chronisch zieken en gehandicapten zijn. Het kabinet weet dat niet en verplaatst het probleem naar de gemeenten. Hoe is dit in vredesnaam mogelijk? Wij zien hier een minister die waarschijnlijk dadelijk opnieuw een landelijke regeling gaat verdedigen, terwijl voor dezelfde groep in het kader van een andere regeling is vastgesteld dat wij op landelijk niveau machteloos staan. Dat begrijp ik ook al niet.

Is er dan een regeling voor de gemeenten? Neen, die is er niet. BWS en Financiën maken er ruzie over. Met geen enkele bewindspersoon kunnen wij een fatsoenlijk gesprek voeren over de vraag waar deze regeling blijft. Ook tegen deze minister zeg ik dat de nood inmiddels wel wat hoog wordt. Twee weken geleden bleek de bezuiniging op de buitengewone uitgaven niet 400 mln. maar 650 mln. te zijn. Joost mag weten waar dat geld vandaan komt want de regeling is er niet. Er bestaat in het geheel geen helderheid over de vraag hoe het moet worden betaald. Het kabinet heeft begin deze week het verschil van 250 mln. voor zijn eigen rekening genomen.

Vendrik

Er is geen toelichting gegeven waar het geld vandaan komt. Ik heb gisteren een toelichting gevraagd aan staatssecretaris De Jager van Financiën. Die had geen verhaal. Vandaag is er een brief van hem gekomen, maar wij weten het nog steeds niet. Vanochtend heb ik het gevraagd aan staatssecretaris Bussemaker van VWS. Die gaat er niet over. Ik ben dit spuu- en spuugzat. Ik heb in ongeveer een half jaar tijd aan vier of vijf verschillende bewindslieden in totaal een keer of twintig gevraagd hoe het ermee staat. Ik heb er twee maal mondelinge en schriftelijke vragen over gesteld. Ik krijg maar geen antwoord. Dit gaat over de groep, zeg ik in het bijzonder tegen de heer Omtzigt en mevrouw Wiegman, waarvan hun fractieleiders twee weken geleden zeiden dat er zeer zorgvuldig mee moet worden omgegaan omdat het zo'n kwetsbare groep is.

Dit tableau overziend, is mijn conclusie simpel. Dit voorstel gaat van tafel. Wij gaan niet stemmen over het eigen risico. Hoe is het toch mogelijk dat hiermee haast moet worden gemaakt terwijl ik een half jaar loop te zeuren over de toekomst van een heel belangrijke regeling voor chronisch zieken en gehandicapten en ik maar steeds geen antwoord krijg? Daarmee is kennelijk geen haast geboden. Goed, dan hiermee ook niet. Als ik vanavond geen helderheid krijg van deze minister zal ik dinsdag voorstellen om de stemming over dit wetsvoorstel maar eens even uit te stellen totdat ik volledige helderheid van het kabinet heb gekregen wat er met die mysterieuze regeling buitengewone uitgaven gaat gebeuren. Hoe kun je in hemelsnaam 650 mln. bezuinigen terwijl je tegelijkertijd staande wilt houden dat het een heel kwetsbare groep is waarmee wij heel voorzichtig en vooral zorgvuldig moeten zijn. Ik vind dit echt onaanvaardbaar. Echt onaanvaardbaar.

Staatssecretaris De Jager brabbelde gisteren maar wat weg. Er was geen touw aan vast te knopen. Minister, vertel mij vanavond waar het bedrag van 250 mln. vandaan komt. Die kun je niet ongestraft weghalen uit de regeling die nu ongeveer 1,8 mld. kost. Dat gaat veel te hard. Meer visie is geboden. Maak een pas op de plaats. Wacht maar even met dit wetsvoorstel. Ik zou denken dat het kabinet daarvan ook beter wordt. Het wordt een zootje als wij dit vanavond invoeren en deze regeling volgend jaar landelijk verbeteren, vervolgens moeten nadenken hoe straks gemeentelijk een nieuwe regeling moet aansluiten op wat landelijk wordt besproken. Het was al een zootje, en dat blijft het. Mijnheer Klink, daarmee kunt ook u niet gelukkig zijn. Ik doe een beroep op u om een pas op de plaats te maken. Ik roep het kabinet op om opnieuw na te denken met de beste ambtenaren die het heeft. Binnen een paar weken kan het gebeurd zijn. Denk na wat u wilt met chronisch zieken en gehandicapten en vertel het ons. Dan kunnen wij ons werk fatsoenlijk doen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Deze minister maakt zich met deze wet verantwoordelijk voor de gevolgen van het feit dat een vrouw met een knobbeltje in haar borst en een man die met pijn op zijn borst blijven rondlopen omdat zij niet naar de dokter gaan omdat deze minister hen daartoe financieel wil prikkelen. Deze minister heeft er geen enkel idee van hoeveel mensen er door deze prikkel alleen maar zeker worden in plaats van zonder. Deze minister gaat ervan uit dat ons land wordt bevolkt door

hypochonders, terwijl zieke mensen de legitieme vraag "wat mankeer ik?" stellen in een ziekenhuissysteem waarin integraal werken schaars is en overconsumptie hen daardoor niet mag worden aangerekend. Deze minister verkoopt deze wet als een prikkel, maar het is gewoon een inkomstenbron van 1,5 mld. die de zieken in ons land moeten betalen, en dat alles voor een geschatte en nauwelijks onderbouwde vermindering van de zorgkosten met zo'n € 150 tot 200 mln.

Een slimmer en vooral rechtvaardiger voorstel heeft deze minister niet. Deze minister weet niet waar de besparingen waar hij op doelt, precies uit bestaan, maar de richting moet waarschijnlijk worden gevonden in het gebruik van goedkopere medicijnen en hulpmiddelen in plaats van in een verminderde zorgvraag. Deze minister tuigt een enorme bureaucratische totempaal op tussen ziekenhuis, zorgverzekeraars en burgers, maar heeft geen enkel antwoord op de vraag wat te doen aan de situatie wanneer een ziekenhuis een jaar na de behandeling een nota naar de zorgverzekeraar stuurt die er dan nog voor moet zorgen dat deze verrekend wordt met het eigen risico van een verzekerde die misschien in de tussentijd van verzekeraar is gewisseld.

Deze minister komt met een onzorgvuldig criterium voor de compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten. Dat lang niet iedere chronisch zieke of gehandicapte 180 dagdelen medicijnen slikt, weet de minister best wel, maar zijn criterium houdt hij overeind. Deze minister weet ook niet of dit criterium het gebruik stimuleert van zeer kostbare medicijnen en spaarzaamheid afremt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Als ik het goed begrijp, neemt u het deze minister enorm kwalijk dat mensen die ziek zijn, ondanks dat zij gecompenseerd worden, iets meer gaan betalen dan mensen die gezond zijn. Is dat juist?

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

Mevrouw **Schippers** (VVD): Maar uw fractievoorzitter heeft voor de no-claim gestemd.

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

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat heeft hij wel gedaan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Hij heeft voor de afschaffing van de no-claim gestemd.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Uw fractievoorzitter heeft voor de invoering van de no-claim gestemd. De Groep Wilders heeft voor gestemd, ik heb het net nog nagekeken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dan moet u dat goed doen. Hij heeft voor de afschaffing van de no-claim gestemd.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik adviseer u om het nog een keer na te kijken, maar ik kan u één ding zeggen: als u deze minister asociaal noemt om deze maatregel, dan geldt hetzelfde voor uw eigen fractievoorzitter, want die heeft voor de no-claim gestemd.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, dat geldt niet. Ik zei u

Agema

zojuist duidelijk dat hij voor de afschaffing van de no-claim heeft gestemd.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Met permissie, voorzitter. Wij hebben nog helemaal niet gestemd over afschaffing van de no-claim. Dat gaan wij straks doen. Wij hebben alleen nog maar gestemd over de invoering van de no-claim en daar heeft de Groep Wilders voor gestemd. Die heeft er dus voor gestemd dat gezonde mensen € 255 in ieder geval terugkrijgen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. De weergave van de afgevaardigde van de VVD-fractie, mevrouw Schippers, klopt niet. De heer Wilders heeft voor verschillende moties gestemd die de afschaffing van de no-claim beogen.

Waar ben ik gebleven? Stelt u zich eens voor dat een persoon jarenlang de medicijnen die zij gratis kon ophalen, in de hoek heeft gezet om naar genezing te gaan zoeken en soms wel € 2000 à € 3000 per jaar uitgaaf aan die zoektocht. Ze gaf het uit aan orthomanele therapie, NEI-therapie, acupunctuur, lasertherapie, zenuwblokkades, vitaminepillen, alternatieve zalfjes, pillendokters, noem maar op. Het criterium voor een compensatie zou dan eigenlijk moeten zijn dat deze persoon en wie dan ook zou kunnen aantonen dat ze meer kosten maakt dan die € 150+€ 47=€ 197.

Als de minister die mensen zou compenseren, dan is dat in dit voorbeeld nog steeds een doekje voor het bloeden, maar dan heeft hij wel de groep te pakken die daadwerkelijk meer kosten maakt. Geloof u mij, de grootste groep chronisch zieken maakt die extra kosten ook werkelijk, dus dat zou een veel zuiverder criterium zijn. Deze minister laat chronisch zieken en gehandicapten € 103 per jaar meer betalen dan gezonde mensen en mensen die ziek worden € 150 meer. Hoe je het ook wendt of keert, de zieken in ons land worden met het eigen risico genadeloos gepakt.

Deze minister heeft ervoor gezorgd dat de minima hun eigen risico kunnen verzekeren voor € 10 per maand, en dus € 120 per jaar, las ik vandaag. Wat echter als deze mensen een jaar lang helemaal geen gebruik maken van zorg? Dan schieten zij er toch € 120 bij in en is dat toch eigenlijk niet fris?

Deze minister is met deze onverantwoordelijke wet van zijn voetstuk gevallen, een wet die door de minister zelf wordt omschreven als "onder tijdsdruk voorbereid". Het is echter vooral een perverse wet. Aan ziekte gaat niet de keuze vooraf om extra gebruik te maken van de gezondheidszorg. Wij zullen tegen de wet stemmen. Ziek zijn wij allemaal wel eens, en chronisch ziek kunnen wij allemaal worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De start van het beleid voor eigen betalingen ligt in de "moral hazard" die een verzekeringsstelsel met zich meebrengt. Men is verzekerd, heeft premie betaald, en niet te weinig ook. De verzekerde wil daarom de beste zorg op het moment dat hij die nodig acht, ongeacht de kosten. Overheden willen deze oneindige zorgvraag afremmen en voeren daarvoor eigen betalingen in. Die moeten ertoe leiden dat verzekerden geprikkeld worden om vóór gebruik van de zorg na te denken over de vraag of die wel echt nodig is en, zo ja, of het niet goedkoper kan.

Tot zo ver is een wetsvoorstel om een eigen risico in te voeren nog begrijpelijk. Doordat je een eigen risico invoert, ontstaan er echter uiteraard verschillen. Iemand die zorg gebruikt, gaat daarvan een deel betalen; dat is de essentie van de regeling die wordt ingevoerd. Vanaf dat moment raak ik de weg kwijt. De minister redeneert dat er verschillen ontstaan, dat dit oneerlijk is en dat er daarom gecompenseerd moet worden. Je voert dus een regeling in die maar één gevolg heeft, namelijk dat er verschil wordt gecreëerd tussen mensen die gebruikmaken van de zorg en zij die dit niet doen, en juist dat wordt weer gecompenseerd. Daarmee zou je een onrechtvaardigheid rechtzetten? Zo lust ik er nog wel een paar.

De centrale vraag die mijn fractie stelt is: waarom doen wij al deze moeite? Waarom voert de minister deze regeling eigenlijk in? Wat levert die nog op als wij in ogenschouw nemen dat mensen zich massaal zullen herverzekeren? Is het voor iedereen mogelijk om zich te herverzekeren? Het is helder dat ook hierbij een zelfselectie zal plaatsvinden. Iedereen die bijna zeker weet dat hij het eigen risico zal vol maken, zal zich immers herverzekeren. Het zwakke remgeldprikkelletje dat er nog was, is daarmee weg. Ik sta echt nergens meer van te kijken. De volgende vraag in deze absurde logica is dan ook, of wij deze herverzekering ook nog aftrekbaar maken via de belastingen of op enige andere wijze compenseren? Ik hoor dit graag, want dit is het rondpompen van geld via een kafkaïaanse regeling. Dit kabinet voert al met al een ingewikkelde regeling in die veel ambtenaren aan het werk zal houden, zeker nu ik uit de antwoorden begrijp dat de compensatieregeling alleen nog maar zal worden uitgebreid en verfijnd. Als ik de antwoorden van de minister moet geloven, zijn wij er nog lang niet. De regeling levert eigenlijk ook niets meer op. Als wij niet oppassen, moet er nog geld bij. Het is wachten op een verstandig kabinet, dat deze regeling weer afschaft. Zie hier de Nederlandse historie van de eigen betalingen. Kortom, de fractie van de PvdA heeft deze eigenrisicoregeling vakkundig om zeep geholpen. Gefeliciteerd mijnheer Van der Veen. Waarom komt deze regeling er dan eigenlijk? De feitelijke afschaffing gaat wel via een heel gewikkelde omweg. Het land wordt hiermee opgezadeld met een bizarre regeling. Kabinet, minister, coalitiepartijen, neemt u uzelf toch serieus en doet u dit toch niet. Belast ons land hier niet mee. Het is niet meer uit te leggen. De VVD-fractie doet hieraan echt niet mee. Wij zullen daarom tegen dit wetsvoorstel stemmen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording in de eerste termijn en met name voor de schriftelijke beantwoording. Mijn tweede termijn wil ik gebruiken om nog een vraag te stellen, conclusies te trekken en een motie in te dienen.

Na het debat van vorige week bereikten mij nog meerdere brieven van verontruste patiëntenorganisaties die zich afvroegen of de compensatie ook voor hun patiënten zou gelden. Ik neem aan dat andere fracties zulke brieven ook hebben gehad. Dit onderstreept het belang van goede communicatie over de veranderingen nu wij de no-claim willen afschaffen en willen overgaan op een eigen risico. Is de minister bereid om extra

Wiegman-van Meppelen Scheppink

aandacht te besteden aan deze communicatie? Is hij bereid om deze organisaties duidelijkheid te geven?

