

Vergaderjaar 2010–2011

**32 500 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011**

**Nr. 8**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 12 oktober 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 16 september 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 september 2010 over de uitvoering van de motie-Van der Veen c.s. (32 123-XVI, nr. 151) over afzien van invoering van eigen betalingen bij paramedische zorg en tweedelijns ggz (32 123 XVI, nr. 164);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 juli 2010 over de voorhang bekostiging dure geneesmiddelen bij ziekenhuisverplaatste zorg (TNF-alfaremmers) (29 248, nr. 129);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 september 2010 over het intrekken van de voorhang bekostiging dure geneesmiddelen bij ziekenhuisverplaatste zorg (TNF-alfaremmers) (29 248, nr. 131).**

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Ferrier (CDA), Van der Ham (D66), Smeets (PvdA) fungerend voorzitter, Schippers (VVD), Smilde (CDA), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Harbers (VVD), Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Atsma (CDA), Van Dekken (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Ormel (CDA), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Sharpe (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Sterk (CDA), Neppéus (VVD), Koşer Kaya (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Sap (GroenLinks) en Halsema (GroenLinks).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De fungerend voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

**Voorzitter: Smeets**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Smeets, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Veen, Leijten, Smilde, Dijkstra, Zijlstra, Gerbrands, Voortman en Van der Staaij,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet de minister, zijn ambtenaren, van wie er een aantal nog in aantocht is, het publiek en de afgevaardigden welkom.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie):

Voorzitter. Het is voor mij een bijzondere situatie: ik kwam als laatste binnen, maar mag als eerste spreken.

Ik wil een aantal punten naar voren brengen. Allereerst ben ik blij met het besluit over de TNF-alfaremmers. De ChristenUnie deelt de visie van de minister op de toekomstige vormgeving van de bekostiging. Ik ben blij om in de brief te lezen dat de minister oog heeft voor de kwetsbare groep chronische patiënten die vooral getroffen wordt door de maatregelen ten aanzien van de TNF-alfaremmers. Ook ben ik blij dat op dit moment de druk enigszins van de ketel is vanwege het verschuiven van de invoeringsdatum, maar ik vraag de minister wel om nu goed de tijd te nemen voor het maken van nadere afspraken over de organisatie van de medicatieverstreking vanaf 1 januari 2012. Kortom: wie gaat wat doen en wie is waarvoor verantwoordelijk? Laten wij in die afspraken kwaliteit en goede zorg dan ook echt vooropstellen. Het huidige systeem, waarbij mensen ook thuis hun medicatie op een verantwoorde wijze kunnen krijgen en tot zich nemen, is mooi en wij zien dat in de toekomst graag goed gewaarborgd.

De minister heeft bij de TNF-alfaremmers laten zien dat hij oog heeft voor de kwetsbare doelgroepen. Wat de ChristenUnie betreft zou dit ook moeten gelden ten aanzien van de voorstellen voor de eigen bijdrage in de ggz. Afgezien van de vraag hoe terecht het is om nu alleen voor de geneeskundige ggz, in tegenstelling tot de lichamelijke zorg, een eigen bijdrage te vragen, vraag ik mij af of wij deze zogenaamde bezuiniging, die – zo is de verwachting – geld zou moeten opleveren, niet ergens anders keihard terug gaan krijgen, namelijk in de vorm van een meervoud aan kosten. Natuurlijk zijn er mensen die deze eigen bijdrage kunnen opbrengen – wat die groep betreft valt er dus wel wat voor te zeggen – maar ik vraag mij wel af wat deze maatregel betekent voor mensen met een minimuminkomen, bijvoorbeeld in de maatschappelijke opvang, die behandeld moeten worden voor een opgelopen trauma door bijvoorbeeld huiselijk geweld. Hoe kunnen deze mensen goede toegang blijven krijgen tot de benodigde zorg? Wat doen wij bijvoorbeeld met ex-gedetineerden die willen starten met een afkickprogramma, maar die echt geen € 175 kunnen ophoesten? Komen wij deze mensen straks weer op straat tegen, waar ze vooral als overlast worden ervaren door anderen? Stel dat de minister toch volhardt in deze maatregel: hoe wordt die dan onder de geweldige tijdsdruk goed uitgevoerd? Zorgverzekeraars bijvoorbeeld zeggen daarvoor nog niet klaar te zijn. Graag een reactie op deze punten. Gezien mijn kritiek op de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz zou het natuurlijk prachtig zijn als ik met alternatieve voorstellen zou komen om de tekorten weg te werken. Op basis van de brieven constateer ik echter dat je daarvoor een echte rekenmeester moet zijn. Ik ben niet goed in staat om tegenover de GVS-berekeningen in de kabinetsbrieven een eigen berekening te stellen. Wellicht kan mijn collega naast mij dat wel, want die brengt nog wel eens creatieve ideeën naar voren. Ik ben in ieder geval geen rekenwonder, maar, wat de reacties op deze berekeningen betreft,

valt mij wel op dat er op zijn minst twijfel over bestaat of ze wel kloppen. Zou je, door een beetje anders te rekenen, niet tot andere conclusies en bedragen kunnen komen?

Maar stel je voor dat dit niet zo is. Aangezien wij deze zaak vandaag van alle kanten bekijken en daarbij ook naar alternatieven zoeken, voelt de ChristenUnie nog eerder voor de suggestie van het Landelijk Platform GGz om ggz-brede oplossingen te vinden, namelijk door bijvoorbeeld efficiencywinst te halen uit de afbouw van intramurale voorzieningen, door iets te doen op het gebied van de indicatiestelling, of door bijvoorbeeld stappen te zetten met e-health, een internethulp. Vaak blijkt er op die manier meer te winnen dan door vandaag voor de eigen bijdrage in de tweedelijns geneeskundige ggz te kiezen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik voel een loden last op mijn schouders naar aanleiding van de opmerkingen van mevrouw Wiegman. Ik haal even terug waarom dit AO eigenlijk plaatsvindt en wat de aanleiding ervoor is. In het vorige AO ging het over de eigen bijdragen, waarop door mij een motie is ingediend, meeondertekend door de heer Zijlstra en mevrouw Voortman, waarin uiteengezet wordt dat de eigen bijdragen niet hoeven door te gaan als je nog eens goed naar het systeem kijkt, met name wat de farmacie betreft. De vorige keer hebben wij dus al aangegeven dat wij het heel onverstandig vinden om op dit moment eigen bijdragen in te voeren, zeker voor de ggz. Mevrouw Wiegman heeft daarvan zojuist nog eens de nodige voorbeelden gegeven.

Nu schrijft de minister in zijn brief dat alles wat gewenst wordt niet lukt, maar dat er in ieder geval 30 mln. is voor paramedische hulp, logopedie en diëtetiek. Dit geld komt van de zorgverzekeraars, waarbij mijn vraag aan de minister is of het van alle zorgverzekeraars komt. Hoe zit dat en hoe is dat afgesproken?

Wat de berekening van het GVS betreft moet je inderdaad een rekenwonder zijn. Daarbij kan ik mij bovendien niet aan de indruk onttrekken dat degenen die aan het rekenen zijn geweest, niet erg enthousiast waren om de GVS-opbrengst te berekenen. Ik ga er niet al te diep op in, maar noem wel een paar voorbeelden. Zo zouden de uitvoeringskosten heel hoog zijn, hoewel uit brieven van zorgverzekeraars blijkt dat dit wel meevalt. De switchkosten zouden ineens geweldig hoog zijn, omdat de huisartsen van alles zouden moeten doen. Daarom wordt er gezegd: die opbrengsten behalen wij wel op een andere manier, onder andere bij de huisartsen. Ineens wordt er namelijk van uitgegaan dat de huisartsen 60 mln. aan doelmatigheid behalen. De zorgverzekeraars geven mij in ieder geval het signaal dat het niet zal lukken. Wij hebben, kortom, sterk de indruk dat het enthousiasme dat de Kamer in meerderheid over de GVS-herberekening uitstraalt, niet gedeeld wordt door degenen die de berekeningen hebben gemaakt.

Dat laat onverlet dat wij de GVS-herberekening wel willen laten plaatsvinden, aangezien er al sinds 1998 niet meer is herberekend. De stukken daarover lijken echter de indruk te wekken dat wij gegijzeld zijn van de farmaceutische industrie. Zo is bijvoorbeeld een van de argumenten: als je dit gaat doen, houdt de farmaceutische industrie de prijzen toch heel hoog, want anders moet ze in het buitenland met de prijzen naar beneden. Om eerlijk te zijn ben ik daarvan niet vrolijker geworden. Naar mijn mening is dit niet alleen een signaal om zo snel mogelijk met de herberekening van het GVS aan de slag te gaan, maar ook om, aangezien het systeem niet helemaal adequaat is, eens heel goed naar de transparantie ervan te kijken. Ik roep daarom alle partijen op om te komen tot een dekkend systeem, want nu worden er als het ware trucs uitgehaald om dat te voorkomen. Als de herberekening van het GVS voor het jaar 2011 niet oplevert wat het zou moeten opleveren, moet er naar een alternatieve dekking worden gezocht en dat hebben wij gedaan.

De berekening van de clawback geeft aan dat die te hoog uitgevallen is. Dat ligt nogmaals niet aan de techniek, die de ambtenaren zeker kennen. Wij denken in elk geval dat daarbij over 2008 nog 30 mln. te behalen valt. Meerderen in de Kamer hebben zich uitgesproken tegen de veiligheidsmarge voor apothekers en aangegeven dat die echt niet nodig is, zoals ook uit de NZa-gegevens blijkt. Bovendien heeft de rechter daar een heel heldere uitspraak over gedaan. Wij denken dat een besparing hierop 38 mln. oplevert.

Met de kortingen en bonussen is het door de jaren heen hetzelfde verhaal. Ook hierbij blijkt zo'n 75 mln. te veel te zijn uitgekeerd boven de afgesproken hoeveelheid. Dat levert dus 75 mln. op.

Een snelle berekening laat zien dat je zo opgeteld op de 110 mln. uitkomt, die nodig is om de eigen bijdrage ggz te dekken en wij vinden dat de Wet geneesmiddelenprijzen daarvoor snel moet worden aangepast.

Daarnaast geven zorgverzekeraars duidelijk het signaal af dat veel apothekers op het ogenblik op weekdosering zitten – dit heeft te maken met het «baxteren» – waarbij niet altijd de indruk bestaat dat dit echt nodig is. Met name die weekdoseringen zijn heel sterk in omvang gestegen, juist vanwege het feit dat daar meer voor wordt betaald. Naar ons idee moet dit «baxteren» nog eens goed bekeken worden. Nogmaals: dit allemaal bij elkaar opgeteld kan best de dekking geven voor de eigen bijdrage ggz.

Wat betreft het onderbrengen van de TNF-alfaremmers bij de ziekenhuizen ben ik het zeer met de minister eens, maar ik heb daarover nog twee vragen. Zo geeft de minister aan dat de ziekenhuizen dat niet voor elkaar zouden kunnen krijgen. Wij vragen aan de minister waarom zij dat niet zouden kunnen, want zij hebben immers nog vier maanden voor het regelen van de «thuisbezorging». Als dit wat extra geld kost, zij dat zo, zolang het maar minder is dan de 50 mln. die het opbrengt. Van dat laatste ga ik uit. Samenvattend vinden wij dat er geld moet worden bespaard waar dat kan en onze indruk is dat de TNF-alfaremmers per 2011 overgeheveld moeten kunnen worden. Kan de minister de voorhang daarover opnieuw naar de Kamer sturen?

Wij maken ons ook zorgen over de € 200 aan eigen betalingen voor het GVS, waarvan de dekking volgens ons ook op een andere manier valt te behalen.

Ik heb in een redelijk tempo geprobeerd een vrij ingewikkelde problematiek met alle mogelijke cijfers weer te geven, waarbij mijn slotconclusie is: minister, zet door wat u van plan was! Zorg er dus voor dat de eigen bijdrage in ieder geval voor 2011 niet door hoeft te gaan en zorg ervoor dat de TNF-alfaremmers per 2011 worden overgeheveld.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voor het zomerreces waren we natuurlijk allemaal geschrokken over de eigen bijdrage, niet alleen over het tientje voor logopedisten, diëtisten en ergotherapeuten, maar ook over de eigen bijdrage voor de ggz. De PvdA heeft toen het voortouw genomen om met een alternatief te komen, maar dat is nu afgeschoten. Houdt de PvdA wel vast aan dit alternatief en blijft zij erbij dat de eigen bijdrage, die nu alleen voor de tweedelijns ggz wordt geheven, van tafel moet?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan heb ik waarschijnlijk toch te snel gesproken. Wij bestrijden de berekeningen zoals die voor de GVS-opbrengsten in 2011 voorliggen. Daar moeten wij gewoon mee doorgaan, dus in 2012 moet het allemaal wel kunnen. Ik heb zojuist verteld wat onze alternatieve dekking is, maar dat ga ik nu niet allemaal herhalen. Wij denken dat die voldoende is om er in ieder geval voor te zorgen dat in 2011 geen eigen bijdrage voor de ggz geheven hoeft te worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. We voeren vandaag een behoorlijk belangrijk debat over de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland. Daarbij is de principiële vraag aan de orde of het belang van de patiënt en dus de drempelloze toegang tot goede zorg voor iedereen het uitgangspunt is voor onze gezondheidszorg of dat wij het laten gebeuren dat het beleid van de zorg door kille rekensommen wordt bepaald en daarmee dus ook de moraliteit van dit beleid. Is het zo dat kille berekeningen, met argumenten zoals het kostenbewustzijn van de patiënt, ertoe zullen leiden dat psychiatrische patiënten voor een geneeskundige behandeling € 175 per diagnose moeten betalen? Of zeggen wij: nee, de rekening wordt niet verschoven naar de patiënt, want dat leidt inherent tot kosten op andere terreinen.

Niet alleen hebben wij heel veel brieven gekregen van psychiaters, psychologen, behandelaars, maar ook van mensen die in een ander soort professie heel veel met mensen in de geneeskundige gezondheidszorg te maken hebben. Zij zeggen tegen ons: als wij een kind vroegtijdig goed testen en dan bijvoorbeeld de diagnose ADD, ADHD of een andere aandoening in het autistisch spectrum vaststellen, kunnen wij ervoor zorgen dat zo iemand op school blijft, dan kunnen wij ervoor zorgen dat zo iemand niet in het dure speciale onderwijs terecht komt, dat iemand in de toekomst kan werken en dat iemand een leven opbouwt. De kosten van die test zijn miniem in verhouding tot de meerwaarde voor het leven van die persoon en tot de economische opbrengst van die persoon. Het probleem van de kille rekenaars is dat zij niet kijken naar wat iemand kost die niet op tijd een diagnose krijgt. Wat kost de verslaafde die wil afkicken maar dat niet kan betalen, bijvoorbeeld in de toekomst op de post voor de openbare orde of elders in de gezondheidszorg? De boekhoudersmentaliteit houdt hier totaal geen rekening mee. De gewetensvolle vraag of wij dus kiezen voor drempelloze toegang tot de zorg voor iedereen, ongeacht de financiële positie en ongeacht ziektebeeld, psychiatrisch of lichamelijk, en ongeacht de achtergrond van iemand, leg ik graag aan deze gewetensvolle minister voor.

Ik kan mij namelijk herinneren dat de SP vele debatten met hem heeft gevoerd, waarbij wij het vaak oneens waren, zoals iedereen hier weet. Dat was met name zo op het punt van de marktwerking, maar toch konden wij wel waardering opbrengen voor deze minister als hij zei: ik wil pas als allerlaatste aan het pakket komen, waarop mensen dus recht hebben, en ik wil zeker pas als allerlaatste overgaan tot eigen bijdragen en eigen betalingen. Deze minister heeft zelfs stevig stelling genomen tegen bijvoorbeeld de VVD, die de afgelopen jaren maatregelen heeft voorgesteld om cholesterolverlagings- en maagzuurremmers gewoon maar uit het pakket te schrappen. Daarom vraag ik mij af waarom de minister nu wel naar dit middel grijpt. Zit hij misschien in de tang bij het ministerie van Financiën en die kille boekhouders? Voor het geval dat iedereen weer stelt dat de SP totaal geen alternatieven heeft, leg ik een aantal alternatieven voor om de bezuinigingspijn te verdelen dan wel met andere oplossingen te komen die ook in de toekomst veel zullen opleveren en de kosten dus niet verplaatsen.