Uit de beantwoording blijkt dat het niet eenvoudig is om meerdere zaken tegelijkertijd te doen. Wij willen in de eerste plaats de zorgkosten beheersbaar houden. In de tweede plaats willen wij zinvolle prikkels uitdelen om mensen bewust te maken van hun zorggebruik en van de kosten. In de derde plaats willen wij tot een eenvoudige uitvoering komen zonder al te veel lasten. Ten slotte willen wij de chronisch zieken en gehandicapten traceren om hen te compenseren. Mijn denkrichting over de mogelijkheden die de BU-regeling zou kunnen bieden, heeft de minister stevig gepareerd. Dit brengt mij tot de conclusie dat de voordelen van deze regeling niet opwegen tegen de nadelen. Hierbij is voor onze fractie het meest doorslaggevende argument dat door de BU-regeling de doelgroepen die wij in het bijzonder op het oog hebben, niet beter bereikt zullen worden. Wat mij wel van het hart moet, is dat in de beantwoording veel rekening wordt gehouden met de zorgverzekeraars en andere uitvoerende instanties, maar dat de verzekerde zelf zo weinig wordt genoemd. Mijn fractie zal daarom het amendement van het CDA over de voorhang-procedure steunen.

Een andere conclusie die ik trek is dat wij er met het voorliggende voorstel nog niet zijn, maar welk een belangrijke stap zetten in de goede richting. De afschaffing van de no-claim, in combinatie met de ideeën om tot een verfijning van de regeling te komen, is in ieder geval een verbetering van de situatie van de groep chronisch zieken en gehandicapten.

De minister heeft mijn fractie er niet van kunnen overtuigen dat voor het jaar 2008 de doelgroep niet beter afgebakend zou kunnen worden. Ik denk daarbij in het bijzonder aan de intramurale AWBZ-zorg en de hulpmiddelen. Om die reden steunt mijn fractie het amendement van de heer Omtzigt om de intramurale AWBZ-zorg al in 2008 in de regeling onder te brengen. Voorts dien ik de volgende motie in, die betrekking heeft op de hulpmiddelen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de reikwijdte van de fkg's niet voldoende is om de hele groep chronisch zieken en gehandicapten te bereiken bij de compensatie van het verplichte eigen risico;

overwegende dat de compensatieregeling verder verfijnd zal worden door het mede betrekken van de dkg's, het gebruik van hulpmiddelen en de intramurale AWBZ-zorg;

overwegende dat het niet voorstelbaar is dat hulpmiddelen niet al in 2008 bij de compensatieregeling betrokken kunnen worden;

verzoekt de regering, voor de compensatie over 2008 naast de fkg's ook het gebruik van hulpmiddelen als criterium toe te voegen, op grond waarvan mensen gecompenseerd kunnen worden voor het verplicht eigen risico,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Wiegman-van Meppelen Scheppink, Omtzigt, Van der Veen en Van der Vlies. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 28 (31094).

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw Wiegman vraagt nu iets waarvan de minister al schriftelijk heeft toegezegd dat hij ernaar gaat kijken. Uitsluitel of het echt mogelijk is, is er niet. Het is wel een mooie symbolische motie, over iets dat al bekeken wordt, maar is het ook een voorwaarde om het wetsvoorstel te steunen dat dit geregeld wordt? Dat lijkt mij dan wel.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Het is voor mij een heel belangrijke factor, tezamen met het amendement van de heer Omtzigt. Wij zijn niet tevreden met de manier waarop de groep op dit moment wordt afgebakend.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat was mij wel duidelijk. Daar hebben wij het vandaag juist ook over. Ik heb ook allerlei suggesties gedaan, die nog veel simpeler zijn ook. De hulpmiddelen kunnen een belangrijke factor zijn, maar is uitvoering van de motie ook een voorwaarde? De vorige week zei mevrouw Wiegman nog dat de definitie van de groep onacceptabel is en echt tekortschiet. Nu is er een amendement over de mensen in de instellingen en is er een motie over de hulpmiddelen. Moet er een "ja" op die motie komen, wilt u überhaupt akkoord gaan?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De motie wordt nu ingediend. Gelet op de medeondertekenaars is er ook een meerderheid voor. Dit staat dus als een huis.

Mevrouw **Kant** (SP): Maar het moet wel kunnen. Als de minister in de brief zegt dat hij niet weet of het kan, hebben de indieners geen garantie dat wat zij in de motie vragen ook gaat gebeuren. Ik zou liever horen dat zij gegarandeerd wilden hebben dat dit gaat gebeuren en niet een verzoek om het mee te nemen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De motie en het amendement over de intramurale zorg tezamen zijn volgens de minister verfijningmogelijkheden waarmee hij aan het werk wil gaan. Wij kunnen ons niet voorstellen dat er nu al niet direct iets kan worden gedaan op die twee onderdelen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil gewoon weten of mevrouw Wiegman een garantie wil hebben of niet.

De **voorzitter**: U hebt echt antwoord gehad; eigenlijk drie keer hetzelfde antwoord.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Waarom dient mevrouw Wiegman geen amendement in? Dan regelen wij het en hebben wij de minister niet nodig. Zo zijn de verhoudingen. Wij moesten toch heel zorgvuldig omgaan met kwetsbare groepen en zo? Wij moeten toch oppassen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik kies voor een motie, in het licht van de

Wiegman-van Meppelen Scheppink

verdere verfijningsmaatregelen. De AWBZ-zorg heeft een heel duidelijke plaats in het amendement gekregen. Helderder kan ik niet zijn. Ik ben blij met de toezegging van de minister dat hij verdergaat met verfijnen. Met de motie willen wij duidelijk onderstrepen dat hij daar niet lang over moet doen, maar dat hij het nu moet doen. Wij willen echt van de no-claim af. Wij willen aangeven dat de mogelijkheden onderzocht moeten worden. Wij zijn er nog niet, maar er zijn stappen in de goede richting gezet, en nu moeten wij verder gaan met verfijning. En met de andere voorstellen rondom de BU-regeling moet er voor chronisch zieken en gehandicapten meer maatwerk geleverd worden. Dit zijn stappen in de goede richting die onze fractie wil zetten.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vroeg waarom u een motie en niet meteen een amendement indient, want uit de toelichting begreep ik zojuist dat het allemaal geregeld kan worden. Wij kunnen er nu mee aan de slag, zo zei u. Wel, dan maak je er een amendement van, dan heb je weer een groep "binnengetikt". Maar er blijft een principiële vraag over. Uw fractievoorzitter deed zo'n duidelijk appel aan de regering om zorgvuldig met die groep om te gaan, maar nu zegt u tegen duizenden chronisch zieken en gehandicapten dat u er nog mee bezig bent. Dat is toch niet zorgvuldig, dat is toch geen rekening houden met mensen die echt geen euro kunnen missen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zou er meer moeite mee hebben om de no-claimregeling nog langer in de lucht te houden.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is de keuze niet, wij kunnen de no-claim afschaffen zonder een eigen risico in te voeren. Dit is een valse voorstelling van zaken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik constateer dat wij voor een groot deel dezelfde overwegingen maken, maar dat de conclusies die wij trekken, de wegen die wij willen inslaan en de stappen die wij willen zetten, verschillend zijn. Dit is geen volmaakt voorstel, maar wij willen deze stap zetten omdat wij verwachten dat de situatie hiermee zal verbeteren, net als met de antwoorden van de minister en de uitspraken die wij doen via het indienen van een motie en het ondersteunen van amendementen om de situatie al op korte termijn te verbeteren. Wij kiezen echt met overtuiging deze weg.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Dank aan de minister voor de uitvoerige beantwoording van de vragen. Het is voor ons van belang, in hoeverre het regeerakkoord wordt uitgevoerd. Op basis van de berekeningen die mede naar aanleiding van een vraag van de heer Vendrik gemaakt zijn, concluderen wij dat het voor het uiteindelijke effect op de premie, inclusief de zorgtoeslag, niet uitmaakt of er een regeling is waarbij chronisch zieken en gehandicapten uitgesloten zijn, zoals in het regeerakkoord, of de nu voorgestelde compensatieregeling. Dit stemt ons in die zin tot tevredenheid dat hiermee in ieder geval naar ons idee voldaan is aan de eis dat het zou moeten passen binnen de afspraken in het regeerakkoord.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Maar u weet toch ook dat u deze conclusie baseert op een wel heel speciale uitleg van het regeerakkoord? Ik begrijp dat u er genoeg mee neemt, maar dan moet u zich niet baseren op de uitleg die de minister aan het regeerakkoord heeft gegeven, want dat lijkt mij echt niet verstandig.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat ons erom dat uit de berekeningen blijkt dat het voor het uiteindelijke effect voor de verzekerde, voor de burger niet uitmaakt.

Met name de mensen met een laag inkomen worden, nu er pas in 2009 sprake zal zijn van een spreiding van het eigen risico over verschillende zorgvormen, er in 2008 mee geconfronteerd dat het verplichte eigen risico al de eerste keer dat er van zorg gebruik gemaakt wordt, ten volle wordt geheven. Al eerder is er gesproken over een brief van de wethouders van volksgezondheid van de vier grote steden; daarin wordt het voorbeeld gegeven van een alleenstaande bijstandsgerechtigde met een maandinkomen van € 825, die zeer zwaar getroffen zal worden als hij of zij een eigen risico van € 150 moet betalen. Nu de minister in antwoord op onze vragen heeft laten weten dat het verzekeren van het eigen risico via de aanvullende verzekering mogelijk is, kunnen gemeentes, cliëntenraden van gemeentelijke sociale diensten, patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars in hun collectieve contracten het eigen risico onderbrengen. Dat betekent dat zowel ten aanzien van de hoogte van het eigen risico als ten aanzien van de hoogte van de premie afspraken kunnen worden gemaakt die financieel gunstiger uitpakken voor deze groep. Door herverzekering wordt ook voor anderen dan de chronisch zieken en gehandicapten de mogelijkheid geboden, het eigen risico deels te compenseren. Bovendien kan voor de doelgroep kwalitatief betere zorg worden ingekocht.

Wij realiseren ons terdege dat de minister bij de mogelijkheid van het herverzekeren wat water bij zijn ideologische wijn moet doen, maar wij nemen aan dat hij, gezien het effect voor de mensen die het nodig hebben en de inhoud van het regeerakkoord geen overwegende bezwaren tegen deze mogelijkheid zal hebben, zeker in het licht van het feit dat de minister altijd een groot voorstander is geweest van het huidige stelsel, waar veel meer verantwoordelijkheid wordt gelegd bij de sector dan in het verleden. Ik meen te mogen concluderen dat die sector met deze herverzekeringsconstructie haar verantwoordelijkheid heeft genomen. Toch vraag ik de minister om de ontwikkelingen op dit terrein te monitoren, en de concrete effecten voor de mensen ten aanzien van de hoogte van de premie en het eigen risico – ik heb het daarbij over de herverzekeringsconstructie – in kaart te brengen en daarover aan de Kamer verslag uit te brengen vóór de begrotingsbehandeling van 2008.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De heer Van der Veen heeft waarschijnlijk meer verstand van verzekeren dan ik, maar de minister zegt dat het herverzekeren van het eigen risico misschien niet eens zo aantrekkelijk is. Daar was ik even op aangeslagen, maar toch hamert u zo op herverzekeren. Vanwaar die urgentie?

De heer **Van der Veen** (PvdA): In antwoord daarop ga ik even naar de verzekeringstechniek toe. Het effect van het onderhandelen over een premie tussen een zorg-

Van der Veen

verzekeraar en een GSD is over het algemeen dat de premie lager wordt vastgesteld. Ik verwacht zeker dat het eigen risico lager wordt vastgesteld dan de kostprijs. Dat gebeurt veelal doordat men van beide kanten wat water in de wijn doet. Een bijkomend effect is dat het bedrag dat aan premie wordt gevraagd lager kan zijn dan de kostprijs. Maar dat moet dan blijken uit de monitoring.

Mevrouw **Kant** (SP): Wat jammer voor die chronisch zieken met een laag inkomen die niet collectief verzekerd zijn. Die hebben pech gehad.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij hebben het hier over de mensen met een laag inkomen die geen compensatie krijgen, omdat zij niet chronisch ziek zijn. Voor chronisch zieken wordt gecompenseerd. Uiteraard is het mogelijk om te kijken of voor een deel van hen in de collectieve contracten iets mogelijk is. Dit is uitdrukkelijk bedoeld voor diegenen die niet chronisch of gehandicapt zijn, niet in aanmerking komen voor compensatie en een laag inkomen hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat begrijp ik wel, maar daarom stel ik de vraag ook. Ik kan haar nog iets verbreden. Wat jammer voor al die mensen met een laag inkomen, al dan niet chronisch ziek – het kan ook een hartinfarct of een ongeval zijn – die hoge zorgkosten hebben, een eigen risico moeten betalen en geen collectieve verzekering hebben. Zij kunnen dat wat u nu wilt namelijk niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In bijna alle gevallen betreft het mensen met een inkomen tot 25% à 30% boven het bijstandsniveau. Als je over het hele land kijkt, kun je zien dat een groot aantal van die mensen in deze collectiviteit zitten. Vandaar deze monitoring.

Mevrouw **Kant** (SP): Blijft jammer voor de mensen die daar niet in zitten.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Je ziet alle effecten waar wij al zoveel over hebben gesproken weer terugkomen, zoals mensen die liquiditeitsproblemen hebben of die drempel niet kunnen nemen. Krijgt u dan niet al een beetje spijt dat u die no-claim, een beloning achteraf, aan het afschaffen bent?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als er één ding is dat mij tot grote verheugenis stemt, is het de afschaffing van die no-claim. Je kunt de regeling die voorligt beoordelen zoals je wilt, maar die is in ieder geval aanmerkelijk meer solidair dan de no-claimregeling. Nee, die vreugde heb ik nog steeds.

Mevrouw **Schippers** (VVD): U kent toch ook uw historie? U weet toch dat Paars I is begonnen met een eigen risico in een coalitieakkoord? Langzaam maar zeker werd dat een eigen bijdrage en kwamen daar de compensatieregelingen bij.

De **voorzitter**: Dat is vorige week al uitvoerig aan de orde geweest.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Uiteindelijk is de uitvoering van die regeling zo duur, dat zij aan zichzelf kapot gaat.

Als je dit nu bekijkt en de antwoorden van de minister meeneemt, dan zie je toch dat de historie zich herhaalt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): In eerste termijn heb ik opgemerkt dat het bijzondere van deze regeling, zeker vanaf 2009, vergeleken met al die andere regelingen die u noemt – die eerder aan de orde zijn geweest op het gebied van eigen betaling en eigen risico's – is dat er nu sprake is van een Zorgverzekeringswet die veel meer mogelijkheden geeft in het kader van de zorgsturing. Je kunt daar verschillend over denken, maar het is duidelijk onderscheidend van de situatie die u beschrijft.

Voorzitter. In eerste termijn heb ik aandacht gevraagd voor de in het wetsvoorstel aangegeven mogelijkheden voor zorgsturing. De PvdA juicht deze ontwikkeling toe, maar het mag nooit leiden tot situaties waarin de verzekerde gebruik moet maken van kwalitatief slechte zorg omwille van kwijtschelding van het eigen risico. De minister heeft geduid op welke wijze dat voorkomen wordt, maar wij steunen daarbij van ganser harte het amendement dat door de CDA-fractie is ingediend omdat wij de voorhangprocedure bij de AMvB als het middel zien om te voorkomen dat ongewenste zaken zich voordoen.