Allereerst willen wij de bureaucratie opheffen, iets waar wij al jaren op hameren. Ik durf te stellen dat, als wij dit samen met behandelaars en professionals in het veld doen, wij op een veelvoud van de som van 110 mln. uitkomen. Op die manier hebben wij ook in de toekomst mensen die werken in de zorg zonder de loden last van al die papieren en kunnen wij veel besparen. Waarom doet de minister dat niet?

Daarnaast willen wij de topsalarissen van de bestuurders beperken. Volgens doorrekeningen van het Centraal Planbureau kunnen wij daarmee 50 mln. in de zorg besparen. Die kosten hoeven wij dan niet op de patiënt af te wentelen. Waarom brengen wij de specialistensalarissen nu niet terug naar de norm van de minister-president? Het voorstel van de minister is 2,5 ton, ons voorstel komt € 70 000 lager uit. Mij dunkt dat wij

dan aan die 110 mln. komen en dat is wel zo eerlijk! Ik verneem hierop graag een antwoord en overweeg hierover een Kameruitspraak te vragen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De maatregelen die mevrouw Leijten noemt, spreken mij aan. Maar is zij er ook van overtuigd dat die alternatieve opbrengsten al in 2011 behaald worden? Wat vindt mevrouw Leijten overigens van de alternatieven die ik zojuist naar voren heb gebracht en die echt betrekking hebben op 2011?

Mevrouw **Leijten** (SP): Een van die alternatieven wilde ik nog noemen. Ik sluit mij wat dat betreft aan bij de heer Van der Veen en ik zal er serieus naar kijken, wat ik in het vorige debat overigens ook heb gedaan. Wij nemen stelling tegen de remedie van de rekening naar de patiënt. Wij willen graag opbrengsten die ook voor de lange termijn iets opleveren. Een eigen bijdrage zorgt daar in elk geval niet voor, zoals uit de betogen van ons beiden blijkt, aangezien door die maatregel kosten worden verplaatst en op de lange termijn stijgen. Dat heeft mevrouw Wiegman van de SGP, excuses, de ChristenUnie overigens ook gezegd. Een aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen, waarbij niet de vier omringende landen maar de vier goedkoopste landen binnen Europa als referentiepunt worden genomen, levert ook een besparing van 50 mln. op. Met mijn voorstellen ben ik ook al heel ver, dus als wij die nu eens combineren met die van de Partij van de Arbeid, komen wij er zeker! Ik leg de minister voor: u hebt naar aanleiding van veel onrust, onder vooral reumapatiënten, de Reumapatiëntenbond, maar ook reumaspecialisten, besloten om de overheveling van de TNF-alfaremmers uit te stellen. U stelt dat u die 50 mln. voor het komende jaar kunt opvangen en dat u in goed overleg met de sector tot een oplossing wil komen. Waarom doet u dat niet ook met de mensen in de ggz? Ook zij schrijven ons dat zij door het afbouwen van het aantal bedden, door het beter behandelen thuis en door het inzetten van internetmaatregelen op de lange termijn veel kunnen besparen en dat die eigen bijdrage daarentegen alles wat zij hebben opgebouwd in de afgelopen jaren zal doorkruisen. Mijn oproep aan u is dus: kijk naar de langere termijn, doe dat gewetensvol en leg niet de rekening bij de patiënt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De TNF-alfaremmers zijn dure, maar heel mooie medicijnen die het ziekteproces van de reumapatiënt enorm verbeteren. Het belang van deze medicijnen is groot, omdat de patiënt zijn eigen leven leidt en aan de arbeidsmarkt deelneemt. Steeds meer medicijnen worden voor chronische aandoeningen ontwikkeld en dat zijn steeds vaker medicijnen waardoor patiënten dramatische vooruitgang, maar dan in de goede zin van het woord, in hun kwaliteit van leven boeken. De samenleving wil dat best wel betalen, maar dan moet het voorschrijven ervan wel zo doelmatig mogelijk gebeuren. Een dubbele aanspraak op grond van de zorgverzekeringswet is dat niet. Vooral ook omdat wij weten van de afbakeningsproblematiek en de inconsistenties, steunen wij de minister om de aanspraak hiervoor eenduidig te maken. Wij zijn erg blij met het voornemen van de minister om dat per 1 januari 2012 te doen, omdat – zo staat te lezen in de allerlaatste en tevens belangrijkste zin van zijn brief – patiënten geen hinder mogen onder vinden van deze verschuiving. Daarom is een zorgvuldige voorbereiding heel belangrijk. Om die te kunnen garanderen, moet het een en ander natuurlijk al voor juli 2011 helemaal duidelijk zijn, zodat het laatste halfjaar voor de invoering kan worden gebruikt. Wij hebben een aantal vragen, vooruitlopend op het voorstel dat wij van de minister krijgen over een nieuwe voorhang. Hoe vindt de overgang plaats van de huidige situatie, waarin veel patiënten via het GVS de medicijnen thuis krijgen, naar de nieuwe situatie, waarin dit in het ziekenhuis gebeurt? Er is nu een goede infrastructuur voor de toediening

van die medicijnen. Dat is keurig geregeld. Wordt daar ook in de toekomst gebruik van gemaakt? Het kan toch niet zo zijn dat patiënten voor hun medicijnen steeds naar het ziekenhuis moeten? Bovendien zou dat strijdig zijn met ons streven om juist meer zorg van de tweede naar de eerste lijn over te brengen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kom even terug op uw opmerking over de kwaliteit van de zorg, met name wat betreft de TNF-alfaremmers. In zijn eerste brief ten aanzien van de voorhangprocedure schrijft de minister dat de huidige situatie er aanleiding toe geeft om financiële redenen bepaalde therapieën voor te schrijven. Hij spreekt daarover zijn zorg uit, wat een van de argumenten is om het onder één besluit onder te brengen. Deelt u die zorg ook? Bent u niet bang, wat de minister terecht ook signaleert, dat, als wij nu nog een jaar langer wachten, die situatie zal blijven bestaan?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat is altijd een soort «prisoners dilemma». Aan de ene kant heeft de heer Van der Veen namelijk een punt en moet je daar zo gauw mogelijk verandering in brengen. Aan de andere kant is een zorgvuldige uitvoering natuurlijk wel uiterst belangrijk. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de organisatie van UMC's zijn positief, maar geven wel aan dat zij meer tijd nodig hebben voor een zorgvuldige invoering. Welnu, dan geven wij daaraan prioriteit. Dit te meer ook omdat het er uiteindelijk om gaat dat de patiënt er geen hinder van mag ondervinden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb hiermee geen antwoord gekregen op mijn vraag. De ziekenhuizen gaat het erom dat zij de «thuiszorgdistributie» voor het grote deel op poten moeten zetten en dat die netjes moet lopen. Dat is iets anders dan dat de kwaliteit van de zorg ineens in gevaar zou kunnen komen. Maar goed, ik heb de minister zelf ook al gevraagd hoe het komt dat dit niet gerealiseerd kan worden. Als je er wat extra geld tegen aangooit, kun je het zeker realiseren.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb het zo begrepen dat dit extra jaar voor een zorgvuldige invoering wordt genomen en daarmee kunnen wij leven. Ik vervolg mijn betoog. Is het voor ziekenhuizen financieel mogelijk om deze taak op zich te nemen met het oog op die doelmatigheidskorting van 50 mln.? Moeten zbc's deze taak ook gaan uitvoeren of krijgen wij straks een verschuiving naar de zbc's?

Dan kom ik bij de positie van de patiënt. De zorgverzekeraar regelde de aanspraak op farmaceutische zorg, terwijl het ziekenhuis een budget heeft. Kunnen patiënten er zeker van zijn dat ze hun medicijnen houden? Zoals de minister in de brief schrijft, zal het voor hen immers een verschuiving zijn. Die verschuiving mag hen niet afhankelijk maken van het ziekenhuisbudget. De zorgverzekeraar is wel risicodragend voor de eerste lijn maar nog niet voor de tweede lijn. Heeft dat ook gevolgen? Partijen uit het veld verwachten veel administratieve rompslomp door alle wijzigingen en grote gevolgen voor patiënten als de bestaande infrastructuur zou verdwijnen. Klopt het dat deze verdwijnt? Moeten wij dan misschien maar vaststellen dat iedereen zo gewend is aan de onhandige situatie nu, maar dat niemand weet wat de toekomst zal brengen? Dan kom ik bij de motie-Van der Veen c.s. met betrekking tot het GVS. Wij hebben die motie in juli niet ondersteund, omdat wij de consequenties niet konden overzien voor de eigen bijdrage. Dan gaat het niet over de eigen bijdrage ten aanzien van bijvoorbeeld cholesterolremmers of maagzuurremmers – verreweg de meeste mensen kunnen daar wel de vrijloper voor gebruiken – maar dan gaat het om medicijnen waarbij het er echt op aankomt hoe zij ingeregeld zijn, bijvoorbeeld medicijnen tegen epilepsie. Wij hebben de vrees dat juist in dit soort clusters mensen in

groten getale in aanmerking zouden moeten komen voor die € 200, waarop het maximum is gesteld. Dat was voor ons de reden om het oorspronkelijke voorstel van de minister te volgen en de eigen bijdrage voor de ggz in de tweede lijn voor onze kap te nemen. Wij hebben daar in juli voor gekozen en willen deze lijn vasthouden.

Ik heb wel nog een paar vragen hierbij, want het is natuurlijk wel goed om de herberekening van het GVS kritisch te bekijken. Verschillende zorgverzekeraars spreken elkaar daarin overigens tegen en verschillende zorgverzekeraars zetten vraagtekens bij de berekeningen door het ministerie. Het is best wel belangrijk om dat goed voor ogen te hebben, want mochten er meer en betere opbrengsten zijn, dan kunnen wij daar wellicht toch naar kijken, maar dan, wat ons betreft, op partiële wijze, waarbij dan clusters met die medicijnen apart worden herberekend. Wat dit betreft ben ik wel benieuwd naar het antwoord van de minister. Wanneer er mogelijkheden zijn, willen wij daar immers best naar kijken. Wij willen dat op dit moment niet, maar ik ben toch wel nieuwsgierig naar de manier waarop die berekeningen precies hun beslag krijgen. Kan de minister aangeven waarom bepaalde zorgverzekeraars tot een andere uitkomst komen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het heel goed dat het CDA vindt dat de patiënt geen hinder mag ondervinden van veranderingen in het verstrekkingenbeleid ten aanzien van TNF-alfaremmers. Maar waarom gaat dat niet op voor mensen die aangewezen zijn op een geneeskundige psychiatrische behandeling? Waarom zegt het CDA in dat geval: betaalt u maar € 175 per keer en per behandeling?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het is overigens niet € 175 per keer, maar € 175 per behandelingscyclus. Zo'n cyclus omvat 12 of 15 behandelingen. Het misverstand dat mensen € 175 per keer bij moeten betalen, wil ik dus graag even rechtzetten.

In antwoord op de vraag van mevrouw Leijten zeg ik het volgende. Mensen die voor psychiatrische hulp in de eerste lijn in aanmerking komen, betalen al wel een eigen bijdrage. Toevallig belde me gisteren nog iemand met de opmerking: het is toch wel erg voor de mensen, want ze moeten wel naar de tweede lijn aangezien ze in de eerste lijn moeten bijbetalen, en dan kunnen ze straks ook niet meer in de tweede lijn terecht. In de ggz zijn het aantal behandelingen en de zorgkosten echter enorm gegroeid en daarom vinden wij dit een heel redelijk alternatief, zeker als je bedenkt dat wij in dit geval moeten kiezen tussen allerlei kwaden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik weet dat u heel consequent haar mail leest en dus ook alle brieven heeft gekregen. Een jeugdpsychiater heeft ons geschreven dat een kind dat getest moet worden voor ADHD of ADD twee keer bij een psychiater of een psycholoog komt. Dan gaat het om twee dbc's, namelijk één voor de diagnose en één voor de medicatie. Dat heeft niets te maken met een ellenlange behandeling van vijftien keer, maar dat heeft gewoon te maken met de diagnosestelling. U vindt het dus prima dat die ouders € 350 moeten betalen om te kijken of hun kind in de toekomst de goede zorg krijgt. Dat valt mij vies tegen van het CDA.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb helemaal nergens gezegd dat ik iets prima vond, maar ik heb gezegd dat het kiezen is tussen verschillende kwaden en dat wij moeten roeien met de riemen die wij hebben. Daarom ga ik, weliswaar met pijn in mijn hart, toch akkoord met deze bezuiniging.

De **voorzitter**: De minister wil heel even kort iets rechtzetten, waarna de heer Van der Veen aan de beurt is.



Minister **Klink**: Natuurlijk zie ik wel het punt dat mevrouw Leijten maakt, maar om te voorkomen dat dit een zelfstandig element in het debat blijft, merk ik op dat het hier om een eigen bijdrage voor 18-plussers gaat.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde heeft aangegeven dat ook zij toch wel wat moeite heeft met de eigen bijdrage in 2011 voor het GVS. Mag ik daaruit afleiden dat zij het wel eens is met de herberekening van het GVS in 2012? Wij hebben bovendien gekeken naar een alternatieve dekking, omdat wij het echt heel vervelend vinden dat een eigen bijdrage wordt ingevoerd zonder dat daar goed over is nagedacht. Is mevrouw Smilde het met mij eens dat het een heel goede zaak is om die eigen bijdrage te voorkomen en om te kijken naar een alternatieve dekking? Zo ja, wat vindt ze van ons voorstel?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Laat ik beginnen met het GVS. Daar heb ik de kanttekeningen bij gemaakt die ik gemaakt heb. Een herberekening van het GVS is voor ons bespreekbaar, maar dan wel beperkt tot een deel van de clusters. Aangezien ik niet eens weet of dat juridisch überhaupt wel kan, houd ik een slag om de arm. Bovendien ben ik ook erg benieuwd of dat inderdaad voldoende oplevert. Wat de alternatieven betreft ben ik er heel benieuwd naar wat de minister ervan zegt. Ik kan niet alle ins en outs van die alternatieven overzien. Ik kan leven met het door de minister aangereikte alternatief, juist ook omdat de minister op een andere manier de eigen bijdrage bij de paramedische zorg achterwege heeft kunnen laten. Kortom: hiermee kan ik dus leven.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Vat ik uw woorden als volgt goed samen: laat de ggz die € 175 maar betalen, want ik neem niet de moeite om te bekijken of dat op een andere manier gecompenseerd kan worden?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, zo mag u dat niet stellen. Ik heb uw voorstellen aangehoord, maar het moet even landen. Ik wacht het antwoord van de minister af. Wanneer er mogelijk een vervolg in de plenaire zaal komt, kunnen wij het opnieuw overwegen. Ik kan daarop niet à la minute een afgewogen reactie geven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ondanks de positieve economische geluiden die gisteren uitlekten, staat de zorg nog steeds voor stevige bezuinigingen. Als wij er samen voor willen zorgen dat ook onze kinderen kunnen genieten van goede zorg, moeten wij nu durven hervormen. D66 heeft altijd gezegd dat je de stijgende zorgkosten eerlijk moet verdelen, via eigen betalingen voor iedere behandeling, of dat nu psychisch of lichamelijk is, met een duidelijk maximum, al naar gelang de draagkracht. Wij behandelen psychiatrische patiënten dus niet als een aparte groep, maar gewoon als onderdeel van ons zorgstelsel. Niemand breekt voor zijn lol een been en niemand raakt voor de lol depressief. Dit is echter niet het systeem waar de minister voor kiest: hij legt de rekening juist neer bij een groep patiënten die gemakkelijk afziet van verdere behandeling. Bovenop het eigen risico, zoals dat voor iedereen geldt, voert de minister een extra eigen bijdrage in voor patiënten met een zware psychiatrische aandoening in de tweedelijns ggz. De D66-fractie is op zich niet tegen een eigen bijdrage, maar zij begrijpt niet waarom de minister juist met deze patiënten wil beginnen. Waarom moet juist een psychiatrische patiënt een extra eigen bijdrage betalen?