Wij hebben ons ervan laten overtuigen dat de door de minister voorgestelde procedure inzake het overmaken van de € 47 via het CAK de voorkeur verdient boven de toepassing van de BU-regeling. Duidelijk is dat de huidige omschrijving van de categorie chronisch zieken en gehandicapten op zijn zachtst gezegd niet optimaal is. Wij verzoeken de minister dan ook om zo spoedig mogelijk met een eenduidige omschrijving te komen, zodat wij zo snel mogelijk helder hebben – en niet alleen voor de Zorgverzekeringswet – wat nu verstaan wordt onder die groep chronisch zieken en gehandicapten. Om die reden dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat chronisch zieken en gehandicapten niet onevenredig zwaar belast mogen worden door administratieve of financiële gevolgen van nieuwe regelingen;

van oordeel dat ten aanzien van de afbakening van deze groep een eenduidige, dekkende en uitvoerbare definitie noodzakelijk is;

verzoekt de regering om ervoor te zorgen dat zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk per 1 april 2008, de groep mensen met onvermijdbare ziektekosten optimaal is afgebakend en de Kamer tussentijds regelmatig op de hoogte te stellen van de vorderingen en mogelijkheden hiertoe,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Veen, Omtzigt, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Koşer Kaya. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 29 (31094).

Van der Veen

Mevrouw **Kant** (SP): Die motie lijkt heel sympathiek. Ik heb ook een dergelijke motie ingediend. Die kan de heer Van der Veen gewoon steunen. Ik had alleen niet de datum 1 april 2008 erin staan, want dan werkt deze wet al en moeten wij nog maar afwachten of dit op een fatsoenlijke manier wordt geregeld. Daar zit het probleem. In woord zeggen de coalitiefracties allemaal wel dat zij vinden dat het beter moet, maar zij stellen dat niet als voorwaarde voor de invoering van deze wet. Dat is toch niet zorgvuldig? Als het de heer Van der Veen zo aan het hart gaat om het voor deze mensen goed te regelen, dan is er maar een mogelijkheid: een voorwaarde alvorens het eigen risico ingaat. Of niet, mijnheer Van der Veen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is duidelijk dat er discussie is over de exacte afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten, anders zouden wij deze motie niet indienen. Vervolgens is er een inschatting – en daar mag je heel verschillend over denken – dat een grote groep mensen ten onrechte buiten de regeling valt. Je kunt de inschatting ook anders maken, namelijk dat een heel grote groep ten onrechte van de regeling gebruikmaakt. Het begrip “chronisch zieken en gehandicapten” kennen wij al enige tijd. De benadering die nu wordt toegepast geeft ons op dit moment voldoende vertrouwen om voor het huidige wetsvoorstel te zijn.

Mevrouw **Kant** (SP): De heer Van der Veen is wel heel gauw tevreden. Vorige week was het allemaal nog een groot probleem. Toen was er onduidelijkheid. Mij is niet duidelijk geworden dat het nu wel op een fatsoenlijke manier kan. De garantie dat het uiteindelijk op een goede manier kan, is er niet. Toch stemt de heer Van der Veen ermee in. Hij is wel heel erg gauw tevreden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Daarin verschillen wij waarschijnlijk van karakter, mevrouw Kant.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is geen antwoord.

De heer **Van der Veen** (PvdA): U vraagt mij of ik heel snel tevreden ben. Ik kan alleen maar constateren dat ik waarschijnlijk sneller tevreden ben dan u.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is natuurlijk een inhoudelijke vraag. Wat heeft u dan nu meer dan vorige week, toen u zulke grote twijfels had? Wat geeft u dat vertrouwen? Waarop is dat vertrouwen dan gebaseerd?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Vorige week heb ik in nauwelijks andere bewoordingen gesproken over de definiëring van chronisch zieken en gehandicapten. Ook toen heb ik aangegeven dat die niet duidelijk was. Ook toen is gevraagd of de Partij van de Arbeid niet tegen het wetsvoorstel zou moeten stemmen als die afbakening niet helemaal duidelijk is. Ook toen heb ik aangegeven, wellicht in iets andere bewoordingen, dat de benadering van de groep ons op dit moment voldoende overtuiging geeft om akkoord te gaan met het voorliggende wetsvoorstel. Uiteraard kun je daarover van mening verschillen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Zou de heer Van der Veen ervoor voelen om de datum in zijn motie te veranderen in 1 november 2007? Dan ligt hier over een maand een

goed uitgewerkte regeling voor chronisch zieken en gehandicapten, zowel voor dit wetsvoorstel als voor de follow-up van de buitengewone uitgavenregeling. Tot die tijd mag dit kabinet zijn huiswerk doen en daarna gaan wij verder praten over dit wetsvoorstel. Wordt het niet eens tijd dat de Kamer in haar volle breedte, met alle waardering en zorg die zij heeft voor de groep chronisch zieken en gehandicapten, haar tanden laat zien onder leiding van de Partij van de Arbeid?

De heer **Van der Veen** (PvdA): In de motie staat: zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk 1 april. Daarmee geven wij aan dat het wat ons betreft niet snel genoeg kan. Uiteraard zou de datum ook een andere datum kunnen zijn, maar wij denken dat wij met de door ons gekozen formulering de ernst van de situatie duidelijk hebben gemaakt. Ik ben benieuwd naar het antwoord van de minister daarop.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat laatste begrijp ik. Misschien moet u hier een positie innemen. Het is u ernst dat de regering zijn huiswerk niet op orde heeft, want dat zegt u. U zei immers dat de afbakening niet optimaal is. Dat is nogal wat. Dat gaat om tienduizenden mensen. Dan moet de Kamer toch in de volle breedte tegen het kabinet zeggen dat pas verder gepraat wordt als het kabinet zijn huiswerk heeft gedaan? Wat is daarop tegen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Om misverstanden te voorkomen: ik heb op geen enkele wijze gesuggereerd dat het kabinet zijn huiswerk niet gedaan zou hebben. Ik heb aangegeven dat de afbakening niet optimaal is. Dan bedoel ik “niet optimaal” zoals “niet optimaal” bedoeld is. Vervolgens heb ik aangegeven dat de huidige benadering ons voldoende vertrouwen geeft. Wel geldt: hoe eerder, hoe beter. De motie ademt naar mijn idee voldoende de ernst van de situatie. Daar kunt u verschillend over oordelen, maar ik hoop in ieder geval van de minister te horen dat hij de zorg die wij hebben over de omschrijving van de groep chronisch zieken en gehandicapten deelt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat heeft de minister schriftelijk al laten weten: het is ingewikkeld, ik ga ermee door. Dat heeft hij allemaal al gezegd, mijnheer Van der Veen. U zou uw boodschap zoveel meer kracht bij zetten als u zou zeggen: minister, ik ga pas stemmen over uw wetsvoorstel als deze motie is uitgevoerd, want zo belangrijk is dit voor mij en de andere coalitiefracties. Dan praten wij ergens over in de politiek. U maakt zo niks klaar. U vraagt niks aan de minister. Niks is serieus op zo'n manier.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan alleen maar aangeven dat mijn beoordeling van deze motie anders is dan die van de heer Vendrik. Dat zal geen verbazing wekken, want anders was de motie ook niet ingediend. Ik denk dat de motie in die mate urgentie uitspreekt dat in alle opzichten duidelijk wordt dat dit zo snel mogelijk moet gebeuren.

In deze motie wordt gevraagd om zo snel mogelijk te komen tot een omschrijving van de groep. In aansluiting daarop willen wij graag van de minister horen welke regelingen er zijn voor chronisch zieken en gehandicapten en hoe deze in administratieve en financiële zin bij

Van der Veen

hen neerslaan. Dit geldt voor het brede terrein van de gezondheidszorg, dus voor de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de WMO. Wij hebben er behoefte aan om zo snel mogelijk inzicht te hebben in hoe dat uitpakt en hoe belastend dat is voor de verschillende categorieën chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Ik zeg de minister dank voor zijn mondelinge beantwoording in eerste termijn vorige week en voor de uitvoerige schriftelijke antwoorden die wij dezer dagen kregen. Al mijn vragen zijn nu van een antwoord voorzien, waarvoor dank. Als bijlage was de eindevaluatie van de no-claimteruggaveregeling bijgevoegd, op zichzelf natuurlijk een interessant stuk.

Dat de no-claimregeling wordt ingetrokken, vindt brede steun. Ook in het verkiezingsprogramma waarop mijn fractie hier aanwezig is, staat die doelstelling. Dat deel van het voorliggende wetsvoorstel vormt nauwelijks een probleem. De vraag is wel wat ervoor in de plaats komt. Laten wij een regeling zoeken die de zorgconsumptie afremt, voor zover die consumptie vermijdbaar is, zo redeneert men. Dan stuit je op de meerjarige onvermijdbare zorgkosten, die doorgaans ver uitgaan boven het gekozen bedrag van € 150.

De vraag die dit debat beheerst, is wat dat nu precies betekent. Als er een remmende werking is door dat eigen risico, moeten wij ook zorgen dat deze er gedurende het hele jaar is. Die remmende werking kan snel weg zijn, als er vroeg in het jaar hoge kosten worden gemaakt, bijvoorbeeld door een ziekenhuisbezoek. Dat is de achtergrond van mijn amendement op stuk nr. 17 om de kanbepaling in een zalbepaling te veranderen, met een percentage van de gemaakte kosten, tot een plafond van € 150.

In eerste termijn werd mij tegengeworpen of ik wel voldoende had nagedacht over diverse vormen van beprijzing van bepaalde zorgvormen, zoals dbc's. Dat heb ik op mij laten inwerken, zoals ik in eerste termijn bij interruptie toezegde. Daarom heb ik het amendement gewijzigd en via een tussenstop bij stuk nr. 20 is het stuk nr. 27 geworden. Het amendement is intussen medeondertekend door de collega's Omtzigt, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Van der Veen. Ik hoop uiteraard op een positieve bejegening van een en ander, waarbij ik niet uitsluit dat er nog even gekeken moet worden naar de technische aspecten, zoals de decimalen achter de komma, maar ook ik ging gebukt onder het haastkarakter.

Er zijn diverse eigenbijdrageregelingen in de Zorgverzekeringswet. Het overzicht daarover krijgen wij volgend voorjaar. Er zijn cumulatieve effecten. Daar komt deze eigenrisicoregeling nog naast te liggen. Dat was voor mij de aanleiding om voor een eenduidige vormgeving te kiezen. Zouden wij dat niet in één regeling moeten zien onder te brengen? Dat kan misschien niet nu binnen een paar weken, maar ik pleit ervoor om daar de komende tijd voor te benutten. De minister gaat hier in de schriftelijke beantwoording op in en heeft allerlei redenen om dat af te wijzen. Ik heb mij afgevraagd wat daarachter zit. Toch geen budgettaire achtergrond of zo? Waarom niet de doelstelling van vereenvoudiging, het inzichtelijk maken voor patiënten en cliënten, voor de gebruikers, de consumenten in de zorg? Ik ben overigens niet erg gecharmeerd van die

laatste technische term. Kortom: transparantie. Ik doe toch nog maar eens een verzoek om niet uit te sluiten dat wij daar in de komende tijd nog eens kritisch naar kijken.

Ik kom bij het laatste punt. Dat is toch het hete hangijzer in de behandeling van dit wetsvoorstel, namelijk de omschrijving of afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten. Dat is inderdaad al jaren een probleem. Daar komen wij gewoon niet goed uit. De minister zal ervoor zorgen dat er in 2008 een definiëring en een verfijning komen. Die zullen dan in 2009 worden ingevoerd. Ik dank de minister voor de toezegging om daarin allerlei suggesties die ook door mij in eerste termijn zijn gedaan, mee te nemen. Naast de farmaceutische kostengroepen zal bijvoorbeeld worden gekeken naar degenen die meer jaren hoge ziektekosten hebben.

Het is eigenlijk ook een breder debat. Er is de BU-regeling, de aftrekregeling van de buitengewone uitgaven. Er is sprake van een fors onbedoeld gebruik. Het is inderdaad niet gemakkelijk te verklaren dat zo veel miljoen Nederlanders in die regeling terecht kunnen. Ik houd onbedoeld gebruik inderdaad voor mogelijk, maar het bedoelde gebruik blijft nu juist achter. Kortom, daar zit iets niet goed.

Staatssecretaris De Jager heeft dat gisteren tijdens de algemene financiële beschouwingen ook aan de orde gesteld. Hij heeft gisteravond een brief toegezegd die er inderdaad vandaag was. In die brief stelt hij klip en klaar dat hij per 1 november aanstaande met de contouren van de nieuwe regeling komt. Dat is al over een paar weken. Die regeling heeft een volume van 700 mln. à 800 mln.

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland erkent de noodzaak van een meer gerichte regeling. De hamvraag is: maar wat doen wij met de effecten totdat die nieuwe regeling er is? Die vraag houdt ook mijn fractie nog steeds bezig. Wij nemen aan dat wij bij de benadering van de farmaceutische kostengroepen en nog eens een kleinigheid nog wat af zitten van het optimum. Dat heeft de minister ook erkend. Dan is het in ieder geval zo dat wij via het door mij meeondertekende amendement van collega Omtzigt over degenen die langdurig in een AWBZ-instelling zitten en de eveneens door mij meeondertekende motie van mevrouw Wiegman over de hulpmiddelen dichter bij dat optimum zijn terechtgekomen. Wie weet wat ons de motie van de heer Van der Veen nog oplevert per 1 april volgend jaar.

Ik laat de effecten van dit complex op mij inwerken om de uiteindelijke afweging te maken. Sommige collega's hebben al aangegeven dat zij sowieso tegen dit wetsvoorstel stemmen. Dat zegt mijn fractie dus niet. Maar ik wil dit punt van zorg nog wel even uitdrukkelijk aanreiken, in de hoop dat de minister daar nog concreet en zo inhoudelijk mogelijk op kan ingaan.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. De fractie van D66 wil een faire regeling, een regeling die mensen ook bewust maakt van de kosten van medische zorg, want ons gezamenlijk gebruik ervan stijgt al jaren explosief. In mijn eerste termijn heb ik hierover cijfers genoemd, maar ik heb de minister ook een paar vragen gesteld. Omdat er geen bruikbare definitie zou zijn voor chronisch zieken en gehandicapten wordt de term "verzekerde met meerjarige onvermijdbare zorgkosten" gebruikt. Ook al

Koşer Kaya

zijn er enkele aanvullingen op aangebracht, voor mij blijft het nog steeds vaag. Ik wil dat de minister de groep beter afbakent en in beeld brengt. Daarom heb ik de motie van de heer Van der Veen medeondertekend. Er is overigens sprake van een klein misverstand. Voor mij ging het om 1 januari 2008 en niet om 1 april 2008. Daarover gaan wij nog even met elkaar bakkeleien.

Nogmaals, ik heb gesproken over hartstochtelijk en solidair zijn met de chronisch zieken en gehandicapten. Dat is nu noodzakelijk, maar ook in de toekomst. Maar wij moeten ook solidair zijn met de mensen die nu en in de toekomst de zorgkosten moeten betalen. Daarom is een vorm van eigen betaling in onze ogen terecht. Alleen, het eigen risico voor deze groep wordt deels gecompenseerd. Ik ben bang dat daarmee de bureaucratie enorm zal toenemen. Tegelijkertijd kan ik niet helemaal overzien of het effect van dit systeem zoveel beter is. Ik vraag de minister dan ook om de effecten steeds te monitoren en uiteindelijk met een evaluatie ervan te komen, want het is van belang dat wij de kosten betaalbaar houden en dat wij het systeem solidair houden. Vandaar dat het van belang is dat wij ook effect sorteren. De minister heeft mij er nog niet van overtuigd dat dit het geval zal zijn met dit systeem.

Ik wacht nogmaals de antwoorden van de minister af. Ik zal in mijn fractie bespreken hoe wij met dit voorstel zullen omgaan, mede afhankelijk van de antwoorden die ik straks van de minister in laatste termijn krijg.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik werd getriggerd door wat mevrouw Koşer Kaya vertelde over de motie van de heer Van der Veen. Ik vond het heel bijzonder. Normaal let ik er niet zo op als iemand nog iets in een motie verandert, want ik verschrijf mij ook wel eens, ik heb ook wel eens moeite met d's en t's en herschrijf ook wel eens, maar de datum veranderen van 1 januari in 1 april vind ik wel heel frappant. Zij heeft dus een motie medeondertekend, ervan uitgaande dat er stond 1 januari, terwijl die datum later is veranderd in 1 april. Dat vind ik heel vreemd.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Mevrouw Kant, ook in de Kamer kunnen door collega's soms fouten worden gemaakt. Daarover zullen wij het straks hebben. Wat mij betreft, is het 1 januari 2008.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zeg het niet zomaar. Ik heb eerder een motie ingediend, waarin geen datum staat, maar wel "op korte termijn". Mevrouw Koşer Kaya kan beter die motie van mij steunen, want daaruit is duidelijk dat het voor 1 januari moet.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dan had mevrouw Kant haar motie aan mij moeten voorleggen, voorzitter. Ik heb in mijn eerste termijn hiervan een enorm punt gemaakt. Ik blijf er een punt van maken. De heer Van der Veen gaf aan dat hij ook een dergelijke motie zou indienen. Ik ben de kwaadste niet om te kijken of de motie correct is geformuleerd. Daarover ga je vervolgens met elkaar in gesprek. Kennelijk is er één punt niet helemaal in orde. Daarover gaan wij het hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik merk aan het adres van mevrouw Kant op dat niet alleen 1 januari in 1 april is veranderd, maar ook 2009 in 2008.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Inderdaad, het was eerst 2009. Dat wilde ik al helemaal niet.

De **voorzitter**: Dit soort discussies voeren wij hier niet.

De vergadering wordt van 23.00 uur tot 23.15 uur geschorst.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Allereerst wil ik mijn dank uitspreken voor de complimenten aan het adres van mijn ambtenaren. In die ene nacht en ochtend is er inderdaad keihard gewerkt om zoveel mogelijk vragen schriftelijk te beantwoorden.

Voordat ik op de afzonderlijke vragen inga, wil ik nog een keer het doel van deze operatie schetsen. Het belangrijkste doel is het ondervangen van de onrechtvaardigheid in het no-claimsysteem van de te grote verschillen tussen degenen die gemiddelde kosten maken en chronisch zieken en gehandicapten die onvermijdbare langjarige kosten maken. Dat verschil kon oplopen tot € 255. Bij de gemiddeld gezonde Nederlander liep dat verschil op tot € 91 per jaar. Wij hebben dat verschil willen terugbrengen via deze vorm van eigen risico. Dat betreft dan de gemiddelde gezonde Nederlanders. Dat zijn wij eigenlijk allemaal, want het ene jaar kunnen wij geen kosten maken, terwijl het andere jaar ons eigen risico kan vollopen. Per saldo komt bijna iedereen aan de gemiddelde eigen betaling. Mensen met onvermijdbare langjarige zorgkosten zullen wat ons betreft nooit boven dat niveau uitkomen. Er is nu geen onderscheid meer. Voor gezonde mensen van wie het eigen risico niet volloopt, is het verschil teruggebracht van € 255 naar € 103 op jaarbasis.

De doelstellingen van het wetsvoorstel willen wij bereiken via twee vormen van compensatie. In de eerste plaats brengen wij de premiekosten terug met € 103. Dat geldt voor alle chronisch zieken en gehandicapten. Voor zover het gemiddelde eigen risico wordt volgemaakt, is dat dezelfde € 103, maar dat geld zit inmiddels in de portemonnee. In de tweede plaats is er het restant van het maximale bedrag van € 150 minus het bedrag van € 103 dat via de zorgpremie wordt teruggegeven. Het debat gaat nu voornamelijk over de vraag hoe je die groep afbakent als het gaat om het teruggeven van het bedrag van € 47. Wij hebben in eerste aanzet gekozen voor de farmaceutische kostengroep als indicator van het feit dat mensen chronische ziekten hebben. Naar onze overtuiging bakenen wij op deze manier voor een groot deel de groep van chronisch zieken en gehandicapten af.

Mevrouw **Kant** (SP): Hebt u enig inzicht in de groep mensen die profiteert van de teruggave?

Minister **Klink**: Er is al een paar keer gezegd dat er geen duidelijk afgebakende groep van chronisch zieken en gehandicapten is. Als dat wel zo was, kon ik precies zeggen hoe groot de dekkingsgraad zou zijn met de fkg-variant. Wij hebben natuurlijk wel vermoedens. De indruk bestaat dat er een grote mate van dekking is voor degenen die onvermijdbare en langjarige zorgkosten hebben. Er wordt door Nivel onderzoek gedaan naar de omvang van de groep chronisch zieken en gehandicapten; bij benadering is die 1,6 miljoen. Dat neemt niet weg dat wij weten dat er ook andere indicatoren zijn voor

Klink

chronisch zieken en gehandicapten. Verschillenden van u hebben erop gewezen dat hulpmiddelen een indicator vormen, evenals mensen in een AWBZ-instelling, hoge zorgkosten en de dkg's. Die laatste zijn voor ons ook belangrijk. Nu pas hebben we de gegevens over 2005. Daarin is opgenomen het onderscheid tussen mensen in het ziekenfonds en particulier verzekerden, maar de gegevens zijn niet precies genoeg, dus wij weten niet welke groepen moeten worden meegenomen. Wij zijn er wel van overtuigd dat wij die gegevens in 2008 scherp kunnen krijgen, al was het maar vanwege het extra jaar. Dan zullen dkg's worden toegevoegd aan de fkg's. Ik kom zo meteen op de voorstellen van onder andere de CDA-fractie en de fractie van de ChristenUnie.

Mevrouw **Kant** (SP): Nu al zo in detail was mijn bedoeling niet, dat komt allemaal nog. Maar gezien de ingewikkeldheid en de onzekerheid rond de groep die je wilt pakken om te compenseren – en dat ligt alle fracties aan het hart – en het feit dat er altijd mensen buiten de boot zullen vallen, kun je je afvragen of je zoiets, waarmee je zieke mensen echt pakt, wel zou moeten willen.

Minister **Klink**: Ja, dat moet je wel willen. Als je constateert dat het verschil nu € 255 is met gezonde Nederlanders en wij dit terugbrengen naar € 100, en als je signaleert dat wij dit naar € 0 terugbrengen voor de mensen die gemiddelde zorgkosten maken, waarom zouden wij voor die 1,6 miljoen mensen die stap dan niet zetten en het voor 2008 zo verbeteren dat het dekkend is? Dit is de eerste keer dat een kabinet serieus werk maakt van het afbakenen van de groep chronisch zieken en gehandicapten, van mensen met meerjarige, langdurige en onvermijdelijke zorgkosten. De heer Vendrik wees er terecht op dat wij dat hard nodig hebben. Je ziet dat het anders gewoon niet werkt, ook bij het stelsel van de buitengewone uitgaven. Wij zijn daar nu dus hard mee bezig. En de eerste resultaten voor die 1,6 miljoen mensen zijn er. Die 1,6 miljoen mensen, voor wie we stevig de portemonnee trekken, want het betekent wel dat ze moeten gecompenseerd, wil ik niet verstoppen laten zijn van dit voordeel.

Mijn tweede kanttekening is de volgende. Alle mensen die u noemt, die gehele groep chronisch zieken en gehandicapten, worden wel gecompenseerd door die € 103 waarmee de premie naar beneden gaat. De hele discussie over de afbakening gaat dus over het restant van € 47. Mochten er groepen buiten die definitie vallen, dan hecht ik er nog aan om te zeggen dat het verschil is teruggebracht van € 255 naar € 150; er is dan nog een verschil van € 100 in vergelijking met de no-claim. Ik vind die definitiekwestie buitengewoon relevant, maar ze gaat over die € 47 en niet meer.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is helemaal niet de discussie die ik wilde voeren. Er is hier gewoon sprake van een blinde vlek. De minister verdedigt met verve waarom het eigen risico beter is dan de no-claim, maar dat is niet de discussie die ik met hem aan wil. De discussie die ik wel met hem aanwil, is dat hij iets aan het repareren is wat een no-claim veroorzaakt, namelijk het pakken van chronisch zieken en mensen die de pech hebben om eenmalig ziek te worden. Waarom moet dit überhaupt? Een andere optie is: als de no-claim verkeerd uitpakt, dan doen we die gewoon niet meer en dan komt er ook geen

eigen risico; het probleem dat je de verkeerde mensen treft, heb je dan gewoon niet.

Minister **Klink**: Als we geen eigen risico hadden ingevoerd, waren de zorgkosten voor de chronisch zieken en gehandicapten even hoog geweest als onder dit stelsel. Dat is voor mij maatgevend geweest: ze mogen ten eerste niet meer gaan betalen dan de gemiddelde Nederlander, en dat is met dit stelsel gelukt; ten tweede mogen ze ook niet meer gaan betalen dan in een stelsel waarin geen eigen risico geïntroduceerd zou zijn, en dat is ook gelukt. Ik heb de cijfers gegeven. De premie van € 1200 zou dan hebben gegolden. Nu geldt, met eigen risico en de premie zoals we die kennen, eigenlijk hetzelfde getal. Ik wil dit niet precies op een enkele euro knippen, maar dit is er aan de hand en dit was voor mij maatgevend bij de introductie. In antwoord op vragen van de heren Vendrik en Van der Veen wil ik in algemene zin ingaan op de spanning tussen herverzekeren aan de ene kant – mevrouw Schippers had het over het ondermijnen van het wetsvoorstel doordat de PvdA-fractie de herverzekering als het ware introduceerde – en het doel dat wij met het eigen risico hebben.

Ik heb nog een algemeen punt daaraan voorafgaand. Ik zei zo-even dat dit wetsvoorstel als doel heeft, de inkomensverschillen terug te brengen en de koopkracht te verbeteren van chronisch zieken en gehandicapten. Daar slagen wij dus in. Ten tweede willen wij met het eigen risico mogelijkheden creëren, althans de wettelijke basis creëren voor AMvB's waarin wij zorgkosten gaan benoemen per zorgvorm en waarin wij tegelijkertijd preventie mogelijk maken in die zin dat je dan gevrijwaard blijft van een eigen bijdrage, alsmede keuzeondersteuning van de kant van de verzekeraar. Daar heeft de heer Van der Veen met name aandacht voor gevraagd. Die mogelijkheden creëren wij ook met het eigen risico.

Dus meer sturing op het gebied van preventie, een betere werking van de eigen betalingen – dit is ook bepleit door de heer Van der Vlies, namelijk dat men die € 150 niet in een keer volop betaalt, maar dat het per zorgvorm gepreciseerd wordt en ingedamd, om het zo maar even te zeggen – en de keuzeondersteuning. Ook voor die dingen wilden wij met dit wetsvoorstel een wettelijke basis genereren.

Er zit echter wel spanning met de herverzekering, dat signaleer ik met mevrouw Schippers. Immers, op het moment dat je het eigen risico gaat herverzekeren, worden de sturingsmogelijkheden navenant minder. Dat hebben wij ons gerealiseerd en ik heb ook in de brief aangegeven dat herverzekeren gewoon kan. Dat is wettelijk niet uitgesloten, maar je zou kunnen veronderstellen dat dit de prikkel wegneemt. Tegelijkertijd...

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

Minister **Klink**: Nee, ik kom even op dat spanningsveld terug. Ik haal dit ook niet voor niets aan. Ik wil de spanning er ook even in brengen, in dit betoog. Ik wil immers het dilemma schetsen waar wij het over hebben hier. Ik neem aan dat dit mag, mevrouw de voorzitter.

De **voorzitter**: U mag het dilemma schetsen, maar u mag niet doen alsof u in debat bent met de heer Vendrik, terwijl de heer Vendrik het woord nog niet heeft.

Klink

Minister **Klink**: Ik zal proberen dat te vermijden. Laat ik het spanningsveld aan de andere kant beginnen. De heer Vendrik en mevrouw Kant hebben gelijk op het punt van het liquiditeitsprobleem dat bij bepaalde mensen speelt. Daar maken de sociale diensten in de gemeenten zich ook zorgen over. Inderdaad kan dat via herverzekering ondervangen worden. Ik ben daar niet op voorhand op tegen, simpelweg vanwege de liquiditeitsproblemen die zich kunnen voordoen. Ik denk echter wel, en dat heb ik ook in de brief aangegeven, dat ondertussen de premie best hoog zal zijn. Mensen die zich herverzekeren, denken in de regel zelf dat daar behoorlijke kosten uit zullen voortvloeien. Ten tweede moeten er ook nog de administratieve kosten van de verzekeraar bijgevoegd worden. Die kosten moet de verzekeraar gaan dekken. Ik denk dus – en ook dat gaf ik in de brief aan – dat het bedrag waarmee je je herverzekert al heel snel naar die € 150 zal tenderen. Het zal er misschien iets onder liggen. Ik las vandaag een indicatie vanuit Amsterdam van € 120 à € 130. Ik denk dus niet dat mensen massaal voor herverzekering zullen kiezen, als zij inschatten dat zij er nog wel eens onder zouden kunnen blijven. De massaliteit zal tegenvallen, behalve wanneer de collectiviteit of patiëntenverenigingen en gemeenten herverzekering gaan regelen voor de bij hen aangesloten mensen. Ik denk dat het bereik zal meevallen. Voor zover er wel bereik zal zijn, is dat toegespitst op mensen die liquiditeitsproblemen hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als ik het goed begrijp, zegt u: ik heb er geen problemen mee, maar geeft u een soort verzekeringstechnische waarschuwing over de premiehoogte.