In juli droeg de Kamer een alternatief aan voor de invoering van een extra bijdrage in de tweedelijns ggz, maar helaas wijst de minister een herberekening van het GVS af. Die afwijzing roept bij ons de nodige vragen op. Allereerst stelt de minister dat de maximale opbrengsten gelijk aan 250 mln. zijn. Dit bedrag lijkt uitsluitend gebaseerd op de opbrengsten van eigen betalingen door verlaging van de gemiddelde prijs. Waarom houdt

de minister in zijn berekening geen rekening met de keuze van patiënten voor een goedkoper geneesmiddel, terwijl dat in feite wel logisch zou zijn? Voorts spiegelt de minister ons een risico van 200 mln. voor. Waarom gaat hij ervan uit dat de prijzen stijgen tot aan de nieuwe limiet en waarom houdt hij in dit geval geen rekening met de internationale concurrentie en het preferentiebeleid?

Bovendien stelt één zorgverzekeraar dat de uitvoeringskosten 100 mln. zullen bedragen. De minister neemt dat bedrag over. Waarop is de inschatting van deze kosten gebaseerd en waarom gaat de minister ervan uit dat dit voor alle verzekeraars geldt?

Daarnaast vormt een rapport dat in opdracht van de farmaceutische sector is gemaakt, een belangrijke basis voor het afwijzen van het alternatief van de Kamer. Waarom is de minister zo overtuigd van een rapport dat in opdracht van belanghebbenden is opgesteld?

Voorts zegt de minister druk bezig te zijn met een selectieve herberekening, die we voor 2012 mogen verwachten. Hoeveel gaat die opbrengen en waarom heeft die zo lang op zich laten wachten? De laatste herberekening stamt immers van 2004.

Bovendien geeft de minister in zijn brief aan dat nieuwe gemiddelde prijzen zijn berekend om de mogelijke opbrengsten van een herberekening te kunnen bepalen. Gaat de minister deze gemiddelden openbaar maken?

Daarnaast maakt de minister melding van een akkoord met de zorgverzekeraars over 30 mln. aan extra besparingen. Met welke partijen heeft hij hierover gesproken en kan het zijn dat hij hierover nog niet met alle zorgverzekeraars contact heeft gehad? Zo ja, welke garantie geeft de minister dat hij deze besparing kan realiseren? Waarom kiest hij er bovendien voor om deze mogelijke besparing in te zetten voor het terugdraaien van de eigen bijdrage in de paramedische zorg en niet van die in de ggz?

Wat de TNF-alfaremmers betreft heeft de minister de voorgestelde besparing ingetrokken. D66 is blij dat de ziekenhuizen hierdoor de kans krijgen om de zorg voor patiënten ook thuis goed te organiseren. Wel zien wij het gevaar dat binnen het ziekenhuisbudget straks verschillende aandoeningen moeten vechten om beperkte middelen. Hoe voorkomt de minister dat bijvoorbeeld concurrentie ontstaat tussen de vergoeding van geneesmiddelen voor kanker en die voor reuma? Het gemak waarmee de minister wijst op een alternatieve dekking binnen het geneesmiddelenkader verontrust ons bovendien een beetje. Het kost veel moeite om een alternatief te vinden voor de eigen bijdrage in de ggz, maar deze 50 mln. wordt binnen dat kader vrij eenvoudig gevonden. Ik verneem graag een toelichting van de minister op de dekking binnen het geneesmiddelenkader.

Ik sluit af met een algemene opmerking. Deze week lijkt de rechter een nieuw gat van 550 mln. in de begroting van deze minister te schieten. Om zijn uitspraak te onderbouwen wijst de rechter op het gebrekkig overleg tussen de minister en de ziekenhuizen. Ziekenhuizen en specialisten voelden zich overvallen door het besluit om de TNF-alfaremmers over te hevelen naar het ziekenhuisbudget. Na overleg stelt de minister de overheveling uit. De minister kondigt 30 mln. extra besparingen aan op de inkoop van geneesmiddelen, maar een groot deel van de zorgverzekeraars weet van niets. Bovendien is de relatie tussen de medisch specialisten en het ministerie ook al tijdenlang gespannen. Hoe gaat de minister het veld betrekken bij de enorme bezuinigingen die de zorg te wachten staan?

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Heel cynisch zou ik kunnen beginnen met te zeggen: waarschijnlijk moet de minister alle maatregelen die hier voorgesteld worden, gaan uitvoeren, want hij heeft deze week nog ergens 550 mln. verloren. Maar laat ik daarop niet verder borduren en het houden bij de voorliggende stukken.

De VVD was in het voorjaar al geen verklaard tegenstander van het invoeren van een eigen bijdrage voor de ggz, maar wij vonden de alternatieve dekking die toen door de PvdA werd ingebracht, heel goed. Daarop hebben wij de motie over de GVS-herberekening van harte ondersteund. Over die motie hebben wij een brief van de minister gekregen, die wat ons betreft wat selectief is qua argumentatie. Alle nadelen zijn keurig opgesomd, maar het blaadje met de voordelen is bij de verzending kennelijk zoekgeraakt.

Mevrouw Dijkstra voerde al wat zaken aan, maar ik loop er ook nog een paar langs. Als we een GVS-herberekening doorvoeren, gaan de farmaceuten waarschijnlijk de geneesmiddelenprijzen tot het maximum verhogen, zo wordt gesteld. Waarom doen ze dat nu dan niet? Waarom is parallelle import dan ineens geen corrigerend mechanisme meer?

Hoe zit het met het overzetten van geneesmiddelen? Dat brengt volgens de minister in één keer forse kosten met zich mee. De minister heeft echter begin dit jaar de maatregel aangekondigd dat huisartsen doelmatiger moeten voorschrijven, wat dus betekent dat er overgezet moet worden. Daarbij zijn geen kostenposten naar voren gebracht. Hoe kan het dan dat die doelmatigheidsregel toen is doorgevoerd zonder dat dit aanvullende kosten met zich meebracht en dat er nu, waarbij hetzelfde principe wordt toegepast, ineens wel sprake zou zijn van aanvullende kosten?

Ook is gevraagd hoe het toch zit met die 30 mln. van de zorgverzekeraars. Op één na weet geen enkele zorgverzekeraar waar het vandaan komt, althans: op één na ontkent iedereen het. Degene die het niet ontkent, bevestigt het overigens ook niet. Hoe zit dat precies? Ik vraag om helderheid hierover.

Hoe zit het met de doelmatigheid van het voorschrijven door huisartsen? Ons bereiken de berichten dat er niet wordt voldaan aan de criteria en dat wij tevreden moeten zijn als 50% à 60% wordt behaald. Dat betekent dat de door de minister volledig weggeschreven dekking voor een deel kan toevallen aan de GVS-herberekening, aangezien het hierbij toch om enige tientallen miljoenen gaat.

De minister haalt één zorgverzekeraar aan – mevrouw Dijkstra verwees er al naar – die zegt dat het omzetten 100 mln. kost. Is dat toevallig die ene zorgverzekeraar die tegen de GVS-herberekening is? Hetzelfde geldt voor het PHARMO-rapport uit 2004, dat was bedoeld om de toenmalige herberekening van argumenten te voorzien om het vooral niet te doen. Dat onderzoek is gesponsord door Nefarma, wat keurig op de titelsheet vermeld staat. Is dat nu wel zo'n goede bron?

De eigen bijdrage loopt via de zorgverzekeraars, dus daar zijn ze het wel over eens. Als er eigen bijdragen geheven moeten worden, zal dat dus niet tot aanvullende werkzaamheden leiden voor apothekers, hoewel zij als bezwaar hebben ingebracht dat dit bij hen tot extra kosten zou leiden. Wel zullen zij extra kosten maken om mensen uit te leggen waarom zij worden omgezet en dergelijke, maar zij zullen ook kosten kwijtraken. Het bedrag van 46 mln. aan eigen bijdrage, dat op dit moment via de apothekers wordt verrekend, zal namelijk ook door de zorgverzekeraars worden opgepakt, wat voor de apothekers dus een kostenvoordeel is. Ook dat punt is ergens in de argumentatie zoekgeraakt, want de centrale vraag is toch wel: waar zijn de opbrengsten?

Als je nieuwe gebruikers op een vrijloper zet, levert dat tientallen miljoenen op. Dat staat echter niet in de brief. Ook dat het overstappen op een vrijloper veel geld oplevert, staat er niet in. Wel dat het kosten met zich meebrengt, maar niet dat het wat oplevert. Er wordt aangehaald dat er overlap is met preferentiebeleid. Preferentiebeleid gaat ervan uit dat je het goedkoopste medicijn dient te verstrekken bij dezelfde werkzame stof. Dus hoezo overlap?

Er is toch echt iets aan de hand. Ik heb een prachtig statistiekje, dat de minister zo meteen van mij mag hebben. Kijk daarin eens onder Nexium,

de duurste maagzuurremmer. Dit medicijn kost € 211, terwijl het goedkoopste € 35 kost. Het Ziekenhuis Gelderse Vallei schrijft Nexium voor aan 3% van zijn patiënten die een maagzuurremmer nodig hebben, terwijl in het Refaja Ziekenhuis om de een of andere mysterieuze reden 50% van de patiënten het duurste middel krijgt. Wij weten allemaal dat dit komt omdat Nexium gratis wordt verstrekt aan dat ziekenhuis. De industrie loopt er namelijk op vooruit dat het voorgeschreven wordt, waarna men de deur uitloopt en de verdiensten worden gemaakt. Zo werkt het dus. Dan heeft GVS-herberekening dus toch zin of zie ik dat nu zo verkeerd?

Fundamenteel is toch echter de vraag of het GVS nog wel het systeem is dat wij moeten gebruiken voor kostenbeheersing. Als de minister geen GVS-herberekening wil doorvoeren, moet hij met een ander systeem komen. Daar valt met de VVD heel goed over te praten. Dan ga je op zoek naar alternatieven, zoals Achmea dat doet met het IDEA-pakjessysteem. Dat is goed, maar zolang GVS-herberekening het wettelijke middel is tot prijsbeheersing, moet je het ook toepassen.

Wat de TNF-alfaremmers betreft was er sprake van een overval, waarop de minister het voornemen heeft uitgesteld. Hij heeft nu een dekking voor dit besparingsverlies gevonden in de raming van het geneesmiddelenkader. Kan hij dit iets verder uitdiepen? Die dekking is zo vaag omschreven dat wij niet weten hoe hard zij is. Voor de VVD is het belangrijk dat de besparing wordt gehaald. Wij willen het veld de gelegenheid geven om voor 1 januari 2012 met betere alternatieven te komen, maar alleen als de dekking die de minister heeft aangegeven voldoende hard is. Anders zullen wij dit namelijk toch in eerdere instantie moeten doen.

Hoe hard is de dekking van 50 mln., die de minister zelf heeft ingeboekt? Als wij bijvoorbeeld Nexium in het ziekenhuiskader zouden onderbrengen, denk ik niet dat de farmaceutische industrie nog steeds een prijs van nul euro zal hanteren.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik zal proberen niet in herhaling te vallen, want er is al een hoop gezegd. Ik vraag de minister wel om serieus naar de alternatieven van de heer Van der Veen te kijken. Daarop heb ik nog een aanvullende vraag. In de bijlage bij de brief wordt een berekening gemaakt, waarin een bedrag van 105 mln. van de beoogde besparing van 251 mln. wordt afgetrokken vanwege de overheveling van de besparing die op de TNF-alfaremmers te behalen is. Aangezien die overheveling een jaar uitgesteld is, lijkt het mij dat die 105 mln. er voor 2011 nog in zitten. Ik ben geen rekenwonder, dus als ik me vergis, hoor ik dat graag.

Wat de onvermijdbare bijbetalingen voor de chronisch zieken betreft, gaat het om een maximale bijbetaling van € 200. Een zorgverzekeraar heeft contact gehad met de industrie en heeft aangegeven dat de kosten door de industrie vergoed zullen worden. Ik heb dat eens nagekeken. Voor een heleboel middelen is die mogelijkheid er al. Heeft de minister hierover contact gehad met de industrie? Voor welke middelen geldt dat nu en voor welke middelen gaat dat eventueel in de toekomst gelden? Dan hebben wij namelijk te maken met minder eigen bijbetalingen op de medicatie en dan wordt voor een heleboel mensen de drempel weggenomen.

Wij zijn erg blij met het feit dat de eigen bijdragen voor de paramedische zorg van de baan zijn. Wel blijft de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz staan. Mocht het gewenste bedrag niet uit het GVS kunnen worden gehaald, moeten wij kiezen voor de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz. In de afweging daarbij hebben wij ook meegenomen dat 30% van de 1 miljoen cliënten die behandeld worden, ten onrechte in de tweede lijn van de ggz zit. Daarbij gaat het dus om 300 000 mensen. Het invoeren van een eigen bijdrage zou volgens ons een remmend effect kunnen hebben op de toename in de tweede lijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): U denkt dat het invoeren van een eigen bijdrage een remmend effect zal hebben op de instroom in de tweedelijns ggz. Dat weet ik wel zeker, maar wat mij zorgen baart, is dat mensen daardoor juist zorgmijdend gedrag gaan vertonen. Baart u dat geen zorgen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat baart mij ook zorgen, maar wat nu gebeurt is dat mensen zorg mijden in de eerste lijn vanwege de eigen bijbetaling en dat er nu maar wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Met het handhaven van de eigen bijdrage in de eerste lijn heb je dat probleem dus ook al. Dat los je niet op door geen eigen bijdrage in de tweede lijn te introduceren, want dat probleem is er al. Ik vervolg mijn betoog. Wij zijn blij dat de overheveling van de TNF-alfa-remmers met een jaar is uitgesteld. Wij steunen de motivatie achter de overheveling naar de ziekenhuisbekostiging, maar wij willen nog wel wat meer informatie over de genoemde doelmatigheidswinst en de kosten die daar eventueel aan verbonden zijn. Aangezien de vorm van de uitgifte van de medicijnen gaat veranderen, ook voor de ziekenhuizen, vragen wij ons af wat daarvan de extra kosten zijn. Ik hoop dat daar een uitgebreide toelichting op komt en dat daar ook wat beter over wordt gecommuniceerd. Ieder van ons heeft ongeveer 200 mailtjes van ongeruste medicatieslikkers binnengekregen die dachten dat ze helemaal geen aanspraak op de medicijnen meer hadden. Blijkbaar is er dus iets fout gegaan in de communicatie en ik hoop dan ook dat die in de toekomst wat beter verloopt.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hoe staat de PVV tegenover de ggz? In het verleden heeft de PVV namelijk het standpunt ingenomen dat psychiatrische patiënten een gebrek aan commitment met de samenleving hebben en dat dit een grond is om ze uit te sluiten. Hoe wilt u het probleem met de psychiatrische patiënten oplossen als de eigen bijdrage wordt ingevoerd? Wilt u ze niet behandelen of wilt u iets anders? Wat is uw oplossing voor die 70%, die wél terecht in de tweede lijn komt?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik zeg niet dat wij groot voorstander zijn van een eigen bijdrage voor de tweedelijns ggz, maar als er gekozen moet worden – ik heb het geld namelijk niet ergens anders – kiezen wij ervoor akkoord te gaan met de eigen bijdrage voor de tweede lijn. Het is niet iets wat wij per se willen, maar wij hebben geen alternatief voor het bedrag dat openstaat als het GVS niet genoeg oplevert. Dus moet je een keuze maken, maar dat wil niet zeggen dat wij mensen uitsluiten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mijn vraag is gebaseerd op het eerder ingenomen en heel heldere, standpunt van de PVV-fractie in eerdere debatten en in de vorige periode van de Kamer: geestelijke gezondheidszorg is er voor onaangepaste mensen die je niet zou moeten beschermen maar zou moeten uitsluiten. U zegt nu: wij remmen die mensen af in hun zorgvraag. Maar wat is uw alternatief voor mensen die een dergelijke zorgvraag wel hebben? Hoe wilt u daarmee – als ze het niet kunnen betalen en als ze afzien van zorg – in maatschappelijk opzicht omgaan?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik denk allereerst dat het een remmend effect heeft op de overstap van de eerste lijn naar de tweede lijn. Bovendien vind ik dat het effect, zoals mevrouw Smilde ook al heeft aangegeven, schromelijk wordt overdreven. Wij doen nu net alsof die mensen twaalf keer per jaar € 175 moeten neerleggen. Bovendien hebben wij het over een behandeltraject. Zo'n enorm groot bedrag vind ik dat dus niet.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Met de grote budgetten in de zorg is het altijd lastig discussiëren over de vraag

wat veel en wat weinig geld is, maar laten wij even kijken naar die heel specifieke doelgroep. Ik neem aan dat u zelf ook wel brieven hebt binnengekregen. Ik kan me voorstellen dat het voor heel veel mensen geen probleem moet zijn om een eigen bijdrage voor de ggz te betalen, maar het gaat om die heel kwetsbare groepen. De afgelopen jaren is er met man en macht aan gewerkt om ze van de straat af te halen en ze in een goed traject te zetten, enzovoorts. Op het moment dat ze in de maatschappelijke opvang zitten en behandeld worden voor een trauma, is het belangrijk dat die zorg toegankelijk is. Dit is natuurlijk wel een heel kwetsbare doelgroep die getroffen wordt door de voorgestelde maatregel. Op het moment dat je die doelgroep weer terugziet op straat, kan dat wel eens extra kosten opleveren, misschien niet in de zorg, maar wellicht bij justitie. Wat is daarop het antwoord van de PVV?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Vertelt u mij maar waar u het geld vandaan haalt om dit te compenseren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dit gaat iets te gemakkelijk. In mijn bijdrage heb ik gezegd: let nu op met zo'n eigen bijdrage in de ggz en verkijk je niet op wat je daar aan besparingen denkt te behalen. Je gaat die besparingen namelijk keihard terugzien in extra kosten ergens anders, bijvoorbeeld bij justitie en veiligheid. Daarvan heb ik dus ook – ik ben overigens blij dat de PvdA mij in mijn hoop op andere berekeningen niet heeft teleurgesteld – gezegd: zoek wel naar alternatieven!

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Maar dat heb ik ook gedaan.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ja, maar dat is wat anders dan dat je de problemen en de extra kosten marginaliseert die je wellicht kunt krijgen zodra je bezuinigingsmaatregelen doorvoert.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Het was niet mijn bedoeling om dat te doen. Ik hoop van harte dat het plan van de heer Van der Veen genoeg geld oplevert, zodat wij het niet hoeven te doen, maar als dit niet zo is, moet je een keuze maken en dan kunnen wij ook kiezen voor een eigen bijdrage in de paramedische zorg. Maar dat levert op termijn ook extra kosten op.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Wij hebben een aantal verschillende onderwerpen op de agenda staan, maar voor GroenLinks is de rode draad zorgvuldigheid en betrokkenheid. Ten aanzien van de TNF-alfaremmers zijn wij blij met het terugtrekken van de voorhang. Het valt de minister te prijzen dat hij niet stug doordrukt. Hij had hiermee natuurlijk een besparing van 50 mln. kunnen realiseren, maar een besparing mag niet ten koste gaan van zorgvuldigheid. Veel mensen hebben ons benaderd met verontruste reacties en voor velen gaat het om zeer belangrijke medicijnen. Als de minister nu denkt een kostenbesparing zo te kunnen organiseren dat deze niet ten koste gaat van de patiënt, mag hij wat ons betreft een nieuwe voorhang voorbereiden om de overheveling een jaar later in te voeren. Voorwaarden daarvoor zijn wel zorgvuldigheid en draagvlak bij betrokkenen. Graag krijg ik een bevestiging van de minister dat hij deze voorwaarden onderschrijft.

Anders ligt het voor de eigen bijdrage in de tweedelijns zorg. Toen de minister de eerste keer met dit voorstel kwam, vonden wij het al een onverstandig idee. Wij waren dan ook blij dit voorstel per motie van tafel te kunnen halen. Waar hebben wij het hier namelijk over? Mensen die zorg nodig hebben in de tweede lijn van de ggz worden, als het aan dit voorstel ligt, geconfronteerd met een eigen bijdrage van € 80 tot € 175 per behandeling. Voor de duidelijkheid: het gaat hierbij niet om een paar

Gooise vrouwen die op de diva bij de therapeut liggen. De tweedelijns ggz is geen luxegoed, maar noodzakelijke zorg voor mensen met een complexe problematiek. Het gaat om mensen die gedwongen opgenomen worden en om zorg die niet zomaar uitgesteld kan worden om financiële redenen. Om dat te illustreren wil ik graag een stukje voorlezen uit een e-mail die ik vanochtend kreeg van een jongeman. Hij schreef: «Ik lijd aan de ziekte schizofrenie, volgens de psychiater, en ben dus verplicht om de psychiater maandelijks te bezoeken, ondanks dat ik het niet eens ben met zijn diagnose. Nu ik echter voor dat bezoek moet gaan betalen, wil ik dat helemaal niet meer, want ik heb slechts € 562 te besteden per maand. Ik heb dus slechts € 50 netto per week te besteden en daarvan zou ik ook nog eens de psychiater moeten gaan betalen».

Ik vrees dat deze man zal afzien van zorg als er een eigen bijdrage komt. Ook vrees ik dat de resultaten die we met de bemoezorg hebben bereikt, teniet worden gedaan door het invoeren van een eigen bijdrage.

Bovendien vrees ik dat het tot uitgestelde en nog duurdere zorg leidt als mensen de zorg in de tweede lijn gaan mijden. Deelt de minister deze zorgen?

Daarnaast vraag ik aan de minister hoe hij omgaat met de reactie van GGZ Nederland, die weigert om de eigen bijdrage te innen. GroenLinks zou graag zien dat de minister zich hierin net zo open opstelt als bij de voorhang alfaremmers. Is hij daartoe bereid? Het moge dus duidelijk zijn dat het voor ons bovenal van belang is dat er geen eigen bijdrage voor de tweedelijns zorg komt.

Dat brengt me bij het GVS. Volgens ons is een eigen ggz-bijdrage te voorkomen met de motie die in juli is aangenomen. Volgens zorgverzekeraar UVIT kan de motie zelfs tot een nog grotere besparing leiden dan aanvankelijk gedacht werd. Graag verneem ik hierop een reactie van de minister.

Tegelijkertijd is UVIT niet de enige partij die inzake GVS contact met ons heeft gezocht. Diverse verzekeraars en organisaties hebben ons benaderd. Zij hebben allemaal andere ideeën over de vraag hoe met het voorschrijven van geneesmiddelen moet worden omgegaan. Daarbij valt één ding op: of ze nu voor of tegen die motie zijn, ze zijn het op een aantal punten eens. Het GVS is aan verbetering toe, er zijn besparingen op mogelijk en het kan transparanter. GroenLinks wil graag dat het GVS zo wordt herzien dat het voor langere tijd mee kan, minder kost en transparanter is. Dat wil volgens mij iedereen in de zaal. Is de minister bereid hierover met betrokken partijen na te denken? Voor 2011 vind ik in ieder geval de alternatieven die de heer Van der Veen heeft genoemd, zeer veelbelovend. Concluderend: voor ons staat voorop dat wij geen eigen bijdrage in de tweedelijns ggz willen. Wij weten haast wel zeker dat daar alternatieven voor zijn, zodat wij daar dus niet aan hoeven te beginnen.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik vond het eigenlijk wel bijzonder dat ik voorafgaand aan dit overleg door een van de collega's als ChristenUnie-vertegenwoordiger werd aangezien en dat tijdens dit overleg mevrouw Wiegman als SGP-vertegenwoordiger werd aangesproken. Daar valt veel over te zeggen, maar laat ik alleen even het volgende noemen: kennelijk staat zowel het sociale profiel als het vrouwvriendelijke imago van de SGP nog steeds zodanig dat deze verwarring mogelijk is. Dat verheugt mij!

Ik kom nu bij de zaken waar het vandaag echt om gaat. Wij hebben met instemming kennisgenomen van de laatste brief van de minister over de TNF-alfaremmers, belangrijke medicijnen voor reumapatiënten. De voortzetting van de thuislevering en de thuistoediening mag inderdaad niet in gevaar komen door nu te snel te schakelen. Wij waarderen daarom de extra tijd die de minister uittrekt om die maatregel voor te bereiden. Wel zou ik nog wat meer van hem willen horen over de dekking daarvan. Over het dekkingsvoorstel in de motie-Van der Veen c.s., dat een

alternatief bevat voor de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz, oordeelde hij immers dat hij er onvoldoende mee uit de voeten kon. Uit de brief die een paar dagen na de brief over de motie-Van der Veen c.s. verscheen, blijkt echter dat op basis van zeer recente informatie van het CVZ extra financiële ruimte te vinden was in de recente raming van het geneesmiddelenkader. Kennelijk is er dus in die dagen na 6 september nog iets uit de hoge hoed getoverd. Is er in die hoge hoed niet nog meer te vinden waar wij wat aan kunnen hebben voor het andere deel van de discussie? Dan kom ik bij de eigen bijdrage. Wat ik vandaag zo beluister, is waarschijnlijk een voorproefje van wat wij de komende jaren nog heel vaak zullen krijgen. Wij hebben het nu eigenlijk over relatief kleine bezuinigingen, maar er staan natuurlijk nog veel meer bezuinigingen op stapel. In de brieven vanuit het veld en vanuit de Kamer worden belangrijke argumenten genoemd. Beseft de minister wel het enorme maatschappelijke belang van het type zorg dat nu aan de orde is? Kost deze bezuinigingsmaatregel de maatschappij als geheel op de lange termijn eigenlijk niet meer geld? Hebben wij wel door dat kwetsbare groepen zorg gaan mijden als gevolg van de bezuiniging en komen deze groepen daardoor uiteindelijk niet in een duurdere vorm van zorg terecht? Dat zijn, wat ons betreft, allemaal heel serieuze argumenten die wij nauwkeurig moeten wegen. Daarbij wreekt het zich dat het best lastig is om er echt de vinger achter te krijgen hoe hard die bezwaren nu zijn. Hebben wij daar een serieuze inschatting van? Ik hoor de minister daar natuurlijk graag nader over, ook naar aanleiding van vragen van collega's. Als de minister aan de andere kant van de balans meent dat er nu een prikkel is om te snel naar de tweede lijn te verwijzen en hij dat met deze benadering meent op te lossen, dan is mijn vraag: hoe hard en hoe groot is het probleem van een te snelle doorverwijzing? Wordt dit probleem dan ook echt verholpen door deze maatregel? Hoe groter en hoe sterker de fundamentele visie is die aan de maatregel ten grondslag ligt, hoe krachtiger ook de argumentatie zou kunnen zijn, maar het probleem van dit debat is een beetje dat de maatregel in feite is ingegeven door een ad-hocingrijpen wegens een overschrijding in het jaar X. Daar raakt de discussie sneller door vervuild en dan ben je bezig met kortetermijnsprokkelwerk in plaats van echt serieuze en doordachte bezuinigingen voor de lange termijn in te voeren. Dat is heel eerlijk ook de aarzeling die mijn fractie heeft bij deze bezuiniging en daarom hebben wij de reddingsboei van de motie-Van der Veen c.s. aangegrepen naar aanleiding van het vorige debat. In feite zegt de minister over deze motie dat hij de berekening, bij nadere weging, uiteindelijk niet sterk genoeg vindt. Daarover zijn allerlei kritische vragen gesteld. Ik hoor daar graag het antwoord van de minister op en natuurlijk hoor ik ook graag zijn reactie op de alternatieve voorstellen die door de heer Van der Veen en andere collega's naar voren zijn gebracht. Daarbij beseft ik dat het wel kort dag is om voor 2011 al voldoende geld te kunnen verzamelen als alternatief voor deze maatregel.

Voor zover de tijd nog strekt, heb ik nog een paar, enigszins concretere punten ten aanzien van het mijden van zorg. In het vorige debat zei de minister dat hij het risico op zorgmijding als gevolg van deze maatregel niet hoog inschatte. Daarvan zijn wij nog niet overtuigd, want zeker naarmate er sprake is van een stapeling van de eigen bijdrage en het eigen risico, wordt de kans groter dat mensen rond het sociaal minimum daadwerkelijk zorg gaan mijden. Het kan de druppel zijn die de emmer doet overlopen. Wij horen in de praktijk nu ook al verhalen over de ingevoerde eigen bijdrage voor dagbesteding die allerlei nadelen laat zien. Kloppen de geluiden en de schattingen dat, juist als het gaat om dit type zorg, een kwart tot de helft van de mensen die gebruikmaken van de tweedelijns ggz, rond het sociaal minimum zit? Aangezien dit een relevant gegeven is, vragen wij de minister of hij daarover meer precieze informatie heeft.



Ik had het net al even over de stapeling van een mogelijke eigen bijdrage, het eigen risico en de overige zorgkosten, waar juist deze doelgroep mee te maken krijgt. In hoeverre is dit meegewogen?

Als laatste heb ik een opmerking over de administratieve lasten. De discussie wordt door GGZ Nederland in ieder geval levendig gevoerd, getuige de oproep om niet mee te werken aan de uitvoering van de eigen bijdrage. Ik hoor graag van de minister hoe het zit met de uitvoeringslasten en de uitvoeringskosten.

**Minister Klink:** Voorzitter. Op de valreep van het reces hebben wij met elkaar verkend hoe wij de 1,4 mld. waaraan ik gehouden was, zouden invullen. Ik heb toen gezegd dat ik daar onbevangen in zit. Omdat ik demissionair minister ben is het belangrijk om die 1,4 mld. gezamenlijk in te vullen. Natuurlijk zijn er de assen die zo-even al genoemd werden, namelijk de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid enzovoorts. Dit zijn en blijven belangrijke criteria. Ik laat mij graag overtuigen van alternatieven van de kant van de Kamer en wellicht geldt dit ook andersom. Het gaat mij er namelijk niet om dat ik als het ware via een soort U-bocht terugkom bij eigen betalingen in de ggz vanuit een soort stoer gevoel in de trant van: toch gaan we dat maar eens doen! Ik had het liever niet gedaan. Naar aanleiding van de GVS-herberekeningen had ik liever gezien dat ik de Kamer had kunnen melden: gelukkig kan het en dit is de volle opbrengst, waardoor wij dus niet terug hoeven te vallen op het alternatief van de eigen betalingen in de ggz.