Minister **Klink**: Ja, zo kunt u het interpreteren. Boven-dien is de toekomst altijd onvoorspelbaar. Als ik nu maatregelen neem op basis van wat zich wellicht in de toekomst gaat afspelen, omdat er wellicht massaal gebruik gemaakt gaat worden van herverzekeren, dan ben ik met twee dingen bezig: de toekomst te voorspellen en de toekomst dicht te timmeren met regels. Dat ben ik niet van plan. U vroeg om een monitor en die monitor gaan wij maken. Mocht er van de herverzekering anders dan ik nu inschat, buitengewoon massaal gebruik worden gemaakt, zodanig dat het eigen risico geen enkele werking meer heeft en alle prikkels die wij willen inbrengen, niet meer werken, dan zien wij wel weer wat wij doen. Maar ik denk niet dat dit zich zal voltrekken en ik ben ook niet van plan om nu al maatregelen te nemen voor een eventualiteit die zich naar mijn verwachting niet zal voordoen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nog even ter toelichting. Ik heb uitdrukkelijk aangegeven dat de herverzekering met name voor 2008 van toepassing is, omdat wij nog geen spreiding van het risico over de verschillende zorgvormen kennen en je nu in een keer die € 150 moet betalen in bepaalde situaties. In die zin bestaat er dus wel verschil tussen 2008 en 2009. Dat zal zich ook vertalen in hoe de markt in 2009 gaat reageren. Dat is het charmante van deze Zorgverzekeringswet.

Minister **Klink**: Daarin hebt u gelijk. In mijn brief heb ik al toegelicht dat je niet moet uitsluiten dat de sociale diensten eerder tot een vorm van gespreide betaling zullen overgaan. Ik acht dat waarschijnlijk. De herverzeke-

ring binnen de sociale diensten lijkt daar vrij sterk op. Een vorm van gespreide betaling komt tegemoet aan de liquiditeitsproblemen die zich wellicht zullen voordoen. Het is een gemeentelijke aangelegenheid om deze in kaart te brengen en er eventueel voorzieningen voor te treffen. In die zin ben ik dus niet zo geweldig bang voor de herverzekeringseffecten die zich zouden kunnen gaan voordoen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Mag ik de woorden van de minister over dit laatste punt ook zo opvatten dat als gemeenten c.q. sociale diensten dat willen regelen, hij er zijnerzijds het maximale aan zal bijdragen? Zal hij ervoor zorg dragen dat gespreide betaling ook echt mogelijk wordt en wordt gerealiseerd voor de mensen voor wie dat nodig is?

Minister **Klink**: De gemeenten kunnen dat zelf doen. Zij zouden zelfs een regeling kunnen treffen waarbij je niet verzekert. De premie zal ongeveer € 120 tot € 130 bedragen en het eigen risico bedraagt € 150. Op het moment dat je dit voorschiet voor degenen voor wie je een collectieve verzekering heeft afgesloten met een soort betalingsregeling voor degenen die bij de collectiviteit zijn aangesloten, introduceer je als gemeente bijna een soort no-claim. Dat kan ook. Je moet dan natuurlijk afspraken maken met degenen die verzekeren met het oog op het ondervangen van mogelijke liquiditeitsproblemen. Het is aan gemeenten om dit te realiseren. Ik weet niet of het een hoge vlucht zal nemen. Het zou aan liquiditeitsproblemen tegemoet komen. Ik verwacht niet dat het een dermate hoge vlucht zal nemen dat de effecten die wij van het eigen risico verwachten erdoor in het gedrang zouden komen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik vroeg dit in mijn tweede termijn aan de minister omdat ik veronderstel dat het een aangelegenheid voor hem is dat de mensen met de smalste beurs niet in de problemen komen en dat de problemen die al bestaan door onverzekerde en te late premiebetalingen niet nog groter worden door de invoering van dit eigen risico. Die problemen zijn allemaal bekend. Ik neem aan dat ook de minister zich er sterk voor zal maken dat gemeenten het goede zullen doen om deze problemen niet nog groter te maken.

Minister **Klink**: Ik kan mij voorstellen dat de gemeenten zich inspannen om te vermijden dat mensen onverzekerde zijn. Dat hebben zij in het verleden al gedaan ten aanzien van mensen die via de sociale dienst hun inkomen moeten verkrijgen. Dat de gemeenten zich in het verlengde daarvan zorgen maken over liquiditeitsproblemen die zich wellicht kunnen voordoen vanwege het eigen risico vind ik prima. In zekere zin juich ik het zelfs toe. Daar zijn zij ook voor. Ik kan mij althans voorstellen dat zij er, vanuit hun sociale bewogenheid, een nadere invulling aan geven. Van mijn kant zal ik er natuurlijk ook wel weer nauwlettend op toezien in hoeverre het eigen risico en hetgeen wij ermee beogen niet gaat wegllopen in de spanningsverhouding die ik zo-even heb geschetst. Dat neemt niet weg dat ik de liquiditeitsproblemen best serieus neem. Dat doen de gemeenten gelukkig ook. Ik heb al duidelijk gemaakt dat herverzekeren duur zal zijn. Ik verwacht daarom dat men uit zal komen op andere oplossingen, zoals een betalingsregeling.

Klink

De heer Vendrik heeft gevraagd in hoeverre de herverzekeringspremies aftrekbaar zullen zijn via de buitengewone-uitgavenregeling. Dat komt binnenkort aan de orde in het kader van de bespreking van het Belastingplan 2008. Ik acht het ongewenst dat premies aftrekbaar zouden zijn als buitengewone uitgaven. Het zou voor hooguit een jaar het geval zijn. In 2009 zal de buitengewone-uitgavenregeling worden afgeschaft. In die zin is het probleem, voor zover het zich al voordoet, beperkt. Ik wil verkennen in hoeverre het mogelijk is om dit uit te sluiten van aftrekbaarheid van de belastingen. De staatssecretaris van Financiën zal de Kamer over de uitkomsten van die verkenningen informeren wanneer het Belastingplan aan de orde is.

Mevrouw Kant kwam nog eens terug op het verleden. Zij zei "alleen een malloot" en dergelijke. Wellicht heb ik het woord "malloot" in mijn eerste termijn gebruikt, maar niet in de zin dat het mallootig is om een dergelijk voorstel in te dienen. Ik heb de doelstellingen al geschetst. Het heeft vooral te maken met de koopkrachteffecten van mensen die langdurige zorgkosten hebben. Daarnaast leggen wij hiermee een wettelijke basis voor sturingsinstrumenten rondom preventie en zorgvormen waarmee wij een remeffect willen doen uitgaan op de sturing van de kant van de verzekeraar. Dit zijn belangrijke doelstellingen van dit wetsvoorstel. Mevrouw Kant verwijst naar het verleden en vraagt of het specialistengeeltje en de medicijnenknaak voldoende hebben gewerkt. Ik heb er vorige week al op gewezen dat het met name politieke motieven waren die geleid hebben tot de afschaffing. Vaak wordt gesuggereerd dat de kosten voor uitvoering en bureaucratie hoger waren dan de winst die werd behaald door gedragseffecten. Dat is echter niet aan de orde; het waren politieke motieven die hebben geleid tot het afschaffen ervan. De toekomst zal leren in hoeverre politieke partijen ook nu weer aan het eigen risico gaan sleutelen. Er is in het verleden niet afgeschaft op grond van het feit dat deze vorm van eigen betalingen per se niet werkte. Ik wijs er bovendien op dat de tweede evaluatie van de no-claim wel degelijk uitwijst dat er effecten zijn. Het gaat dan om gedragseffecten ter waarde van ongeveer 200 mln. Ook het CPB heeft dit effect voorgerekend. Uit deze evaluatie blijkt verder niet dat mensen op grond van de no-claim en dus de eigen betalingen uiteindelijk zorg mijden als er echt zorg nodig is.

Mevrouw **Kant** (SP): Het hangt er maar vanaf hoe je het rapport over dit onderzoek leest. Zo nauwkeurig is dit allemaal niet onderzocht. Bij de evaluatie heeft men huisartsen in een enquête bevraagd. Een kwart van hen is van mening dat de no-claim leidt tot uitstel of afstel van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt zou moeten worden ingeroepen. Dat vind ik nogal verontrustend. De minister kan dus niet zomaar stellen dat mensen de zorg niet mijden. Uit de andere evaluaties blijkt bovendien dat de opbrengsten van de eigen betalingen altijd tegenvielen. In alle evaluaties is bovendien sprake van verontrusting over de effecten die de eigen betaling heeft op mensen met lage inkomens en de drempel in de zorg voor deze mensen. Dit kan de minister niet zomaar even wegzuiven.

Minister **Klink**: Ik constateer in de eerste plaats dat de besparing van 200 mln. gerealiseerd zal worden. Ook het CPB zegt dit opnieuw. Ik constateer dat uit de eerste en

zeker ook uit de tweede evaluatie blijkt dat er wel degelijk gedragseffecten zijn. Deze tekenen zich met name af bij de medicijnen en bij de hulpmiddelen. Vorige week heb ik al gezegd dat ik verwacht dat er ook effect zal zijn op wat de heer Omtzigt al veronderstelde, namelijk dat mensen naar de huisarts gaan in plaats van naar de spoedeisende hulp. Dit vloeit voort uit het feit dat wij no-claim omzetten in eigen risico waardoor de prikkel iets krachtiger doorwerkt. Wij zullen dit monitoren en moeten het afwachten. Het doel is met name de koopkracht. Alles daaromheen parkeren wij. Ik heb het dan over de ingeschatte gedragseffecten van 200 mln., over de vraag welke zorgvormen uitgesloten moeten worden en over de vraag of de huisarts erbij moet. Daarover gaat het in dit geval niet. Het gaat om niet meer dan de koopkracht en de wettelijke grondslag voor zorgsturing. Hieruit vloeien wel allerlei vragen voort over afbakening en over de € 47. Daarover zullen wij het met elkaar hebben. De essentie zijn echter de koopkracht en de wettelijke basis voor zorgsturing rondom preventie en keuzeondersteuning voor de verzekeraar.

Mevrouw **Kant** (SP): Daarmee zijn wij weer terug bij de doelstelling. Daarover hadden wij zojuist al een debatje. Ik vroeg echter wat u vindt van de stelling van een kwart van de huisartsen over de zorgmijding. Ik zou er niet zo gemakkelijk overheen stappen als huisartsen daarvoor waarschuwen.

Minister **Klink**: Ik zeg u nogmaals dat de monitoringen van de no-claim er op wijzen dat het met name jongeren zijn die zich door de no-claim laten beïnvloeden. Het gaat daarbij bepaald niet om mensen die zwaar zorgbehoevend zijn. Uit de monitoring blijkt niet dat mensen zorg mijden. Verder geldt ook hierbij dat het effect zich met name aftekent bij de medicijnen en de hulpmiddelen. Ik hoop dus dat er straks ook een effect is bij de spoedeisende hulp.

Mevrouw **Kant** (SP): Over de medicijnen wordt uitdrukkelijk gezegd dat er geen directe relatie gelegd kan worden met de no-claim omdat het preferentiebeleid inmiddels ook meespeelt. Van de huisartsen is 24% van mening dat de no-claim leidt tot uitstel of afstel van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt zou moeten worden ingeroepen. Ik wil daarop een inhoudelijke reactie van de minister. Kletst dit kwart van de huisartsen uit de nek?

Minister **Klink**: Ik zeg alleen maar dat in de conclusies en evaluatie die ik zie, het bij de medicijnen en hulpmiddelen vandaan komt. Ik heb ook gewezen op het gedragseffect van 200 mln. Ik zou voorts terugkomen op de studie uit 2001 die mevrouw Kant aanhaalde. Dat was een studie door de Rand Corporation, waarin die vraag ook aan de orde was. Mevrouw Kant heeft daar de vorige week terecht naar gevraagd en vraagt ook terecht in tweede termijn wat de resultaten waren. Zij citeerde vorige week uit het rapport dat het verminderde gebruik van zorg als gevolg van de eigen betaling in het algemeen geen nadelige gezondheidseffecten heeft. Dat stelde de Rand Corporation. Toen zei zij dat voor mensen uit de laagste sociaaleconomische groep met een slechte gezondheid deze conclusie in zijn algemeenheid in mindere mate leek te gelden. De vorige week zei zij dat die conclusie in mindere mate gold en nu staat er dat zij in mindere mate lijkt te gelden, maar dat zijn peanuts.

Klink

Wie daar over valt is een tobber. Desalniettemin heeft de Rand Corporation in de studie een eigenbijdrageregeling van maximaal duizend dollar meegenomen en dus niet de € 150 waar wij nu over spreken. Gegeven die enorme som kwam men tot de conclusie dat het wel eens zo zou kunnen lijken. Wij spreken dan over het achtvoudige van wat wij nu introduceren, namelijk € 150. Dezelfde publicatie gaat ook over landen in Europa waar de eigen bijdrage fors hoger ligt dan in Nederland, maar het rapport zegt dat daar niet is gebleken dat de gezondheidszorg slechter toegankelijk is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, een punt van orde. Het zal best tien voor twaalf zijn. U kunt best een moeilijk gezicht trekken, maar mevrouw Kant maakte een cruciale interruptie. Het zal best tien voor twaalf zijn, maar ik vind dat wij de wetswijziging zorgvuldig moeten afronden.

De **voorzitter**: Die oproep is helemaal terecht, maar u moet het Reglement van orde maar eens nalezen. Daarin staat dat men in een debat zichzelf niet moet herhalen. Dat is nu ten opzichte van de eerste termijn een aantal keren aan de orde. Een collega van u vroeg mij net of hier geen sprake van herhaling is. Er is een wisselend beeld van het debat. Het moet zorgvuldig, maar het kan ook kort en bondig. Dat is de regel die de Kamer zelf voor interrupties heeft vastgesteld. Verder ga ik hierover niet met u in discussie. U kunt de minister interromperen en anders moet u uw plaats weer innemen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik dacht dat u er als voorzitter op zou toezien dat de minister antwoordt.

De **voorzitter**: Ja, en dat heeft hij ook uitvoerig gedaan. Als u een nieuwe vraag hebt, kunt u die stellen.

Minister **Klink**: Een vraag die mij ook intrigeert en die ik serieus neem is de vraag van mevrouw Kant of de huisarts niet zou kunnen bepalen wie chronisch ziek of gehandicapt is. Ik wijs dat uiteindelijk toch af, want het betekent voor de huisarts een hoge uitvoeringsbelasting, met veel administratieve lasten. Hij moet gaan bepalen wie er chronisch ziek is of gehandicapt is. Die komt dan voor de compensatie van € 150 of eigenlijk € 47 in aanmerking. De indicaties van de huisartsen moeten vervolgens via de zorgverzekeraars worden omgezet in geautomatiseerde bestanden. Op basis van die bestanden zal compensatie moeten plaatsvinden. Het invoeren van indicaties door huisartsen en het opzetten van bestanden is in ieder geval niet in 2008 uit te voeren. Dat is een uitvoeringstechnische reden, maar meer principieel is dat ik eigenlijk niet wil dat de huisarts in het spreekuur wordt belast met het verzoek om te beslissen of iemand voor compensatie in aanmerking komt of niet. Ik vind dat dit niet in het verlengde van zijn functie ligt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind dat bijzonder jammer, want het getuigt niet van veel vertrouwen in de huisarts. Daarnaast zou het een stuk eenvoudiger zijn. Waarom kan het hier niet, terwijl het bij het chronisch gebruik van zelfzorgmiddelen, eigenlijk eenzelfde soort vraag voor de huisarts, wel kan? Daar zegt de minister ook niet dat het niet de taak van de huisarts is. Als hij de parallel doortrekt van de zelfzorgmiddelen naar de algemene zorg, is het probleem heel eenvoudig opgelost. Het is één administratieve handeling. De huisarts kan de patiënt

gewoon aanmelden als chronisch ziek bij de zorgverzekeraar. Die administratie is er al.