Gelukkig is de eigen bijdrage niet nodig in de sfeer van de logopedie, de ergotherapie, de diëtetiek en dergelijke, maar ik ontkom er naar mijn beleving niet aan die in de tweedelijns ggz wél in te voeren. Belangrijk punt bij de afweging die wij maakten – dat meld ik toch maar alvast – was dat er voor de eerste lijn wel degelijk een eigen bijdrage van € 80 bestaat, wat gemiddeld neerkomt op € 10 per zitting. Wij hebben daarvoor ongeveer het equivalent proberen te nemen bij de dbc's, waarbij althans wordt uitgegaan van verschillende minuten en verschillende uren, en op basis daarvan hebben wij een gemiddeld bedrag genomen van € 175 of, als het om 100 minuten gaat, € 80. Het is geen onbelangrijk gegeven dat er in de eerste lijn dus wel degelijk een eigen bijdrage wordt geheven, wat uiteindelijk dus een aanzuigend effect heeft op de tweede lijn, die in de regel bovendien duurder is. Toen wij hier een jaar geleden met elkaar spraken over een tariefkorting van 3% in de ggz via budgettering, is er door GGZ Nederland gewezen op de alternatieven, namelijk pakketverkleining of eigen bijdrage. Ik snap de bezwaren wel en natuurlijk zie ik ook de nadelen van een eigen bijdrage met eventuele gevolgen als het mijden van zorg, maar GGZ Nederland moet niet doen alsof de eigen bijdrage nu ineens zomaar uit de lucht komt vallen, want men heeft dit nota bene zelf als een alternatief geopperd voor de toenmalige budget- en tariefkorting van 3%. Tijdens het vorige debat meldde ik al dat ik het van belang vind om, zoals we dat bij de eerste lijn hebben gedaan, ook in de tweede lijn door middel van de eigen bijdrage enige drempel in te bouwen om zo het bewustzijn te vergroten dat met deze zorg kosten zijn gemoeid. Ik kom daar zo meteen overigens uitvoeriger op terug.

Voordat ik het een en ander over het GVS zeg: mijn belangrijkste punt is – dat gold de vorige keer en dat geldt ook nu – dat ik niet wegloop voor alternatieve dekkingsvoorstellen van de Kamer. Maar het moeten wel harde maatregelen zijn, want ik moet dat met mijn collega's kortsluiten – dat speelt met name ten aanzien van het GVS – en ik moet voldoende overtuigingskracht hebben om wat te kunnen inboeken. Zo meteen kom ik misschien wel met een enkele optie.

In totaal gaat het om 1,4 mld. bezuinigingen, waarbij het bij de GVS-herberekening om een bedrag van 140 mln. gaat. De vergoedingslimieten zijn herberekend voor de prijzen van 1 juli 2010 en op papier levert die herberekening 250 mln. op. Dat is voor de Kamer een bekend bedrag,

want dat is gememoreerd tijdens het vorige debat en in brieven die wij hebben doen toekomen. Maar die herberekening betekent de facto niet per se dat je die 250 mln. ook daadwerkelijk haalt. Dat effect behaal je vooral door – wat wij volgens mij met zijn allen ook willen – een maximeringsregeling in het leven te roepen van maximaal € 200 bijbetaling per persoon en door doelmatig voor te schrijven, waar de heer Zijlstra ook op wees. Op de, overigens gerechtvaardigde, vraag in hoeverre je die bedragen nou binnenhaalt, zal ik zo meteen terugkomen. Dit punt werd overigens ook door de SGP genoemd.

Wij hebben de herberekeningen uiteindelijk laten plaatsvinden, althans de raming van de opbrengsten, zonder gedragseffecten te veronderstellen. Om die 250 mln. binnen te halen gaan wij er dus niet van uit dat mensen van soort medicijn switchen, maar wij gaan ook niet uit van gedragseffecten aan de andere kant.

Stel namelijk dat de prijzen omhooggaan. Voor fabrikanten hoeft het bepaald niet oninteressant te zijn om de prijzen daadwerkelijk te verhogen – let wel: niet te gaan verlagen maar te gaan verhogen – vanwege het feit dat wij die limiet aanbrengen bij de bijbetalingsregeling.

Als je de prijzen namelijk niet verlaagt hoeven de WGP-prijzen en de referentieprijzen – Nederland is ook een referentieland voor andere landen – ook niet te dalen. Dus het marktaandeel in andere landen blijft gelijk of kan eventueel zelfs omhoog als prijzen worden verhoogd.

Een verhoging van de prijzen kan ook betekenen dat de fabrikanten die op dit moment op een betrekkelijk lagere prijs zitten – dat hoeft nog geen eens de limiet te zijn, maar het kan er ergens tussenin zitten – naar die WGP-prijzen toegaan, want de bijbetaling is toch maximaal € 200. Dan kan de patiënt eventueel zelfs – dat gebeurt ook – gecompenseerd worden omdat de fabrikanten zeggen: u krijgt die € 200 van ons gecompenseerd zodat wij de prijzen kunnen verhogen, want dat wordt toch afgewenteld op het collectief en op het basispakket. Het surplus van die € 200 aan eigen betalingen past de rijksoverheid, natuurlijk in de vorm van het Zvw-fonds, gewoon bij. De heer Zijlstra veronderstelde dat dit altijd leidt tot switchgedrag. Wij weten uit ervaring dat dit niet altijd zo hoeft te zijn, zeker niet bij degenen die meer medicijnen gebruiken. Je betaalt namelijk maar eenmaal die € 200. Bij die andere medicijnen kan het zo zijn dat mensen gewoon op de medicijnen blijven zitten, terwijl er op zichzelf ruimte was om te gaan switchen. Dat is zeker het geval bij mensen die met meerdere middelen te maken hebben. Men kan ook de compensatie zoeken. Als een fabrikant meerdere geneesmiddelen fabriceert, kan hij besluiten het ene te verhogen omdat het andere verlaagd moet worden. Dat is mogelijk nu de bijbetalingsregeling er is en de maximering zich aftekent.

Mijn ambtenaren hebben dit niet verzonnen; dit is berekend door het CVZ en het CIBG. Zij veronderstellen deze gedragseffecten, die je niet moet uitsluiten. De heer Zijlstra suggereerde dat er positieve gedragseffecten tegenover staan. Die zijn er inderdaad, mits het GVS werkt zoals het zou moeten werken. Als de maximeringsregeling er niet zou zijn, zou de kans groot zijn dat mensen zouden gaan switchen. Met name bij mensen die aan reuma lijden, zijn er astronomische bijbetalingen aan de orde. Dat levert voor de patiënten een gigantische druk op om te switchen van medicijn, maar de maximeringsregeling doorkruist de spelregels in dezen in grote mate. Fabrikanten kunnen daarop gaan inspelen.

De reden dat we de gedragseffecten in positieve noch negatieve zin in kaart hebben gebracht, is dat we bij de berekeningen de kosten van het omzetten, de bedrijfskosten, ook niet hebben meegenomen. Er werd verwezen naar het PHARMO-rapport van een paar jaar geleden, maar dat ging over de last die mensen ervaren als zij van de ene op de andere medicatie overgaan. Dat is echter niet zozeer een kostenfactor, hoewel dit in de uitvoering wel aan de orde kan komen. Deze kosten zijn dus niet in de berekeningen meegenomen.

We komen uit op een besparing van circa 30 mln. die zou kunnen worden gerealiseerd. We hebben daarbij dus geen rekening gehouden met de extra middelen die eventueel zouden kunnen worden binnengehaald als het allemaal werkt zoals we hopen, maar evenmin met de negatieve effecten. We weten momenteel niet welke kant het op zal gaan, maar het risico is vrij groot dat er tot 290 mln. extra kosten zullen zijn. Dat mogen we in elk geval niet uitsluiten als de prijzen in de richting van het WGP-maximum gaan. Daarom kunnen we dat niet inboeken en durven we dat ook domweg niet.

Mevrouw Leijten zei zo-even: wij hebben deze minister altijd als een redelijk mens gezien; staat hij nu niet onder druk van Financiën? Elke keer als ik de afgelopen weken een zelfstandig standpunt inneem, is er kennelijk een ander die me daartoe dwingt. Ik kan echter melden dat ik ook in dit geval mezelf heb laten overtuigen door degenen die met argumenten kwamen, niet op basis van de autoriteit van deze of gene. Daarbij teken ik wel aan dat ik dit er inderdaad domweg niet doorheen krijg bij Financiën. De gedragseffecten kunnen zich namelijk naar verschillende kanten uitstrekken, waardoor ik met een extra risico zit van 200 à 300 mln. zit. Dat werkt natuurlijk niet, en terecht. Hoewel ik ze niet heb, kun je niet varen op mijn blauwe ogen.

Dat neemt niet weg dat we misschien moeten concluderen dat het GVS niet meer werkt op de klassieke manier. Ik had het daar tijdens de onderbreking nog over met de heer Zijlstra. Als het wel werkt, kom je met astronomische bijbetalingen te zitten. Die willen we terecht niet. Daardoor wordt het GVS doorkruist, tenzij een selectieve herberekening kan plaatsvinden, per cluster of per herschikt cluster. Het lijkt me goed dat mijn opvolger de komende jaren bekijkt in hoeverre dat kan.

Ook ik zie in dat doelmatig voorschrijven een hachelijke onderneming is. Ik ben het in dezen met de heer Zijlstra eens. Momenteel staat doelmatig voorschrijven ingeboekt in onze meerjarenraming, maar als we het doel niet halen, zouden we het resterende bedrag wellicht moeten bijboeken in het GVS. Ik herhaal wat ik tegen de huisartsen heb gezegd. Zij willen prestatiebekostiging, betaald worden op basis van prestaties, maar dat betekent ook dat we prestaties niet slechts definiëren in termen van consulten, maar ook in termen van doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Ik geloof dat het om 110 mln. gaat. Als de huisartsen dat niet halen, betekent dat de facto dat het surplus van 60 à 70 mln. dat ze zouden krijgen, niet doorgaat. Ik hoop dat mijn opvolger de guts heeft om dat door te zetten als het doel niet gehaald wordt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Uit uw antwoord blijkt dat u een onderscheid maakt tussen 2011 en 2012. Het feit dat u uit sociale overwegingen een eigen bijdrage tot € 200 beperkt, heeft als effect dat de farmaceutische industrie haar prijzen opschroeft. Dat blijkt uit uw verhaal en uit de brieven. Zoals ik al heb aangegeven, is dat een rare, perverse prikkel. Met al onze op- en aanmerkingen bij het GVS 2011 hebben wij ook erkend dat het dan niet opbrengt wat het zou moeten opbrengen. Ik constateer dat dit te maken heeft met de wijze waarop de farmaceutische industrie de prijzen bepaalt. Heb ik de minister goed begrepen dat zulke problemen zich met een selectieve herberekening in 2012 niet zullen voordoen? Je moet altijd zoeken naar een beter systeem, maar kan het GVS per 2012, al dan niet aangepast, gewoon doorgaan? Wordt daarmee de perverse prikkel, waar ik me redelijk over opwind in deze tijd van bezuinigingen, daarmee weggenomen?

Minister **Klink**: Het eerste is mij uit het hart gegrepen. U had het al over de moraliteit van de zorg. De vooronderstelling is: dit leidt tot prijsopdrijving, want anders gaat men in andere markten, enzovoorts. Ik vind het ook nogal wat om zulke vooronderstellingen neutraal tot je te nemen. Dit is weliswaar een fact of life, maar de overheid moet daar wel iets

tegenoverstellen. Daarom is een selectieve herberekening van belang. Laat ik een voorbeeld geven waarin dit een fact of life is dat niets te maken heeft met het strategisch gedrag van fabrikanten. Als je bijvoorbeeld in het geval van ADHD zou gaan herberekenen, leidt dat tot een opwaarts effect op de limieten vanwege de gemiddelde prijs die bij de herberekening van de limiet gehanteerd wordt. Momenteel liggen die prijzen gemiddeld gezien boven de huidige limiet van de vergoedingen. Je zou die prijzen kunnen afzonderen van de herberekeningen, maar de vraag is in hoeverre dat juridisch kan. Je moet daar goede, objectieve argumenten voor hebben. Ik zou het GVS niet dood willen verklaren, maar als we het effectief willen laten zijn, moeten we grondig gaan kijken naar selectieve herberekeningen. Wat mij betreft gaan die per 2012 in. We krijgen de komende jaren nog wel vaker met bezuinigingen te maken en ik zou deze mogelijkheid zeker niet wegpoetsen, sterker nog: ik zou die in de lucht laten hangen. Ik kan die echter nu niet inboeken.

Voorzitter. Niet alleen de heer Van der Veen, maar ook andere leden der Kamer vroegen zich af of er in het kader geen andere middelen te vinden zijn om de eventuele eigen bijdrage aan de ggz af te vlakken. Ik zal er een paar nalopen. De 75 mln. die de heer Van der Veen noemde, hebben te maken met de receptregelvergoeding. De informatie die ik nu heb, is buitengewoon onduidelijk. Ik kan slechts zeggen dat aan de receptregelvergoeding een harde bijdrage van ongeveer 30 mln. is gerelateerd. Wellicht valt die wel in te boeken.

We kunnen de WGP niet eenvoudig aanpassen. Het Europese Hof zal erop letten welke referentielanden wij nemen. Dat moeten altijd landen zijn met ongeveer hetzelfde welvaartsniveau als het Nederlandse, want anders wordt het slechts een op de prijs drukkende, effectgerichte keuze van referentielanden. Dat gaat niet werken. De weekdosering en het baxteren zullen ongetwijfeld nog terugkomen bij de berekening van de receptregelvergoeding, want de NZa kijkt ook naar een norminkomen en naar datgene wat men via de receptregelvergoeding etc. binnenhaalt. Ik schat in dat dit bij de berekeningen in het komende jaar daadwerkelijk een plek zal krijgen.

Ik kom er straks nog op terug, maar zal alvast iets zeggen over de TNF-alfaremmers en de 50 mln. die we daarvoor structureel gaan inboeken. We stellen het uit tot 2012 en er is in het geneesmiddelenkader nog 50 mln. te vinden, maar dat is een incidenteel bedrag, geen structureel bedrag. We kunnen dit dus niet inboeken om de eigen ggz-bijdrage af te vlakken, want het gaat om een eenmalig bedrag. De TNF-alfaremmers staan wel in onze boeken voor 2012 en verder, maar je kunt deze incidentele meevaller niet inboeken om de eigen ggz-bijdrage te begrenzen. Met andere woorden: er is wel een marge van circa 30 mln., maar daarmee houdt het ook op.

Laat ik maar gelijk zeggen wat een alternatief zou kunnen zijn als we vinden dat een eigen ggz-bijdrage van bijvoorbeeld € 175 wel hoog is. Je zou bijvoorbeeld bij de eerder genoemde 30 mln. nog 20 mln. eigenrisicoverhoging kunnen voegen. Zo blijft er nog 60 mln. eigen ggz-bijdrage over; dat geeft de ruimte om de € 175 terug te brengen tot € 90 of € 100. Ik kan de eigen bijdrage echter niet helemaal wegpoetsen, tenzij de Kamer besluit dat ik in de hele linie voor het eigen risico moet kiezen, maar ik vrees dat het eigen risico in de toekomst toch nog wel nodig zal zijn. Er zijn ook andere alternatieven en we hebben daar ook naar gekeken. De PvdA, D66 en, naar ik meen, nog een andere partij stellen in hun programma's voor om de lichte ggz uit het pakket te halen. Momenteel is het echter niet mogelijk om de zorg te splitsen en te markeren wat lichte ggz is en welke dbc's de mensen in feite zelf zouden moeten betalen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Laten we dit technische rondje meteen afmaken. We hebben het over geld dat we voor 2011 willen vinden. We willen in ieder geval één jaar zonder de eigen bijdrage, zodat we goed

kunnen bekijken wat de effecten van de eigen bijdrage zijn. Dat is de strekking van de motie. De vraag of het incidenteel of structureel is, speelt dus eigenlijk niet zo. In eerste instantie gaat het erom de eigen bijdrage voor 2011 van de baan te krijgen.

Mijn tweede opmerking gaat over de WGP. In de opsomming die ik in zes minuten heb moeten geven, heb ik geen opbrengsten van de WGP over 2011 ingeboekt. We zijn er zeer van overtuigd dat die aangepast moet worden, maar die aanpassing zat niet in mijn opsomming. Ik heb wel onder andere de hogere kortingen en bonussen genoemd. Aangaande die zaken ben ik, zacht gezegd, niet overtuigd door het antwoord van de minister. Ik kan me voorstellen dat het voor een debat ontzettend oninteressant is om zulke technische gegevens met elkaar te wisselen, maar het is wel de essentie van de zaak. Over de bedragen die ik noemde, is ook met zorgverzekeraars en anderen gesproken. Naar mijn idee zijn die bedragen nog aan de conservatieve kant en ik ben er niet van overtuigd dat die niet in ieder geval incidenteel voor 2011 zouden kunnen worden ingeboekt.

**Minister Klink:** Met betrekking tot de WGP ben ik het met de heer Van der Veen eens. Het is een langeretermijntraject waar je kritisch en constructief naar moet kijken. Toen ik eind vorige week van de 75 mln. hoorde, was ik daar buitengewoon verheugd over. Het zou namelijk kunnen betekenen dat het gat in het GVS voor een deel zou kunnen worden ondervangen. Ik was met de heer Van der Veen heel teleurgesteld toen ik van de NZa hoorde dat men niet verder kwam dan ongeveer 30 mln. Ik kan echter niet meer geld inzetten dan de hard te maken middelen die de NZa mij aanreikt. Ik kan niet tegen de Kamer, het ministerie van Financiën en het publiek zeggen dat ik denk dat het toch 75 mln. is. Ik zou dat liever wel doen, maar het is niet zo.

**De heer Van der Veen (PvdA):** Ik heb ook nog de clawback genoemd. Ik geloof de minister op zijn niet geheel blauwe ogen, maar op deze manier blijft het wel erg lastig. Om niet elke keer een discussie te krijgen, vraag ik de minister: lukt het om bijvoorbeeld voor morgen goed op papier te krijgen om welke redenen dat wat ik voorstel, niet mogelijk is? We wisselen nu mondeling argumenten uit, maar ik heb er sterk behoefte aan om dat goed na te kunnen gaan.

**Minister Klink:** Natuurlijk wil ik daaraan graag tegemoetkomen. Dit is tenslotte geen welles-nietesspelletje, we bekijken met elkaar wat er verantwoord is. U hebt het over 75 mln. korting aan bonussen. Ik neem aan dat u daarmee doelt op het punt dat vorige week in de media aan de orde was. Het zou mogelijk zijn de receptregelvergoeding te verlagen. Deze week heb ik te horen gekregen dat het hierbij om ongeveer 30 mln. gaat in plaats van 75 mln. Verder zal ik de WGP-aanpassing, de weekdosering en de clawback meenemen in mijn reactie.

**De heer Zijlstra (VVD):** Ik ben blij met die toezegging, want ik zie een en ander graag nog eens op een rijtje. Het feit dat u deze maatregel er niet langs krijgt bij Financiën klinkt me inmiddels wat bekender in de oren dan ik zou willen. Als ik het goed begrepen heb, is de kern dat u van NZa en Financiën de gedragseffecten niet mee hebt mogen rekenen die we in juli in de motie hebben neergelegd en die we vandaag in onze inbrengen naar voren hebben gebracht. Daarom hebt u de positieve en negatieve effecten niet meegenomen en komen we op de opbrengst die ons nu is voorgespiegeld. Dat is toch in feite de kern van wat u morgen in een brief gaat opschrijven?

**Minister Klink:** Wat u nu noemt, stond in de vorige brief. Ik ga nu alternatieven bekijken voor het GVS. Als die optellen tot een bepaald

niveau, kun je die eventueel afboeken van de eigen bijdrage in de ggz. Laat ik daar gelijk nader op ingaan, want anders lijkt ik inderdaad een kille boekhouder die zegt: dan maar geen eigen bijdrage meer. Ik vind het volgende punt echt belangrijk en leg het voor u neer. De ggz groeit enorm, vooral onder de groep 18-minners. Die groep nemen we niet mee in de eigen bijdrage, maar de ggz groeit dus wel enorm. Al die kosten drukken een heleboel andere investeringen gewoon weg. Tariefkortingen zijn in dezen een belangrijke methode om te bezuinigen, maar iedereen meende dat de doelmatigheid daar op den duur uit zou zijn.

Ik ben het eens met iedereen die zich ongemakkelijk voelt bij deze maatregel. Bij iemand met schizofrenie bijvoorbeeld is de diagnose waarschijnlijk snel gesteld, maar tegelijkertijd vinden er soms diagnoses en dbc-toerekeningen plaats waar je vraagtekens bij kan hebben. In de somatische sfeer is dat overigens niet anders. De vraag waar er sprake is van onderbehandeling en overbehandeling, speelt ook gewoon bij de ggz. De ggz geeft aan dat we kunnen kijken naar de indicatiestelling via e-health en dergelijke. Dat lijkt me voor de toekomst belangrijk. Toch moeten we ook werken aan het bewustzijn van mensen. Was Nederland tien jaar geleden zoveel ongezonder dan nu, terwijl de ggz zo enorm groeit? Eerlijk gezegd betwijfel ik dat soms. Het enige aangrijpingspunt dat we hebben om dat bewustzijn te bevorderen, kent inderdaad ook zijn nadelen: de eigen bijdrage.

De heer **Zijlstra** (VVD): Er zat nog een heel lange staart aan dit betoog, maar het antwoord op mijn vraag was dus ja? Heb ik het goed begrepen en zegt de minister feitelijk dat het, tenzij we nog selectieve herberekening kunnen toepassen met alle juridische haken en ogen van dien, heel verstandig is om een ander prijsbeheersingssysteem te bedenken dan het GVS? Als er namelijk één ding duidelijk wordt, is het dat we op papier weliswaar een redelijk prijsbeheersingssysteem hebben, maar dat het in de praktijk drommels moeilijk blijkt om het echt te laten werken.

Minister **Klink**: Dat klopt, en op beide fronten is doelmatigheid van belang. In de ggz moet de sector zelf middels richtlijnen aangeven wat een goede diagnostiek is. Met betrekking tot het GVS moet de sector bij het toedienen en voorschrijven van medicijnen zelf doelmatig gaan voorschrijven. Toch zie ik in hoe lastig dat is. De heer Van der Veen heeft er gedurende de afgelopen jaren verschillende keren terecht op gewezen hoe onwaarschijnlijk lastig het is om artsen zover te krijgen dat ze doelmatig gaan voorschrijven. Er moet snel een kwaliteitsinstituut komen dat daar de vinger op legt. Volgens mij hebben alle partijen, inclusief de VVD, dat ook in hun verkiezingsprogramma opgenomen. Dan wordt het publiekelijk en is er sprake van «naming and shaming», maar dat zij zo. De overbehandeling met medicijnen en het voorschrijven van te dure medicijnen vind ik tegen de achtergrond van de enorme kostenoverschrijdingen namelijk ongerijmd en ongepast. Dat geldt ook voor de farmaceutische industrie als zij de prijzen opdrijft terwijl dat niet per se hoeft en zij dit slechts doet omdat een terugbetalings- of maximeringsregeling toevallig daartoe aanleiding geeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister had het er in een bijzin over dat de groei van de ggz een groot probleem is, maar ik wil hem meegeven dat dit ook beleid is geweest. Nog geen tien jaar geleden hebben we gezegd: we moeten er oog voor hebben dat de investering in de ggz uiteindelijk ook een kostenreductie is. Ze reduceert bijvoorbeeld de kosten van psychiatrische patiënten op straat, problemen op de justitiebegroting en problemen in het speciaal onderwijs. Ik verzoek de minister om die overwegingen uit het verleden recht te doen en ook in te gaan op de verschuiving van kosten die de eigen bijdrage met zich meebrengt. Daar hebben veel fracties op gewezen. Als de minister enkel kijkt naar de groei

en niet naar de reductie van kosten op andere terreinen, heb ik toch het idee dat dit een boekhoudersbetoog is.

**Minister Klink:** Ik ontken niet dat wij dit risico lopen. Dat ben ik met u eens. In de somatische sfeer betaalt men ook een eigen bijdrage, bijvoorbeeld voor cholesterolverlagingsmiddelen en voor medicijnen voor chronisch zieken. Ik heb al betoogd dat we die eigen bijdrage misschien wel niet moeten willen. We werpen zo namelijk een drempel op, terwijl we juist willen dat chronisch zieken naar de arts gaan teneinde allerlei zorgkosten te voorkomen die zullen toenemen als iemand niet tijdig naar de dokter gaat. Dat speelt ook hier. Zeker voor de komende jaren heeft het daarom mijn voorkeur om heel goed naar de diagnostiek te kijken en de richtlijnen goed te ontwikkelen, en daarin het drempel-effect te zoeken in plaats van in een financieel instrument. Op dit moment kan dat echter nog niet, terwijl de kosten enorm oplopen. Daarom denk ik dat het op deze manier moet.

Daarbij maak ik echter de belangrijke aantekening dat ik de onbalans tussen een eigen bijdrage in eerste en tweede lijn wil weghalen. De heer Zijlstra vroeg of ik dat kon kwantificeren. Volgens de berekening die we intern gemaakt hebben, gaat 30% van de mensen naar de tweede lijn, terwijl dat niet per se hoeft omdat zij in de eerste lijn kunnen worden geholpen. Dat balanseffect realiseren we hier ook mee. De tweede lijn is namelijk gewoon duurder.

**Mevrouw Leijten (SP):** U wijst op die 30%. De PVV deed dat ook. Er komt echter ook 70% terecht bij de tweedelijns zorg uit. Ik ben er net als u erg voor om overbehandeling, onderbehandeling en overmedicalisering terug te dringen, maar is de eigen bijdrage wel het geëigende middel daarvoor? In uw betoog zei u eigenlijk eveneens dat we zo ook de 70% te grazen nemen die terecht naar die stigmatiserende tweedelijns behandeling gaat. Volgens mij zitten we heel dicht bij elkaar. Daarom vraag ik u: is de eigen bijdrage op dit moment het juiste instrument, of gaan we samen met de hele ggz-sector naar toekomstbestendige besparingen kijken zonder die maatschappelijke kosten te verschuiven naar justitie, onderwijs etc.?

**Minister Klink:** Ik zoek hierin naar een balans. Ik zeg niet dat eigen bijdragen nooit kunnen. Daarom hebben we een eigen risico. Er kan echter wel een balans in zitten. Daarom deed ik zojuist ook een handreiking om te bekijken of die € 175 wellicht kan worden teruggebracht naar € 100. Je moet je daarbij echter wel realiseren dat er iets in de sfeer van een eigen risico moet komen. Dat zal ongeveer 20 mln. zijn. De 30 mln. moeten we gebruiken in zoverre die aanwezig is in het geneesmiddelenkader.

**De heer Van der Staaij (SGP):** Als ik de minister goed beluister, zegt hij dat we ook nog naar een andere maatregel moeten kijken en vraagt hij zich ook af of een financiële drempel de beste manier is. Zijn die argumenten eigenlijk geen extra reden voor een benadering waarin we voorzichtig zijn met het invoeren van de eigen bijdrage als structurele bijdrage?

**Minister Klink:** Ik kies een niveau van eigen bijdrage dat ik verantwoord vind en waarvan ik wel degelijk gedragseffecten veronderstel. Ik zie namelijk een enorme groei. Ik ben het echter wel eens met degenen die zeggen: hou er een balans in, want als het een drempel wordt waardoor iedereen de zorg gaat mijden, ben je ver van huis. We hebben de zorg niet voor niets. Daarom zei ik zo-even: ik sta open voor verlaging, maar het hoeft niet per se. De € 175 is de eigen bijdrage aan dbc's die soms urenlange behandeling met zich kunnen meebrengen en is het equivalent van het tientje dat iemand nu in de eerste lijn betaalt. Daarover hebben

we ook nooit moeilijk gedaan. We vonden een tientje voor een uur behandeling in de eerste lijn acceptabel. Van dat bedrag zijn we in onze berekening uitgegaan. Ik vind de € 175 dus niet onverantwoord. Gezien de enorme groei, moet er wel een kleine drempel zijn. Het is echter des te noodzakelijker om te gaan kijken naar de diagnosestelling, de richtlijnen daaromheen en enige mate van controle daarop, zodat overbehandeling wordt vermeden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb even getwijfeld of ik zou reageren, want ik dacht dat de minister pas op een later moment in zijn beantwoording zou terugkomen op de ggz. Omdat er nu volop discussie is, stel ik mijn vraag nu. De ChristenUnie is ook geen principiële tegenstander van het werken met eigen bijdragen en het zoeken naar prikkels om op bepaalde plekken de drempels te verhogen. Ik deel de langetermijnvisie van de minister helemaal. De vraag blijft echter of deze keuze de beste keuze is op de korte termijn, op dit moment. Voor veel mensen zou dit prima te dragen zijn, maar heeft de minister ook een visie met betrekking tot de groep mensen waar we ons zoveel zorgen om maken en waar we de afgelopen jaren flink in hebben geïnvesteerd via stedelijke kompassen etc.? Voor die mensen is € 175 wel veel. Kunnen we die mensen op een bepaalde manier van de eigen bijdrage uitsluiten zonder met heel lastige compensatieregelingen te komen? Kunnen we ze uitsluiten, afbakenen en op die manier vrijwaren?

Minister **Klink**: Ik ga even terug naar de 1,4 mld. Die moesten wij bezuinigen. Dit is geen ad-hocbeslissing van mij. Ik ben hierheen gekomen met een eigen bijdrage voor ergotherapie, logotherapie, ggz etc. Daar zat een idee achter: het eigen risico loopt al snel vol via de somatiek etc., er is geen drempel en we zien wel een enorme groei. Bij de andere categorieën was er zelfs niet de mogelijkheid tot budgetteren; hier heb ik tenminste nog de keuze tussen budgetteren en een eigen bijdrage. De budgettering en de tariefkorting met 3% riepen al veel problemen op. De sector heeft naar aanleiding daarvan zelf aangeboden om een eigen bijdrage in te voeren. Ik zie uiteraard in dat die makkelijker te betalen is voor wie vermogend is dan voor wie op een minimuminkomen zit, maar ik vind het equivalent van een tientje per uur in de eerste lijn te rechtvaardigen. Daarvan hebben we ook nooit gezegd dat dit de drempel verhoogde. Zoals ik al aangaf, moeten we zoeken naar een balans. Ik heb reeds aangegeven in welke richting je een iets minder vergaande maatregel zou kunnen zoeken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Natuurlijk kunnen we dat ene tientje allemaal aardig slikken, maar het gaat niet alleen om dat ene tientje. Deze heel kwetsbare doelgroep heeft de afgelopen jaren al zo vaak een tientje voor dit en een tientje voor dat moeten ophoesten. Denk slechts aan dezelfde discussie over de eigen bijdragen in de Wmo. Die gaat over precies dezelfde doelgroep. Het is heel ingewikkeld en lastig om dit bijvoorbeeld in een maatschappelijke opvang te regelen. Nu komt dit er ook nog bij. Puur voor deze doelgroep blijven mijn twijfels recht overeind staan.

Minister **Klink**: Ik snap uw betoog en zie de zorgen die er daar kunnen ontstaan. Tegelijkertijd word ik ermee geconfronteerd dat de kosten binnen de ggz enorm oplopen en alle kaders overschrijden. Ik moet ergens een aangrijpingspunt vinden om dat gat te dempen en zie geen andere mogelijkheid, behoudens budgetteren of deze maatregel. Voorzitter. Ik heb al veel over de ggz gesproken. Over de maatregel aangaande de TNF-alfaremmers kan ik vrij kort zijn. De bedoeling was dat die per 2011 zou ingaan. Ik denk echt dat dit winst gaat opleveren. De



ziekenhuizen zullen er wel voor moeten worden gecompenseerd, want er is 400 mln. mee gemoeid. Normaal hanteren we de beleidsregel dat dure geneesmiddelen voor 80% gecompenseerd worden en voor 20% niet. Die verhouding zal nu niet zo liggen. Dat hoeft ook niet om behoorlijk wat winst binnen te halen. Die winst zit voornamelijk in de inkoopmacht van ziekenhuizen. Zij kunnen naar alternatieven zoeken. In feite bundelen we zo de vraag en de aankoop van deze medicijnen in de ziekenhuizen, die het beste weten wat de alternatieven kunnen zijn. Zo ontstaat er marktmacht tegenover de farmaceutische industrie.