Minister **Klink**: Ik heb mijn overweging zo-even gegeven. Ik vind dat het niet de taak van de huisarts is om te beslissen of iemand al dan niet voor compensatie in aanmerking komt. Op dit moment werken wij aan indicatoren die naar onze overtuiging toereikend zijn. Die moeten nog nader gepreciseerd worden, zoals ik al aangaf. In de memorie van toelichting heb ik al aangegeven dat de fkg's in die zin suboptimaal zijn dat zij nog uitgebreid zouden moeten worden met andere categorieën. Dat vind ik een betere weg dan de huisarts belasten met de vraag of iemand chronisch ziek of gehandicapt is en mitsdien voor compensatie in aanmerking komt.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is zo spijtig dat ik geen antwoord op mijn vraag krijg. Waarom kan het wel voor zelfzorgmiddelen? Wat is het verschil? Bij de zelfzorgmiddelen is er wel een taak voor de huisarts. Dat is ook een financiële zaak, namelijk of de patiënt wel of niet een vergoeding krijgt. Nu gaat het om een compensatie. In dit geval krijgt de huisarts geen taak, terwijl zo een heel groot probleem zou kunnen worden opgelost.

Minister **Klink**: Nee, ik denk dat de bestendigheid van de indicatoren die wij kiezen, beter is dan wanneer het via de huisarts gaat.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat hierbij ook om de objectiviteit van de huisarts. Om mevrouw Kant een voorbeeld te geven: als je je wilt laten keuren, dan kun je dat ook niet door je eigen huisarts laten doen.

De **voorzitter**: Mijnheer Van der Veen, het is de rol van de minister om te antwoorden.

Minister **Klink**: Hetzelfde probleem doet zich voor bij de lijsten die mevrouw Kant als uitgangspunt wil nemen. Ik zei het al, wij kiezen voor de route van de fkg's; die levert geautomatiseerde bestanden op die in onze beleving betrekkelijk nauwkeurig aangeven wie meerjarig onvermijdelijke zorgkosten hebben. En ik plaats hier nogmaals de kanttekening bij – ik kan het niet genoeg onderstrepen – dat wij dit systeem in 2008 nog verder moeten verbeteren.

In mijn inleiding heb ik eigenlijk al aangegeven waarom wij compensatie willen geven via fkg's en niet ook met dkg's. De diagnosekostengroepen worden in het vereveningsstelsel verwerkt omdat ze een indicatie geven van wie meerjarig onvermijdelijk zorgkosten maakt. Wij zullen die er in 2008 bij voegen, maar de bestanden zijn nu gewoon nog niet up-to-date. Dit middel is nog niet adequaat, ook al omdat de voormalige particulier verzekerden in 2005 nog niet eens betrokken zijn bij de dkg's, maar de Kamer kan van mij aannemen dat dit volgend jaar wel zal gebeuren.

Mevrouw Kant heeft ook nog gevraagd om cijfers over de situatie waarin wij zonder eigen risico en no-claim zouden werken. Ik heb al aangegeven dat voor ons bepalend was, in hoeverre chronisch zieken en gehandicapten erop achteruit zouden gaan in vergelijking met een situatie zonder eigen risico. Zij zouden dan precies evenveel zorgkosten moeten maken als in het huidige stelsel.

Klink

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter, het spijt me dat ik er nog een keer op moet terugkomen, maar mijn vraag was of wij cijfers kunnen krijgen voor de situatie waarin er geen sprake is van een eigen risico en een no-claimregeling. Ik snap wel dat de minister die situatie niet wenst, maar om een fatsoenlijke afweging te kunnen maken van de gevolgen voor de mensen wil ik die cijfers hebben. Om die cijfers had ik gevraagd.

Minister **Klink**: En die zijn ook gegeven; ik verwijs u naar pag. 12 van de schriftelijke antwoorden. Daar zijn ze netjes opgesomd. Zonder eigen risico zouden de zorgkosten – premie plus de gemiddelde eigen betaling – € 1012 bedragen. Dat bedrag geldt ook voor degenen die het eigen risico van € 150 volmaken; zij krijgen € 47 terug via het CAK en betalen € 1012. Hieruit blijkt wat van meet af aan onze intentie was: voorkomen dat chronisch zieken en gehandicapten een hogere premie zouden moeten betalen dan in een stelsel zonder eigen risico. Ik verwijs u dus graag naar pag. 12.

Mevrouw **Agema** (PVV): Behoren tot de groep van mensen die meerjarig onvermijdelijke zorgkosten maken, ook degenen die zorgkosten maken, de bonnetjes daarvan bewaren en uiteindelijk met een hoog bedrag op de propen komen?

Minister **Klink**: De heer Van der Vlies had hier in eerste termijn ook naar gevraagd, hij wilde weten of mensen met langdurig hoge zorgkosten niet ook bij deze groep betrokken zouden kunnen worden. Ik heb hem toen toegezegd dat wij volgend jaar zullen bekijken of dit een indicator kan zijn.

De heer Vendrik maakt een opmerking die ik me heel goed kan voorstellen. Je geeft mensen compensatie door de premie met € 103 te verlagen, plus € 457 via het CAK. Als je die mensen ook nog de zorgtoeslag op het niveau van de gemiddelde eigen betalingen plus de premie laat behouden, dan komt er nog € 103 bij, dus in totaal € 253. Dan zou men € 103 meer compensatie krijgen dan in een situatie zonder no-claim of eigen risico. Men zou dan € 103 meer compensatie krijgen dan in de situatie waarin wij geen no-claim of eigen risico hadden. Dat noem ik inderdaad overcompensatie. U kunt wel zeggen dat dat een mooi cadeautje is, nadat ze er jarenlang in de sfeer van de no-claim op achteruit zijn gegaan, maar mij gaat dat als cadeautje eerlijk gezegd te ver, want dat is oneerlijk en onbillijk, aangezien het daar niet om te doen was. Het ging om compenseren en niet om overcompenseren. Op het moment dat die overcompensatie op € 103 uitkomt, komt er 75 mln. aan extra zorgkosten op ons af, welk bedrag van andere dingen afgaat. Ik zou dat moeten opvangen binnen het BKZ, waartoe ik niet bereid ben. Wij hebben nu een buitengewoon eerlijk systeem, waarbij de afbakeningsvraag inderdaad nog steeds in de lucht hangt. Ik heb van meet af aan aangegeven dat het suboptimaal is, en dat gaan wij verbeteren, maar het gaat over € 47.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik staak het debat hierover. Ik vroeg de uitvoering van het regeerakkoord in beeld te brengen. Daarin wordt niet gesproken over compensatie of overcompensatie, het ging over de invoering van een eigen risico, waarvan de groep chronisch zieken en gehandicapten zou worden

uitgezonderd. Ik vind het een beetje dunnetjes om daar een eigen variant op te maken.

Minister **Klink**: U doet hier te badinerend over. Op het moment dat die overcompensatie plaatsvindt, zou dat 75 mln. kosten. De enige manier om de overcompensatie bij de lagere inkomensgroepen tegen te gaan, is door de zorgtoeslag eruit te halen. Maar dan blijft de € 103 overcompensatie bij degenen die meer inkomen hebben, bestaan. Het is ingewikkeld en ik snap dat deze redenering u niet uitkomt, want de techniek leidt er nu eenmaal toe dat het verhelpen van overcompensatie alleen maar ten koste van de lagere inkomensgroepen gaat. Het is ingewikkeld, maar de feiten zijn nu eenmaal de feiten. Even terug naar het regeerakkoord: de intentie was niet om dat via een bepaalde voorgeschreven techniek te realiseren, maar om het onbillijke onderscheid tussen degenen die onvermijdelijke zorgkosten hebben en degenen die gemiddelde zorgkosten hebben weg te halen. Dat hebben wij gedaan.

De heer Omtzigt vroeg of vóór 1 april een AMvB kan worden voorgehangen waarin wordt geregeld, welke delen van de dbc-kosten onder het verplichte eigen risico vallen. Ik neem aan dat hij doelt op de AMvB om een aantal dure zorgvormen, zoals ziekenhuiszorg, medisch-specialistische zorg of dure medicijnen aan te wijzen waarvan niet alle kosten meetellen voor het eigen risico. Het wetsvoorstel voorziet niet in een voorhang voor deze AMvB, maar ik zal met de Kamer in overleg treden over de zorgvormen die ik met deze AMvB zal gaan aanwijzen. Ik stel mij voor dit overleg te voeren in het voorjaar van 2008. Of dat precies 1 april zal zijn, of wellicht 1 mei, laat ik nog even in het midden. De toezegging is wel dat wij dat niet doen dan nadat wij daarover met deze Kamer hebben gesproken.

De heer Omtzigt vroeg of er een evaluatie van het nieuwe systeem zal komen. Het lijkt mij zinvol om, nadat wij in 2009 een verdere verfijning hebben aangebracht, in 2010 het nieuwe systeem te evalueren, met in elk geval dezelfde vragen als bij de evaluatie van de no-claim.

De heer Omtzigt vroeg waarom de Belastingdienst de rekeningnummers van de collectief verzekerden niet levert en of ik bereid ben in overleg te treden met de gemeenten en andere collectiviteiten om te regelen dat zij die rekeningnummers wel aanleveren. Het laatste zal ik zeker doen. Ik ben hiermee tegemoet gekomen aan wat hij vroeg, want de Belastingdienst kan het nu eenmaal simpelweg op dit moment niet doen. Maar het overleg met de verzekeraars en de gemeenten zal ik zeker realiseren, om te zien in hoeverre de verzekerden niet worden belast met de vraag wat hun rekeningnummer is, of daar zelf achterheen moeten.

De heer Omtzigt heeft een aantal vragen gesteld over verzekerden in het buitenland. Ik kom daar schriftelijk op terug. De vragen zal ik zeker meenemen in het Masterplan over de buitenlandverzekerden.

De heer Vendrik vraagt terecht naar de BU-regeling en hoe wij met chronisch zieken en gehandicapten willen omgaan. U hebt daar gisteren over gesproken met de staatssecretaris van Financiën. Vandaag hebt u van hem een brief gekregen. Daaruit blijkt dat er 700 mln. à 800 mln. gereserveerd is voor de chronisch zieken en gehandicapten. Het kabinet veronderstelt dat dit bedrag voldoende is. Het is ongeveer gelijk aan wat er nu uitgegeven wordt. Er zijn mensen die krachtens de

Klink

BU-regeling als chronisch ziek en gehandicapt aange-merkt worden, terwijl je daar een vraagteken bij kunt plaatsen. Aan de andere kant signaleren wij dat er niet optimaal gebruik wordt gemaakt van de buitengewone uitgaven, ook niet door degenen die wel chronisch ziek en gehandicapt zijn. Wij veronderstellen dat daar een balans in zit. Dus het bedrag dat gereserveerd wordt voor chronisch zieken en gehandicapten is 700 mln. à 800 mln., zoals staatssecretaris De Jager gemeld heeft. Tegelijkertijd moet natuurlijk in het kader van die buitengewone uitgaven nog wel nader gepreciseerd worden om welke groep het dan gaat. Ik had het zo-even over het bedrag dat ermee gemoeid was. Daarmee zijn wij bezig en ik kan de heer Vendrik verzekeren dat wat uit de discussie met de Kamer naar voren komt ook een rol zal spelen bij de afbakening in het kader van de buitengewone uitgaven.

De heer Vendrik heeft gevraagd naar een ambtenaren-rapport dat enkele jaren geleden verschenen is, waarin staat dat de fkg's ontoereikend zijn om de groep chronisch zieken en gehandicapten te bepalen. Hij moet zich realiseren dat het bij de buitengewone uitgaven om kosten gaat die niet alleen met de zorg te maken hebben. Hier gaat het om de compensatie van mensen die langdurige en onvermijdelijke zorgkosten hebben. Wij vinden dat de fkg's daarvoor wel indicatief zijn.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Om tijdszake laat ik het laatste punt zitten en pak ik het principiële punt op. Ik vind het bestuurlijk onbehoorlijk dat voor zo'n belangrijke groep wel bezuinigingen worden ingeboekt. Begin deze week heeft de heer Bos de Kamer per brief laten weten dat coalitiebezuinigingen geaccordeerd zijn door het kabinet. Hup, nog eens 250 mln. erbij. Nu hoor ik bevestiging van wat gisteren onduidelijk was, namelijk dat er uit die BU-regeling 700 mln. à 800 mln. is gereserveerd voor chronisch zieken en gehandicapten. Ik kan u melden dat het budgettaire beslag nu voor de specifieke kosten binnen de buitengewone uitgaven geldt, terwijl dat maar de helft van de groep is die misschien dat geld nodig heeft. Onduidelijk, onduidelijk, onduidelijk! Er wordt gevraagd om grote zorgvuldigheid. Ik krijg geen helderheid over de regeling. Ik krijg nu een indicatie van waar het kabinet mee bezig is. U maakt een regeling in het kader van een ander wetsvoorstel. Ik vind het een zootje en ik vind het een schande. Ik zeg het maar een keer ronduit. Ik vind mij daar zeer over op. U wilt toch bestuurlijk zorgvuldig opereren, ook gelet op de groep waar het over gaat? Ik geloof onmiddellijk dat u dat wilt. Dan neem ik uw intentie bloedserieus. Dan vraag ik u in alle eerlijkheid: geef mij een heldere regeling van het kabinet voorafgaande aan het Belastingplan. Dan weet ik ook waar ik wat dat betreft aan toe ben en hoe ik die 400 mln. en die 250 mln. moet plaatsen. Wees dan zo sportief om de afronding van dit wetsvoorstel even op te houden totdat het kabinet dat plan aan de Kamer heeft gepresenteerd. Dat zou de groep chronisch zieken en gehandicapten verdienen. En de Kamer, eerlijk gezegd, ook. Dit begint te grenzen aan een totaal gebrek aan respect voor het proces dat hier hoort plaats te vinden.