Het zou mooi zijn geweest als we dit in 2011 hadden kunnen realiseren, maar de medicatieverstrekking moet goed kunnen worden georganiseerd. Dat kunnen we voor 2011 niet garanderen en het zal dus in 2012 moeten. Het lijkt me wel dat deze route ook voor andere medicijnen begaanbaar is en gekozen dient te worden.

Mevrouw Wiegman vroeg of de bijzondere bijstand een rol zou kunnen spelen. Bij de cumulatie van eigen bijdragen en betalingen kan dat wellicht zo zijn, maar ik denk niet dat iemand op basis van deze afzonderlijke maatregel direct naar de bijzondere bijstand kan gaan omdat er een eigen bijdrage komt. Bij de cumulatie van het totaal wellicht wel. Het is aan de gemeenten om dat te bepalen.

Mevrouw Wiegman vroeg ook in hoeverre dit in 2011 al kan worden gerealiseerd, aangezien we nu reeds in september 2010 leven. De eigen bijdrage is gekoppeld aan dbc's. Die worden weliswaar aan het begin van het jaar geopend, maar ze worden pas enige maanden of een jaar erna afgesloten. Die tijd geeft ons de ruimte om dit technisch te realiseren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik zou graag willen dat u in die brief van morgen nog een punt meeneemt. Stel dat u geen stempeltje hebt gekregen voor het inboeken van opbrengsten van de herberekening van het GVS. Als de Kamer volgende week zou uitspreken dat zij het desondanks verstandig vindt om een GVS-herberekening te doen, wat zijn volgens u de pro's en de contra's daarvan? We zouden daaruit namelijk opbrengsten kunnen halen. We weten dat we daarvoor geen stempel van Financiën krijgen en dat is plat gezegd balen, maar toch kan het verstandig zijn. Daarom zou ik graag van de minister horen hoe hij dit ziet. Ik begrijp het als dat hem nu niet lukt, maar ik verzoek hem dit uiterlijk morgen in de brief te laten weten.

Minister **Klink**: Ook de heer Van der Veen heeft hiernaar gevraagd. Ik denk dat de heer Zijlstra zich mijn rol inmiddels kan voorstellen. Als ik dit zou doen, zou ik ook moeten aangeven dat er een risico aan vastzit. Je krijgt te maken met enorme bijbetalingen. Ik heb een en ander nog eens op een rijtje gezet. Wij doen moeilijk over de eigen ggz-bijdrage, maar het gaat hier ook over 850 000 mensen die met € 100 bijbetaling te maken krijgen en 50 000 mensen die meer dan € 200 per jaar moeten bijbetalen. Bijna 1 miljoen mensen krijgen dus met een behoorlijke eigen bijdrage te maken. Bovendien gaat het om mensen uit de farmaceutische kostengroepen. We vrijwaren deze mensen van een bovengemiddeld eigen risico omdat ze deze medicijnen slikken en de indicatie is dat ze meerjarige onvermijdelijke zorgkosten hebben. Zouden wij dan juist deze mensen die € 200 laten betalen?

Hier is inderdaad sprake van enige discrepantie, zeg ik met overtuiging. Als ik dit echter zou willen laten vervallen, zou ik dat met instemming van de minister van Financiën moeten doen. Dat is modelmatig gezien noodzakelijk; we hebben het GVS tenslotte niet voor niets uitgevonden. Als ik hem zou voorstellen die € 200 eigen bijdrage niet in te voeren, zou ik hem er tegelijkertijd op moeten wijzen dat dit het risico in zich zou kunnen houden dat de prijzen omhooggaan en dat er een besparingsrisico in zit van 200 mln. tot 290 mln. Ik denk dat hij dan tegen mij zou zeggen: doe dit voor volgend jaar nog maar niet; voer dan liever die selectieve

herberekening uit. Ik zal de wens van de Kamer meenemen in de brief, maar ik denk dat deze toelichting daar ook bij zal staan.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik vond die discrepantie nog het beste argument, maar dat terzijde.

Minister **Klink**: Ik moet even glimlachen, maar ik zeg niet waarom. Ik ben zojuist al ingegaan op de woorden van mevrouw Leijten over de eigen bijdrage, maar ik schat in dat mijn handreiking voor haar niet voldoende zal zijn. Over de grens van 18 jaar ging het al in een interruptie. De dbc-crisisopvang is overigens ook uitgesloten van een eigen bijdrage, laat dat helder zijn. Je kunt iemand natuurlijk niet laten betalen voor een gedwongen opname. Over aanpassing van de WGP heb ik ook reeds gesproken. Die is afhankelijk van Europese regelgeving. Mevrouw Smilde heeft een vraag gesteld over de TNF-alfaremmers; daarover heb ik ook een en ander gezegd. Daarnaast had zij het over de 80%-vergoeding. We zorgen ervoor dat we de ziekenhuizen niet afrekenen op het feit dat ze eventueel voor alternatieven kiezen. Verder zijn zorgverzekeraars inderdaad niet risicodragend. De TNF-alfaremmers worden door medisch specialisten voorgeschreven. Met het inkoopmodel kunnen de kosten wel degelijk worden gedrukt. Bovendien weten de medisch specialisten welke alternatieven er zijn. Mevrouw Dijkstra vroeg in verband met de TNF-alfaremmers hoe concurrentie tussen verschillende middelen kan worden voorkomen als ze uit het ziekenhuisbudget moeten worden betaald. De Beleidsregel dure geneesmiddelen is hierop van toepassing: ziekenhuizen krijgen 80% vergoed en moeten 20% uit eigen budget betalen. Dit is een klassiek punt van aandacht in het overleg tussen ziekenhuizen en het ministerie van VWS. We zullen de ziekenhuizen adequaat financieel compenseren, zodat dit door ziekenhuizen niet als een afrekening wordt gezien, maar als een stimulans om daadwerkelijk goed in te kopen. We hebben dus wel oog voor het door mevrouw Dijkstra geschetste risico. Mevrouw Smilde vroeg of de maatregel ook gaat gelden voor de zbc's. Dat kan ik bevestigen. We moeten nog uitvogelen hoe de Beleidsregel dure geneesmiddelen hierop kan worden toegepast, maar om dat te realiseren hebben we dus ook nog een jaar. Mevrouw Dijkstra wilde weten waarom de eigen bijdrage niet in de somatiek en wel in de ggz gaat gelden. Dat is zo-even al genoemd. In de eerste lijn kennen we al een eigen bijdrage. We zien een enorme verhoging van de vraag naar de zorg. Naar mijn beleving moeten we daar ergens iets aan doen. Mevrouw Dijkstra en de heer Zijlstra vroegen naar de positieve gedragseffecten van het GVS; daar ben ik reeds op ingegaan. Mevrouw Dijkstra sprak ook over het overleg met het veld en de medisch specialisten. Ik heb de afgelopen jaren vele malen overleg gevoerd met de specialisten, ook persoonlijk. We hebben gesproken over de WMG en de aanpassing daarvan, over de tariefkorting die de NZa oplegt en over de budgettering en dergelijke. Dat is allemaal uitvoerig aan de orde gekomen. Bovendien vinden bij de NVZ reguliere overleggen plaats, waaronder het dg-overleg met de NVZ. De ziekenhuizen weten dat de kaders vastgelegd zijn. Of het nu om een overschrijding in het a-segment of uitbreiding in het b-segment gaat, iedereen weet dat die op een gegeven moment verhaald wordt op de ziekenhuizen. Er loopt al tijden een rechtszaak van de zijde van de NVZ, maar men weet hoe de ziekenhuizen en het ministerie van VWS hierover denken. Men kan dus niet zijn overvallen door het feit dat wij de overschrijdingen via de kaders proberen te verhalen. Inmiddels hebben we spoedappel aangetekend. Ik wacht de uitspraak van de rechter met vertrouwen af, maar kan daar nu verder geen mededelingen over doen. Het rookverbod heeft mij trouwens geleerd dat ik soms anderhalf jaar geduld moet hebben alvorens de Hoge Raad een uitspraak doet, maar dat

zou in dit geval wel heel lang zijn, want dan zouden we intussen met een gat van een half miljard komen te zitten.

Ik heb al over het PHARMO-rapport gesproken. Mijn voorganger Hoogervorst was daar overigens heel kritisch over. Het ging over de effecten die het heeft als mensen switchen naar betalingsvrije middelen en over de risico's die dat met zich meebrengt. Dat rapport is dus niet in het kostenplaatje meegenomen. De 50 mln. in het geneesmiddelenkader is een incidentele meevaller, maar wel hard.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De minister zegt dat die meevaller van 50 mln. in het geneesmiddelenkader hard is. Zit er misschien nog meer ruimte in die we voor andere doelen kunnen aanwenden? Een aantal fracties heeft daarnaar gevraagd.

Minister **Klink**: Ik zal dat kort meenemen in de brief, maar ik verwacht het niet. Ik heb mijn eigen ideeën over de eigen bijdrage, maar ik heb hierover niet voor niets met de Kamer overlegd. De Kamer kwam met het alternatief van het GVS. Het liefst zou ik een briefje hebben geschreven met de mededeling «dit kan». De ruimte die er de komende jaren structureel of incidenteel is, zet ik het liefst in om pijnlijke maatregelen te vermijden. Ik deel uw intentie dus. Ik zou het ongetwijfeld gehoord hebben als er meer in zou hebben gezeten dan 50 mln. Toch zal ik het voor u verifiëren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik ben intussen geen rekenwonder geworden, maar ben nog steeds blij met de toezegging van de minister om alle cijfers nog eens op een rijtje te zetten, zodat wij en eventuele deskundigen er rustig naar kunnen kijken.

Uit de discussie blijkt dat het voor de grote rekenmeesters kennelijk lastig is om het met elkaar eens te worden. Het GVS werkt niet heel doeltreffend. Daarvoor moet een oplossing worden gezocht. Omdat we toch iets moeten doen, wordt de oplossing nu gevonden door de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz te introduceren. Dat steekt mij. Ik ga nog eens nadenken of er echt niets anders te doen is. Deze systematiek is voor mij een grote frustratie.

Ik deel de visie van de minister. We moeten op de lange termijn denken. Er zijn zorgen over de groei van de ggz. We kijken daarbij naar onderbehandeling en overbehandeling en moeten wat doen aan diagnostiek en richtlijnen. Dat is inderdaad de weg. Daarom steekt het mij des te meer dat de invoering van de eigen bijdrage de eerste keuze is in de grote visie op de zaken in de gezondheidszorg die moeten veranderen. Kan de minister bij zijn berekeningen ook bekijken of er eventueel iets te verzinnen valt om de sociale minima van deze regeling uit te sluiten? Het is namelijk nog maar de vraag of zij via bijzondere bijstand en op gemeenteniveau kunnen worden geholpen en tegemoetgekomen. In het debat werd het beeld geschetst van de Gooise vrouw op de divan. Dat is een heel andere categorie, waarvan je best een bijdrage kunt vragen. We moeten dit echter niet in een heel complexe situatie vragen van de kwetsbaren die op het sociale minimum zitten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik bedank de minister voor zijn beantwoording. Ik heb een vervelende nasmaak aan dit debat overgehouden. Dat is niet vanwege de minister, maar ik lees in de toelichting dat we het risico lopen dat de farmaceutische industrie haar prijzen met 290 mln. zal gaan verhogen vanwege de GVS-systematiek. Ik kan dat heel moeilijk rijmen met het feit dat we daarvoor een eigen bijdrage in de ggz willen invoeren. Dat steekt me op een verschrikkelijke manier, zeg ik redelijk vanuit mijn hart. Het steekt me bovendien dat er geen enkel weerwoord van de farmaceutische industrie is gekomen op deze brief,

terwijl men dat wel had kunnen geven. Daarom neem ik aan dat het waar is wat in de brief staat. Ik zou graag zien dat de farmaceutische industrie haar verantwoordelijkheid zou nemen en een signaal zou afgeven door de aanname te weerleggen dat er een prijsverhoging van 290 mln. komt naar aanleiding van de herberekening van het GVS, waar wij overigens nog steeds voor zijn. Als er zo'n weerwoord komt, ziet het plaatje er heel anders uit.

Nu het toch over de farmaceutische industrie gaat: we hebben het ook gehad over de eigen bijdrage die mensen bij gebruik van farmacie moeten betalen. Dat steekt ons eveneens. De farmacie is bereid de € 200 eigen bijdrage te betalen om de prijzen hoog te houden. Misschien ben ik naïef en een idealist, maar wellicht zouden ze die € 200 ook kunnen betalen als de prijzen laag gehouden worden. Ik doe een maatschappelijk appel op de farmaceutische industrie. Hopelijk vergis ik mij in de industrie en gaat er toch iets gebeuren. Nogmaals: dit steekt mij heel erg.

Het doet me deugd dat er een brief van de minister komt. Ik heb wat aanvullingen gesuggereerd die niet van de minister, maar van anderen moeten komen. De Wet geneesmiddelenprijzen moet zo snel mogelijk worden aangepast. Daar blijven we bij.

Ik heb aangegeven dat de overheveling van de TNF-alfaremmers naar ziekenhuizen wat ons betreft al per 2011 zou kunnen plaatsvinden, maar heb mezelf ervan laten overtuigen dat de ziekenhuizen hun tijd echt nodig hebben. Dat begrijp ik ook van mijn collega's. Als het dan toch pas per 2012 wordt ingevoerd, gaan we wel ervan uit dat alle dure geneesmiddelen worden meegenomen. Zo voorkomen we een inhaalslag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. We krijgen morgen een brief van de minister. Ik hoop dat die schokkend zal zijn, minister, en dat u een oplossing hebt. Ik stelde u de retorische vraag: bent u in de greep van Financiën? U hebt gezegd dat u niet steeds in de greep van iemand bent als u iets beslist, daarmee duidend op mijn toespeling op «gewetensvol» en op de interne crisis bij het CDA. Nu gaat het debat niet over de vraag of u in iemands greep bent als u beslissingen neemt, maar uit uw antwoord blijkt in feite dat dit wel het geval is. Het ministerie van Financiën durft dit namelijk niet in te boeken. Ik snap dat wel, maar zie ook de bezwaren, zeker de bezwaren die de eigen bijdrage zal opleveren voor die miljoen mensen. U zegt dat de Kamer de mogelijkheid heeft om met alternatieven te komen en uw boekhoudprobleem op te lossen. Dat laat zien dat u de eigen bijdrage eigenlijk ook helemaal niets vindt.

Het argument dat we de eigen bijdrage moeten invoeren omdat die nu eenmaal ook in de eerstelijns ggz bestaat, neemt natuurlijk niet weg dat er geen sprake is van een dergelijke eigen bijdrage voor lichamelijke problemen zoals een gebroken been. Bij de spoedeisende hulp of de huisarts bestaat geen drempelbedrag. Het CDA heeft zelfs in de verkiezingscampagne gezegd zo'n bedrag helemaal niet te willen. Ik heb nog geen antwoord gehad en doe een beroep op u om dat wel te geven.

Over de TNF-alfaremmers hebt u gezegd dat invoering per 2011 te abrupt zou zijn geweest: mensen schrokken, er was niet bekend of de uitvoering goed zou gaan en we wisten niet welke consequenties het zou hebben. Het belang van deze maatregel voor de patiënt en de ziekenhuissector stond voorop. Daarom gaan we in overleg over die zaak. Waarom doen we dat dan niet met de ggz-sector? Met alle respect voor GGZ Nederland, maar de sector wordt niet alleen door die organisatie vertegenwoordigd, maar ook door de patiëntenverenigingen. Deze geven aan op langere termijn veel te willen en kunnen besparen in overleg met VWS. Waarom wordt er dan nu voor gekozen om de rekening slechts naar de patiënt te laten gaan?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Aangaande de TNF-alfaremmers zijn enige zaken mij nog niet duidelijk. In de eerste plaats het schuiven binnen

het budget van de ziekenhuizen. De minister zegt dat hij dit wil oplossen met de 80%-20%-regeling, maar het gaat mij er ook om welke verdeling een ziekenhuis zal toepassen ten aanzien van de verschillende beroepsgroepen. De minister stelt in de brief dat de patiënten geen last moeten hebben van dit schuiven. Er moeten geen problemen ontstaan waar mensen hun aanspraak hebben.