Minister **Klink**: Hier begrijp ik helemaal niets van. Ik heb zo-even aangegeven wat het doel van deze wet is. Dat is die groep waar u zich terecht zorgen over maakt. Dat is die groep die nu een achterstand heeft van € 255 ten

opzichte van gezonde mensen en van € 100 ten opzichte van gemiddeld gezonde mensen die gemiddelde zorgkosten maken. Die verschillen brengen wij terug. Eigenlijk vraagt u van mij om daarmee te wachten totdat wij de definitie van de groep helemaal helder hebben en totdat een afstemming heeft plaatsgevonden met de buitengewone-uitgavenregeling. Pas dan zegt u, ben ik fatsoenlijk bezig, maar ik ga liever nu al aan de slag met iets wat op de zorgkosten betrekking heeft. Dat zijn simpelweg de zorgkosten die met de Zorg-verzekeringswet gemoeid zijn. Ik heb nu nog geen dekkende definitie, maar wel eerste aanzetten tot een dekkende definitie van de mensen die gecompenseerd moeten worden. Dan ga ik niet wachten totdat wij interdepartementaal ten behoeve van een bredere operatie die te maken heeft met de buitengewone uitgaven, een sluitende definitie hebben voor de chronisch zieken en gehandicapten of totdat wij de middelen die in de buitengewone uitgaven zitten hebben verkaveld tussen de arbeidsongeschikten, de ouderen en de chronisch zieken. Daar ga ik niet op wachten. Met deze stap kom ik in 2008 tegemoet aan precies de groepen waarover u zich zorgen maakt.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit antwoord verwondert mij echt. Ik moet zeggen dat ik nu heel dicht bij het punt ben om voor volgende week een spoeddebat aan te vragen. Een debat met deze minister, met mevrouw Bussemaker, met de heer De Jager en de heer Bos. Deze bewindslieden komen er onderling niet uit, maar accorderen ondertussen wel 250 mln. extra bezuiniging. Eigenlijk weet de minister nog niet eens over welke regeling het gaat. Misschien is het helemaal niet voldoende. Het ging toch om een kwetsbare groep? Het moest toch zorgvuldig? En nu krijg ik dit antwoord.

Op één punt wil ik nog een reactie van de minister horen. Ik hoor van verschillende bewindslieden niet anders dan: wij weten landelijk niet wat chronisch zieken en gehandicapten zijn. Dat is dé rechtvaardiging om de buitengewone-uitgavenregeling te schrappen en via de WMO onder te brengen bij de gemeenten. Daar weet men wie de chronisch zieken en gehandicapten zijn. Nu opeens moet ik deze minister geloven, een minister van hetzelfde kabinet, dat ook landelijk bekend is wie de chronisch zieken en gehandicapten zijn? Ik weet niet meer waar ik aan toe ben met dit kabinet. Er wordt hier met twee monden gesproken. Er wordt hier onduidelijkheid gecreëerd over het totaal aan budget dat wij in dit land beschikbaar hebben voor mensen met een smalle beurs omdat zij chronisch ziek of gehandicapt zijn. Daar zouden wij zorgvuldig mee kunnen omgaan. Ik vraag al een half jaar om duidelijkheid, maar deze minister gaat mij verwijten dat ik hem vraag te wachten omdat hij er niet uitkomt. Wat is dat voor bezopen standpunt? Ik vraag de minister gewoon om zijn werk te doen. Als hij niet op tijd klaar is, zou hij mijn respect verdienen door te wachten totdat hij de Kamer een fatsoenlijke regeling kan overhandigen waarin alles staat wat wij kunnen betekenen voor chronisch zieken en gehandicapten: fiscaal, via de WMO, via dit wetsvoorstel of anderszins. Dan is deze minister bestuurlijk zorgvuldig bezig, maar dat is niet het geval. Sterker nog, hij verwijt mij dat ik hier moeilijk over zit te doen! Dan ben ik het spoor echt bijster. Als ik hier geen helder antwoord op krijg van de minister staan wij hier volgende week weer. In een spoeddebat. Dan wil ik het gewoon weten ook. Waar zit

Klink

dat geld? Waar komen die 250 mln. vandaan? Wie betaalt dat? Zijn dat de ouderen? Zijn dat de arbeidsongeschikten die geen forfait meer krijgen? Zijn het de chronisch zieken? Vertel het mij! Want ik krijg al anderhalf jaar geen antwoord. Daar begin ik ondertussen ontzettend van te balen. Ik kan mij niet voorstellen dat de minister daar niet een beetje begrip voor heeft.

Minister **Klink**: Ik ben verantwoordelijk voor de compensatie van chronisch zieken en gehandicapten in het kader van de Zorgverzekeringswet. Daarvoor sta ik hier.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U staat hier voor het kabinetsbeleid.

Minister **Klink**: Ik sta hier het wetsvoorstel te verdedigen dat ik hier heb ingediend. Dit wetsvoorstel gaat uit van een bepaalde definitie en afbakening van de groep van chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit is nou precies wat ik al een half jaar merk. Ik vraag het aan de heer Klink, maar hij zegt alleen verantwoordelijk te zijn voor dit wetsvoorstel. Dan vraag ik het aan mevrouw Bussemaker, maar zij zegt dat het bij de WMO hoort en dat het zich dus pas in 2009 voordoet. Ik vraag het aan staatssecretaris De Jager, maar hij zegt dat het bij de WMO hoort en dus bij mevrouw Bussemaker. Dan vraag ik het nog een keer aan Bussemaker, maar die zegt: nee, dan moet je bij minister Bos zijn, want het betreft het Belastingplan en daar ga ik niet over. Dat is precies wat hier al een half jaar gebeurt! Niemand van het kabinet neemt hier verantwoordelijkheid voor. Ongelooflijk dat de minister dit als laatste argument in mijn richting slingert! De minister neemt niet de verantwoordelijkheid voor het totale kabinetsbeleid. Het maakt mij niet uit hoe de minister het oplost. Het is mijn kabinet niet. De minister heeft de regeling verzonnen. Hij neemt die bezuiniging van 250 mln. voor zijn rekening. Informeer de Kamer dan over wat dat betekent voor die mensen. Ik heb nog niets gezien. Ik hoor alleen maar bewindslieden zeggen: ik ga er niet over. Dan moet ik straks zeker bij Donner aankloppen, chef inkomensbeleid: nee, daar ga ik niet over. Straks bij het Belastingplan. Ik hoor het De Jager al zeggen: ik ga er niet over, dat is de WMO, daarvoor moet je bij Klink en Bussemaker zijn. Wanneer neemt het kabinet eens de verantwoordelijkheid voor zo'n bezuiniging?

Minister **Klink**: Ik denk dat wij de zaken even op een rij moeten zetten.

Ik sta hier met het oog op het eigen risico binnen de Zorgverzekeringswet. Ik heb een afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten om die € 47 aan hen toe te delen. Als ik dat niet doe, lopen zij volgend jaar niet de € 150 in op de gezonde Nederlander. Dat ga ik dus niet vertragen. Integendeel, ik ben blij dat ik die 1,6 miljoen mensen kan voorzien van een compensatie langs twee wegen: door de premie te verlagen en door het bedrag van 47 mln. via het CAK. Dat er een samenhang is met hetgeen in de buitengewone uitgaven plaatsvindt, erken ik zonder meer. Dat heb ik vorige week ook gezegd. Die samenloop moet er zijn. Het zou inderdaad een beetje gek zijn als wij bij de afbakening in het kader van de buitengewone uitgaven

geen rekening zouden houden met de criteria die wij hier aanleggen. Natuurlijk gaan wij dat doen. Bovendien komt staatssecretaris De Jager straks het Belastingplan 2008 bespreken. Dat bedoel ik met volgtijdelijkheid. Dan zal hij aangeven wat er met de buitengewone uitgaven gebeurt. Daar kan ik niet op vooruitlopen. Het kabinet is daarop inderdaad nog aan het studeren.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Wij hebben het gisteren aan De Jager gevraagd. Het belastingplan ligt al in de Kamer, dus ik heb gisteren gevraagd wat er met de buitengewone uitgaven gaat gebeuren. Weet u wat zijn antwoord is? Hij weet het niet helemaal. Het gaat naar de WMO, dus het valt onder Bussemaker. Gisteren ben ik op dezelfde manier opstandig geworden.

De **voorzitter**: Heren, het ontgaat u misschien, maar u hebt geen van tweeën geluid. Ik snap de emotie. U komt er volgens mij vandaag niet uit. U moet volgende week maar kijken wat u doet. De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: U doet alsof die verwijzingen een vorm van verschuilen achter elkaar is, maar ik zeg alleen dat het kabinet studeert op de afbakening van chronisch zieken en gehandicapten, mede in het kader van de buitengewone uitgaven. Dat je daar nog niet uit bent, betekent helemaal niet dat je voor dat probleem wegloopt. Integendeel.

Mevrouw **Kant** (SP): Het wordt wel ontluisterend zo. U bent er nog niet uit hoe de chronisch zieken te compenseren of uit te sluiten van het eigen risico, maar de wet komt er gewoon. U bent er nog niet uit hoe u die groep kunt afbakenen voor de belastingteruggave, maar u weet wel dat er 400 mln. plus 250 mln. op bezuinigd kan worden. Ik vind het knap dat u wel weet welk bedrag het moet opleveren, zonder dat u enig benul hebt wat er gaat gebeuren.

Minister **Klink**: Bij de buitengewone lasten gaat het niet alleen om chronisch zieken en gehandicapten. Het is een bredere groep.

Mevrouw Schippers vroeg waarom ik een verplicht eigen risico ter afremming van de zorgconsumptie invoer, als vervolgens grote groepen gebruikers van zorg worden gecompenseerd. Dat is de strekking van het wetsvoorstel. Wij willen degenen compenseren die altijd, onvermijdelijk langdurige en hoge zorgkosten hebben, juist omdat het onvermijdbaar is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat is niet het geval. Als iemand vanwege een genetische afwijking altijd onderzoek moet laten doen in het ziekenhuis en altijd dat geld kwijt is, gebeurt dat in uw systeem ook. Als iemand door een chronische ziekte ieder jaar medicijnen slikt die € 150 kosten, is hij dat in uw systeem ook kwijt. U lost dat helemaal niet op. Het wordt voor een willekeurige groep opgelost die in uw definitie past, maar het wordt verder zeer subjectief opgelost.

Minister **Klink**: Ik bestrijd dat het een willekeurige groep is. Dat is niet het geval.

Mevrouw **Schippers** (VVD): U maakt een definitie waar een groep onder valt en dan zegt u dat het niet willekeurig is, omdat het onder uw definitie valt, maar zo

Klink

zit de wereld natuurlijk niet in elkaar. Als iemand altijd borstonderzoek moet laten doen, omdat zij genetisch belast is, is zij altijd de no-claim kwijt, ook in uw systeem, gewoon € 150. Dan hebt u grote woorden over rechtvaardigheid, maar als je kijkt naar de rechtvaardigheid in deze redenering, is er helemaal niets rechtvaardigs aan.

Minister **Klink**: Ik preciseer toch nog even waar wij het over hebben. Het gaat om € 150. Er vindt voor iedereen een compensatie plaats voor € 103, via verlaging van de zorgpremie. Dat geldt voor iedereen, dus ook voor degenen over wie u spreekt. Wij hebben het over het restant van € 47. Wij zijn nu bezig om die groep af te bakenen via de farmaceutische kostengroepen en de diagnosekostengroepen die wij al langer kennen bij het Vereveningsfonds, die zich wel degelijk hebben bewezen als voorspellers van langdurige zorgkosten. Daar voegen wij aan toe de hulpmiddelen en mensen die langdurig in AWBZ-instellingen verkeren. U kunt niet volhouden dat er geen dekkende definitie wordt gegeven van degenen die chronisch ziek en gehandicapt zijn, althans meerjarige zorgkosten hebben.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik heb mij heel terughoudend opgesteld, want wij kunnen er tot vijf uur over praten zonder dat wij het erover eens worden. Ik wil nog wel opmerken dat u doet alsof die compensatie uit de lucht komt vallen, maar die compensatie wordt gewoon betaald door degenen die ieder jaar € 150 moeten dokken, omdat zij een genetische afwijking hebben of medicijnen gebruiken die niet onder uw definitie vallen. Die compensatie moeten zij ook nog een keer dokken.

Minister **Klink**: De groepen die u op het oog hebt, proberen wij volgend jaar in te sluiten in deze regeling, want wij willen een dekkende definitie van chronisch zieken en gehandicapten, namelijk mensen die meerjarig, onvermijdelijk zorgkosten maken.

De **voorzitter**: Hoe ver bent u gevorderd met uw betoog?

Minister **Klink**: Ik ben een heel eind. Ik wilde nu nog een vraag van mevrouw Wiegman beantwoorden en ik wil nog een antwoord geven aan de heer Van der Vlies op het punt van de zorgvormen en de percentages die wij zouden kunnen koppelen aan zorgkosten die ermee gemoeid zijn. Vervolgens wil ik op de amendementen en de moties ingaan.

Mevrouw Wiegman vroeg of ik bereid ben om geld uit te trekken om patiëntenverenigingen van de plannen met het verplichte eigen risico op de hoogte te stellen. Ter voorbereiding van de invoering van het verplicht eigen risico en de compensatie voor de groep verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten zal inderdaad een voorlichtingscampagne in gang worden gezet, waarbij de vertegenwoordigers van organisaties van zorgverzekeraars, consumenten en patiënten en het CAK worden betrokken. Ook zullen zorgverzekeraars hun verzekerden inlichten over deze verandering.

De heer Van der Vlies vroeg of ik in de loop van 2008 kan nagaan of alle verschillende mogelijkheden van zorggebonden eigen bijdragen, verplicht eigen risico, vrijwillig eigen risico en de uitzonderingen daarop niet kunnen worden gestroomlijnd tot een transparant

geheel. Ook anderen hebben daarnaar gevraagd. Net zoals bij de no-claimteruggave het geval is, is er inderdaad bij het verplichte eigen risico voor gekozen om de zorggebonden bijdragen die van oudsher bestonden, in stand te laten. Dat heeft ook te maken met het feit dat die bijdragen ook niet gemist kunnen worden in het kader van ons Budgettair Kader Zorg. Daar ben ik vrij openhartig over. Het speelt ook mee omdat dit wetsvoorstel een vrij duidelijk doel had, namelijk de koopkracht-reparatie voor mensen die langdurige zorgkosten hebben. Dus daarom hebben wij dit allemaal intact gelaten. Dat neemt niet weg dat wij dit wel in beeld gaan brengen. Die toezegging wil ik de Kamer graag doen. Dat geldt ook voor de poging om daar een transparanter geheel van te maken.

Ik teken daar overigens wel bij aan dat er bij de uitvoering wel een ontzettend groot probleem is. Er is in het verleden al vaker naar gekeken. Ik durf dan ook niet zeggen dat die transparantie en duidelijkheid binnen een handomdraai zomaar zullen lukken. Er speelt gewoon buitengewoon veel mee.

Ik heb al gewezen op de beperkte strekking van dit wetsvoorstel. Ik ben daar vorige week in eerste termijn zelfs mee begonnen.

Ik hoop dat ik de vragen van mevrouw Koşer Kaya heb meegenomen in de beantwoording van de overige vragen. Anders zou ik haar tekortdoen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik dank de minister voor een aantal heldere toezeggingen. Een punt staat nog open. Bij het overzicht van de eigen betalingen vroegen wij om het oordeel van de regering over de cumulatie, waar die gewenst is, waar niet, hoe de regering daarmee omgaat en welk departement daarmee omgaat. Kan de minister toezeggen dat dit oordeel erbij gevoegd wordt?

Minister **Klink**: Ja, bij die laatste toezegging in de richting van de heer Van der Vlies beoogde ik ook dit mee te nemen.

Voorzitter. Ik kom te spreken over het amendement van mevrouw Kant op stuk nr. 10, dat stuk nr. 8 vervangt. In dit amendement wordt voorgesteld, de no-claimteruggaveregeling te schrappen zonder dat daar een eigen risico voor in de plaats komt. Ik wil de aanvaarding van dit amendement ontraden om redenen die ik zo-even al gegeven heb. Het hoofddoel van het wetsvoorstel inzake een verplicht eigen risico met een compensatieregeling is om de financiële achterstand van de mensen die langdurige en onvermijdelijke zorgkosten hebben, terug te brengen. Dit amendement van mevrouw Kant zal leiden tot een financieel probleem binnen de Zorgverzekeringswet in 2008 en later. Dat zal effecten hebben op de premies en op het inkomensbeeld. Daarom wil ik de aanvaarding van dat amendement ontraden.

In het amendement op stuk nr. 13 wordt voorgesteld dat de compensatie het volledige bedrag van het verplichte eigen risico bedraagt, te weten € 150, en niet het verschil van € 47. Ik heb u al vrij omstandig gewezen op het zich voltrekken van overcompensatie. Ook daarom ontraad ik de aanvaarding van dit amendement.

De **voorzitter**: Beperkt u zich tot de amendementen waar u nog niet eerder schriftelijk op heeft gereageerd?

Minister **Klink**: Ik heb bij de voorbereiding gevraagd in

Klink

hoeverre deze amendementen nog niet in de schriftelijke beantwoording zijn meegenomen, maar ik sluit niet uit dat ik er eentje dubbel beantwoord.

De **voorzitter**: Het is niet erg als er een amendement dubbel wordt behandeld, maar u bespreekt in principe alleen de amendementen die nog niet schriftelijk van commentaar zijn voorzien.

Minister **Klink**: In het amendement op stuk nr. 14 wordt voorgesteld om de gemaakte kosten voor het verplichte eigen risico in aanmerking te laten komen voor de aftrek van de buitengewone uitgaven. Ik wil ook de aanvaarding van dat amendement ontraden om redenen die ik zo-even gegeven heb. Dit zou leiden tot dubbele compensatie, zowel in het kader van het CAK als met betrekking tot de buitengewone uitgaven. Ik ontraad dus de aanvaarding van dit amendement.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is een beetje ingewikkeld, maar dit amendement wordt nog veranderd omdat er inderdaad een overcompensatie in zit en er sprake was van een denkpunt. Dat punt wordt hersteld. Dan is alleen aftrekbaar dat deel dat aan het eigen risico is betaald en niet al is gecompenseerd.

Ik maak gebruik van de gelegenheid om te melden dat er nog twee amendementen van mij in de maak zijn, waarop de minister uiteraard nog niet kan reageren. Ik heb wel aangekondigd wat de onderwerpen daarvan zijn. Misschien kan de minister toezeggen dat hij voor de stemming schriftelijk zal reageren op die amendementen.

Minister **Klink**: Dat zeg ik graag toe. Ik zal mijn reactie op het amendement op stuk nr. 14 dan nu maar terugnemen en ook schriftelijk een oordeel geven over het gepreciseerde amendement.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, wanneer dient u die amendementen in?

Mevrouw **Kant** (SP): Er wordt hard aan gewerkt en het is mogelijk dat ze al zijn ingediend.

De **voorzitter**: In ieder geval dus vandaag of morgen. Dan kan het oordeel van de minister maandag binnen zijn en kunnen wij dinsdag gewoon over het wetsvoorstel stemmen.

Minister **Klink**: Ik neem aan dat het amendement om het vrijwillige en verplichte eigen risico synchroon te laten lopen, hoort tot de in ontwerp zijnde amendementen. Ik zie mevrouw Kant knikken. Daarop zal ik dan schriftelijk reageren.

In zijn amendement op stuk nr. 15 stelt de heer Omtzigt voor om het eigen risico zo snel mogelijk in rekening te laten brengen, met een uiterste datum voor het indienen van een rekening. Die zal in ieder geval in het volgende jaar dienen te liggen. Het amendement maakt het mogelijk om hierover bij AMvB nadere regels te stellen, bijvoorbeeld als rekeningen te laat zijn ingediend door de verzekerde. Een uiterste datum voor het bepalen van het verrekenen van het verplichte eigen risico heeft het ongewenste effect dat rekeningen die te laat zijn ingediend, komen te vervallen. Bij dbc's zal dit door hun systematiek voorsnog vaak voorkomen. De bepaling dat het niet geldt als het aan de verzekerde zelf

ligt dat de rekening te laat is ingediend, brengt naar mijn stellige overtuiging allerlei ingewikkelde bewijslastkwesties met zich. Ik acht het eerlijk gezegd ook niet noodzakelijk om een dergelijke termijn te bepalen, omdat zorgverzekeraars risicodragend zijn inzake het eigen risico en de bedragen die ze moeten innen. Ze hebben dus een prikkel om dat tijdig te doen. Bovendien zal het uitlopen op premieverhoging vanwege mogelijk lagere inkomsten uit het verplichte eigen risico. Uit dien hoofde moet ik aanvaarding van het amendement dan ook ontraden, maar niet dan nadat ik heb gezegd dat wij, zoals ook in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel staat, bekijken in hoeverre er termijnen kunnen worden gesteld in het kader van de WMG. Er vindt interdepartementaal overleg plaats, met name met Justitie. De toezegging dat wij het snel zullen doen, wil ik wel koppelen aan het ontraden van de aanneming van dit amendement.

In het amendement van de heer Omtzigt op stuk nr. 21 wordt gesteld dat verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven onder de CAK-compensatie moeten vallen. Ik constateer dat de Kamer wenst dat verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven voor het verplichte eigen risico worden gecompenseerd. Ik heb laten nagaan of dat technisch uitvoerbaar is. Dat is het geval, ook al zal het hier en daar lastig zijn. Het kan gebeuren op basis van de CAK-bestanden van de AWBZ-bijdrageplichtigen. Daaruit blijkt namelijk welke verzekerden langdurig in AWBZ-instellingen verblijven. Gelet op datgene wat is gesteld door de heren Omtzigt en Van der Veen en mevrouw Wiegman heb ik geen bezwaar tegen dit amendement.

De heer Van der Vlies heeft bij amendement voorgesteld om de remweg die besloten ligt in het eigen risico wat langer te maken door als het ware een percentage van de zorgkosten in het verplichte eigen risico te laten meelopen. Ik heb in eerste termijn al aangegeven dat wij in artikel 20 van het wetsvoorstel een wettelijke grondslag willen bieden voor datgene wat de heer Van der Vlies beoogt, namelijk het per verzorgvorm bepalen van een vast bedrag. De heer Omtzigt heeft ook op dit punt gewezen, maar dan in de zin van forfaitaire bedragen. Hij heeft er in eerste termijn op gewezen dat men voor bepaalde zorgvormen een staffel zou kunnen maken van € 25, € 50 of € 75. Het bezwaart mij een beetje om het tegenover de heer Van der Vlies te stellen omdat het amendement mij zo sympathiek is, maar ik voel eerlijk gezegd meer voor de suggestie van de heer Omtzigt. Als je met percentages gaat werken, kunnen de bedragen dusdanig klein worden dat er voor die zorgvorm simpelweg geen remmende werking meer is. Daarom aarzel ik een beetje over dit amendement. Ik heb er enige sympathie voor, maar het is een moet- en geen kanbepaling. Dat gaat mij een beetje te ver. Ik wil de heer Van der Vlies suggereren zijn amendement een draai te geven in de richting van onze algemene maatregel van bestuur en in ieder geval de opmerkingen van de heer Omtzigt mee te nemen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Laat ik nu denken dat wat de minister graag ziet in lid 2 is voorzien.

Minister **Klink**: Vindt u het goed dat ik hier nog even schriftelijk op reageer?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Uiteraard. Artikel 20, lid 1, bepaalt de mogelijkheid om een percentage van de

Klink

kosten te stellen. Het tweede lid geeft daarbij het alternatief van een forfaitair bedrag.

Minister **Klink**: Ik ga hierop schriftelijk reageren en dan zal ik bezien in hoeverre dit amendement kan worden meegenomen bij de invulling van de algemene maatregel van bestuur die in feite besloten ligt in het wetsvoorstel. In mijn reactie op dit amendement zal ik ook aangeven wanneer ik voorzie dat er een dergelijke algemene maatregel van bestuur komt. Daarbij houd ik rekening met zowel lid 1 als lid 2 van het amendement.

Voorzitter. Ik kom toe aan de moties, allereerst de motie van mevrouw Kant op stuk nr. 22. Zij vindt dat zorg in het kader van preventie niet ten laste mag worden gebracht van het verplichte eigen risico. Ook hiervoor is in feite al een wettelijke grondslag gerealiseerd waarbij bepaalde zorgvormen kunnen worden uitgezonderd. Zeker de zorgverzekeraars kunnen dat gaan doen in het kader van de sturing. Daarbij wil ik de preventie betrekken. Ik ontraad aanneming van deze motie omdat het wetsvoorstel hiervoor al een grondslag biedt. Mevrouw Kant wil een wettelijke regeling, maar dat wil ik ontraden.

In motie 23 vraagt mevrouw Kant om acute zorg uit te sluiten van het verplichte eigen risico. Ik zei al dat de evaluaties geen aanleiding geven voor de veronderstelling dat mensen acute zorg ontlopen op financiële gronden die te maken hebben met de eigen bijdrage. Daarom wil ik ook de aanneming van deze motie ontraden. Hetzelfde geldt voor de moties over de ziekenhuisopnames en de samenloop van de eigen bijdrage en het eigen risico.

In motie 25 vraagt mevrouw Kant om een nieuw voorstel voor een compensatiemodel voor chronisch zieken dat niet slechts afhankelijk is van het geneesmiddelengebruik. Ik heb toegezegd dat ik de fkg's zal uitbreiden. In reactie op een amendement van de heer Omtzigt heb ik al gezegd dat de mensen die in een AWBZ-voorziening verblijven onder de groep mensen gaan vallen die € 47 compensatie krijgen. In die zin ben ik dus al bezig, de groep nader te definiëren. Een nieuw compensatievoorstel gaat mij veel te ver. Daarom ontraad ik aanneming van deze motie. In de motie van mevrouw Wiegman wordt verzocht om al in 2008 ook de mensen die hulpmiddelen nodig hebben voor die € 47 te compenseren via het CAK. In eerste termijn gaf ik al stellig aan dat ik bereid ben om dit te doen. De motie en zeker de intentie erachter is mij sympathiek, maar nu hebben we simpelweg geen gecertificeerde bestanden ter beschikking om er ook daadwerkelijk in te voorzien. We gaan dus bekijken in hoeverre voor hulpmiddelen een fkg kan worden ontwikkeld, maar ik kan niet garanderen dat dit al lukt voor 2008. Aan onze inzet zal het in ieder geval niet liggen. Als het kan, zullen we het doen; als het niet kan, moet het 2009 worden, maar we beogen 2008.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik kan mij voorstellen dat u voor die dkg's en langdurige zorgkosten meer tijd nodig heeft; daar ben ik nu dus ook bewust van afgebleven. Maar toch heb ik hier moeite mee. Ik merk dat u strak in de randvoorwaarden zit. Dat is te prijzen, omdat u hiermee zorgvuldigheid beoogt. Ik kan me ook voorstellen dat u spreekt over gecertificeerde voorstellen. Maar gehandicapten zijn nu eenmaal altijd gehandicapt, ze zijn dat niet het ene jaar

wel en het andere jaar niet. Ik heb er moeite mee als u extra tijd wilt; dat gaat me echt te ver.

Minister **Klink**: Ik begrijp dat heel goed. Sterker nog, bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel, bij de voorbereiding van de debatten en zeker de voorbereiding van deze tweede termijn, waarin uw opmerkingen natuurlijk zijn gewogen, hebben we dit uitdrukkelijk meegenomen. Zoals ik zo-even zei: ik zeg u toe dat onze inzet erop zal zijn gericht om dit voor 2008 te regelen, zodanig dat wij de groep die ik definieerde met deze categorie mensen kunnen uitbreiden. Maar verder kan ik u niets toezeggen; we moeten gewoon weten over wie we het hebben. Maar neemt u van mij aan dat onze inzet er zal zijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Wanneer denkt u het te kunnen weten?

Minister **Klink**: Op het departement hebben we de afgelopen dagen niet anders gedaan dan nauwgezet nagaan, in hoeverre we dit met vertrouwen kunnen doen, ook voor de door u aangereikte categorieën. Dat geldt nog niet voor de hulpmiddelen. We zullen hier dus naar streven. Ik wil u gaarne toezeggen dat we, voordat over de moties zal worden gestemd, schriftelijk voorraden terugkomen op het tijdstip waarop dit eventueel zou kunnen en waar precies de belemmeringen zitten.

De motie-Van der Veen vraagt of ik bereid ben om de mogelijkheden van herverzekering en premies te monitoren en verslag uit te brengen voor de begrotingsbehandeling van 2008. Dit is uiteraard een korte termijn, herverzekeren is nu pas in beeld. Maar datgene wat we weten over de polissen die worden aangeboden en de premies, zullen we, voor zover aanwezig, aanbieden voor de begrotingsbehandeling van 2008.

De heer Van der Veen vroeg verder via zijn motie om de groep chronisch zieken en gehandicapten voor 1 april 2008 met mensen met onvermijdbare ziektekosten optimaal af te bakenen. Daarop is alle inzet gericht, ik ga hiervoor mijn uiterste best doen. Ik zie deze motie dus als ondersteuning van mijn beleid en laat het oordeel over aan de Kamer.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: De stemmingen vinden volgende week dinsdag plaats.

Sluiting 0.37 uur



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

1. de volgende brieven:

een, minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, Wijziging van de Wet milieubeheer en enkele andere wetten ter uitvoering van verordening (EG) nr. 166/2006 van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 18 januari 2006 betreffende de instelling van een Europees register inzake de uitstoot en overbrenging van verontreinigende stoffen en tot wijziging van de Richtlijnen 91/689/EEG en 96/61/EG van de Raad (PbEU L 33) en van het op 21 mei 2003 te Kiev tot stand gekomen