Daarnaast krijgen mensen soms medicijnen toegediend via een dagbehandeling, maar veel vaker in een thuissituatie. Daarop is de minister nog niet ingegaan. Gaan de ziekenhuizen dit zelf organiseren of gaan ze gebruikmaken van de bestaande infrastructuur? Het hoort bij een zorgvuldige invoering om dat helder te hebben.

Zoals ik in mijn eerste termijn al heb aangegeven, heeft de herberekening van het GVS binnen de clusters voor ons heel zwaar meegewogen in het nemen van een besluit tot een eigen bijdrage van € 200. Zadel je de ene of de andere groep op met een eigen bijdrage? Ik sluit mij een tikkeltje aan bij de vraag van de heer Van der Veen. Als wij in het GVS selectiever gaan werken, moeten wij wel weten of de beschikking per cluster zal plaatsvinden. Dan blijft natuurlijk nog de vraag spelen hoe de farmaceuten ermee omgaan. Kan de minister hier iets over zeggen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik probeer allereerst aan te sluiten op de woorden van mevrouw Smilde. Hoeveel denkt de minister dat de selectieve herberekening gaat opbrengen? Verder heb ik gevraagd naar de afspraken met de zorgverzekeraars. Lang niet alle zorgverzekeraars zijn op de hoogte van het akkoord over 30 mln. aan extra besparingen. Hoe zit dat?

Ik sluit me aan bij de vorige sprekers inzake het probleem waarover wij spreken: de toenemende kosten in de zorg door het beroep dat op de ggz wordt gedaan, met name ook door de jeugd. Misschien zouden we een apart debat daaraan moeten wijden. Hoe komt het dat mensen zo'n groot beroep moeten doen op de ggz? Daarbij spelen misschien heel andere zaken, die nu niet aan de orde zijn. Ik krijg het gevoel dat we nu met een kaasschaaf aan het werk zijn, terwijl we een visie willen uitdragen en aan de hand daarvan maatregelen willen nemen om de kosten te beperken en vooral te beheersen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik deel de teleurstelling die mijn collega's hebben uitgesproken. Ik kom tot de teleurstellende conclusie dat het einde oefening is voor het GVS-herberekeningssysteem. Ik wens de minister heel veel succes met de selectieve herberekening. Ik hoop van harte dat er wat uitkomt, maar mijn inschatting is dat het nul zal zijn. Juridisch gezien zal het namelijk zeer moeilijk zijn om te beargumenteren waarom dit wel zou mogen voor de clusters waarbij de overheid een positieve opbrengst heeft, terwijl de clusters waaraan de overheid eventueel extra geld zou moeten uitgeven, zouden mogen worden weggelaten. Ik ben bang dat de minister daartegenaan zal lopen. Ik raad hem aan dit te proberen, maar mijn hoop is niet al te groot.

De 50 mln. is hard, althans voor het komende jaar. Dat doet bij ons de vraag rijzen: in hoeverre geeft de minister het veld de ruimte om inzake de TNF-alfaremmers zelf te zoeken naar alternatieve bezuinigingen? De mensen uit het veld hebben die wens zelf uitgesproken. Wat de VVD betreft zouden zij die ruimte moeten krijgen. Zij zeggen dat ze zelf mogelijkerwijs meer zouden kunnen invullen. Als dat zou kunnen, is dat prachtig. Als daar echter onvoldoende uitkomt, moet deze maatregel alsnog per 1 januari 2012 worden ingevoerd. Dat is voor ons helder. De VVD wil deze maatregel dus sowieso per 1 januari 2012 invoeren, tenzij het veld zelf met betere alternatieven komt. Is de minister bereid het veld die ruimte te bieden? Kan de minister bij de uitwerking van deze maatregel waarborgen inbouwen voor de gebruikers? Kan hij bijvoorbeeld bekijken wat het huidige gebruik is, zodat de inspectie kan contro-

leren of er geen gekke dingen gebeuren binnen ziekenhuizen, zoals het verschuiven van de geneesmiddelen naar een goedkopere categorie?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik wacht in spanning af wat de aanvullende brief van de minister zal brengen. Ik heb een vraag gesteld over de 105 mln. die ervan afgetrokken is. Daar wil ik ook graag antwoord op. Dat mag eventueel ook in de brief.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Een aantal zaken komt mij nog niet helemaal logisch voor. De minister geeft aan dat hij de eigen bijdrage op tweedelijns zorg mede wil invoeren om onterecht doorverwijzen te voorkomen, omdat er te gemakkelijk wordt doorverwezen. Dat is blijkbaar het daadwerkelijke probleem. Zijn er geen andere mogelijkheden om dat te bestrijden dan het extra bestraffen met een eigen bijdrage van een beroep dat terecht wordt gedaan op de tweedelijns zorg?

De minister heeft aangegeven dat hij bij het narekenen van onze motie een heel voorzichtige berekening heeft gemaakt waarin hij gedragseffecten niet meeneemt, maar dat is niet te rijmen met de redenatie achter de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz. Hij geeft namelijk niet aan welke extra kosten er nog bijkomen op andere terreinen. Mensen gaan misschien een beroep doen op duurdere, uitgestelde zorg. Dat kan juist tot meer kosten leiden. Dat lijkt me niet helemaal logisch. Graag wil ik hierop een reactie van de minister.

Ik sluit me aan bij de woorden van de heer Zijlstra over het GVS. Blijkbaar werkt het niet op deze manier en is het einde oefening. Kunnen we voor 2011 niet kijken naar een incidentele oplossing? Er zijn verschillende mogelijkheden om die te financieren. De heer Van der Veen en mevrouw Wiegman hebben alternatieven aangedragen. We kunnen dan de tijd tot 2012 gebruiken om te komen tot een ander berekeningssysteem, zodat we voor 2012 wel een structurele oplossing kunnen vinden. De alternatieven zijn overigens ook door de sector aangedragen. In een van de brieven staat dat er 20% per patiënt zou kunnen worden bespaard op de lange termijn. Dat vind ik een interessante denkrichting. Ik zou graag willen dat de minister in gesprek gaat met de sector om te bekijken wat we met dit gegeven kunnen.

Tot slot sluit ik me aan bij de oproep van mevrouw Wiegman om juist een mogelijkheid te vinden voor de mensen met de laagste inkomens, die voor een groot deel de doelgroep vormen van de ggz.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Ook wij zien uit naar de brief die hij heeft aangekondigd. De groeiende ggz vraagt om een helder antwoord, maar is het invoeren van een eigen bijdrage het beste antwoord? Met die vraag gingen wij dit debat in. Eerlijk gezegd houd ik de nodige aarzelingen. De minister geeft aan dat er nu onbalans is tussen eerste- en tweedelijns zorg en hij wijst op de verkeerde prikkel die daarvan kan uitgaan in het onterecht doorgaan naar de tweede lijn. Dat vind ik wel een duidelijk argument voor zijn standpunt.

Daar staat echter tegenover dat we nog steeds geen helder inzicht hebben in de gevolgen die eigen betalingen in de tweede lijn zullen hebben voor de kwetsbare doelgroep waar het hier om gaat. Mevrouw Wiegman en mevrouw Voortman hadden het over specifieke situaties waarvoor je een uitzondering zou moeten maken. Ik begrijp het pleidooi daarvoor, maar dat zou wel leiden tot enorme uitvoeringskosten en -lasten. Gaan de effecten van deze bezuiniging daardoor niet grotendeels verloren? Is de minister bereid om uitgebreid op de uitvoeringskosten in te gaan?

## Voorzitter: Van der Staaij

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik wil niet cynisch zijn, maar begin met de melding dat de brief van morgen wellicht pas maandag zal worden gestuurd, want anders vrees ik dat het ggz-beroep aan deze kant van de tafel zal toenemen. Hoewel het nu nog zonder eigen bijdrage is, wil ik dat toch vermijden.

Mevrouw Wiegman zei dat de rekenmeesters het niet eens worden, maar het gaat dan ook om taxaties van gedragseffecten die zich aftekenen. Mede tegen mevrouw Voortman zeg ik dat ik in het verleden vaker met Financiën heb gesproken over het inboeken van middelen. Het ministerie van Financiën houdt echter geen rekening met gedragseffecten. Het Centraal Planbureau doet dat overigens evenmin; daar zit een redenering achter. Als we een eigen bijdrage realiseren, veronderstellen we dat die ook een drempel zal vormen, waardoor er een verminderde zorgvraag zal zijn. Die vermindering van de zorgvraag wordt echter evenmin meegenomen bij het inboeken van de middelen. Dat is een bestaande praktijk van Financiën en het CPB.

Iedereen die dat wil, raad ik aan om te proberen daarin verandering te laten aanbrengen, maar ik kan nu reeds melden dat dit niet zal lukken. Taxatieverschillen van gedragseffecten worden dus ook in dit geval niet meegenomen, naar boven noch naar beneden. Dat heeft mij ook wel eens gestoken. Er is ooit één uitzondering gemaakt, maar als ik die noem, zal dat weer andere vragen met zich meebrengen. De bestendige lijn is dat gedragseffecten niet worden meegenomen.

Men vroeg mij ook om welke categorieën het gaat en hoeveel sociale minima hieronder vallen. Als dat bekend is, laat ik dat maandag via de brief weten.

Ik bewonderde de heer Van der Veen toen hij het zojuist over de vervelende nasmaak had en aangaf dat we een signaal van de farmaceutische industrie zouden mogen verwachten dat die de prijzen niet zal opdrijven. Ik onderstreep wat hij heeft gezegd; ik ben het met hem eens. We proberen nu de gedragseffecten in beeld te krijgen. Die hebben alles te maken met een partij die kan aangeven dat ze de prijzen niet zal verhogen. Misschien zou Financiën de gedragseffecten dan wel meenemen. Wellicht kan de farmaceutische industrie ons eveneens voor maandag helderheid verschaffen.

De Kamer heeft dit punt ook aangedragen toen het over de specialistensalarissen ging. Zij deed toen een beroep op de specialisten om te bekijken in hoeverre de overmatige verdiensten onderling zouden kunnen worden verrekend of iets dergelijks. Daarmee had de Kamer een zeer terecht punt. Als de maatschappij ons kan aanspreken op de moraliteit van politiek bedrijven, kan het ook andersom. Ik ben het dus van harte met de heer Van der Veen eens.

We zouden inderdaad alle dure geneesmiddelen per 2012 onder de regeling voor de TNF-alfaremmers kunnen laten vallen. We moeten daar ook naar streven. We moeten de wijziging zorgvuldig invoeren, bij voorkeur voor alle dure geneesmiddelen, zoals die voor kanker en andere vreselijke aandoeningen. Uiteraard moet de zorg daarbij wel toereikend blijven.

Mevrouw Leijten had het over een boekhoudprobleem. Toch ben ik zelf gekomen met de eigen bijdrage aan het gebruik van de ggz en de paramedische beroepen, omdat ik vind dat we ook naar de oorzaken van problemen en overschrijdingen moeten kijken. Soms liggen die in de volumeontwikkeling. Natuurlijk is het soms evident dat iemand zorg nodig heeft. Toch hoeft ik niet heel hard te zoeken om gevallen te vinden van mensen die in de ggz terechtkwamen, waarbij heel snel duidelijk werd dat het eigenlijk onnodig was. Ik spreek uit eigen ervaring. Het is buitengewoon lastig om dat te knippen. De sector is in dat opzicht volstrekt aan

zet. Het is van groot belang dat hier op de langere termijn veel en nauwkeuriger naar gekeken wordt.

Dat neemt niet weg dat we momenteel een financieel probleem hebben. Ik moet ergens de middelen vinden. Er is een veel hogere groei dan in de ramingen was voorspeld. Daarom moet ik linksom of rechtsom toch een maatregel nemen die ik verdedigbaar vind. Dat is in dit geval de invoering van de eigen bijdrage. Die kan het bewustzijn vergroten dat zorg ook geld kost. Het antwoord op het boekhoudkundige probleem is meer dan een boekhoudkundige oplossing; er zit de overtuiging achter dat er moet worden gekeken naar de groeiende zorgvraag.

De 80–20-regeling uit de Beleidsregel dure geneesmiddelen zullen we niet naadloos toepassen bij de TNF-alfaremmers en andere geneesmiddelen, zeg ik tegen mevrouw Smilde en mevrouw Dijkstra. Er moet een goede compensatie plaatsvinden voor de ziekenhuizen, zodat ze een terechte prikkel houden om aan goede zorginkoop te doen. De patiënt mag er niet onder lijden.

Sommige mensen krijgen medicijnen verstrekt in een dagbehandeling, sommige in een thuissituatie. Hoe ziekenhuizen gaan realiseren dat mensen hun medicatie krijgen en welke infrastructuur daarvoor wordt gehanteerd, zal het komende jaar overdacht moeten worden. Ik kan me voorstellen dat ziekenhuizen daarvoor verschillende routes hanteren. Dit punt zal in elk geval vanaf nu in kaart moeten worden gebracht.

Als we selectief gaan herberekenen met clusters, al dan niet met grensverkeer tussen clusters, blijven dezelfde maximeringsregelingen gelden. Dat zou een reden kunnen zijn om de clusters uit te sluiten waarbij je heel hoge bijbetalingen krijgt, zodat je het effect kunt ondervangen. We zullen dit het komende jaar bekijken. Ik geef de heer Zijlstra gelijk als hij stelt dat dit juridisch gezien een lastig punt zal zijn. Anderhalf jaar geleden werd al duidelijk dat de vraag in hoeverre die selectiviteit juridisch mogelijk is, een punt van aandacht is.

Mevrouw Dijkstra wilde weten wat de herberekening zal opbrengen. Dat weten we nu nog niet; we brengen het in kaart. Laat ik namens mijn opvolger de toezegging doen dat de Kamer daarvan snel op de hoogte zal worden gesteld. Mocht dat niet gebeuren, dan schrijven we samen een krantenartikel dat ik dat had toegezegd. Dat lijkt me wel wat.

Dat niet alle zorgverzekeraars op de hoogte waren van de 30 mln., heeft te maken met het feit dat enkele verzekeraars ons hebben aangegeven dat ze hun geneesmiddelenbeleid zullen opvoeren, aanscherpen of anderszins zullen wijzigen. Naar onze inschatting kan daaruit een bestendig resultaat van 30 mln. extra opbrengsten uit voortkomen. Ik zei overigens enkele verzekeraars, maar het zou ook één enkele verzekeraar kunnen zijn. Ik laat in het midden hoeveel het er zijn en om welke verzekeraar of verzekeraars het gaat.

De groei doet zich inderdaad met name bij de jeugd voor. Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens dat we goed moeten uitzoeken waar die enorme groei vandaan komt. Er moet een debat worden geagendeerd waarin we in beeld brengen wat de oorzaken zijn. Hoe kan die groei verklaard worden? De minister voor Jeugd en Gezin – of, als dat ministerie niet blijft bestaan, degene die deze portefeuille dan draagt – zal daarbij betrokken moeten worden. Wellicht kan zo'n debat worden gevoerd in het verlengde van het rapport dat in het kader van de heroverwegingen is verschenen. Dat ging ook over de ggz.

Ik heb al toegezegd dat we voor meer dure geneesmiddelen zullen bekijken of ze uit het GVS kunnen worden gehaald en binnen het ziekenhuis-kader kunnen worden gebracht. We gaan proberen een selectieve herberekening uit te voeren. De sector is aan zet. Dat geldt ook met betrekking tot doelmatig voorschrijven. We zijn begonnen de huisartsen dat op te dragen, maar ook de specialisten moeten dat doen. De kwaliteit en de veiligheid van de zorg moeten verbeteren; dat is gaandeweg mijn lievelingsthema geworden. Daarbinnen valt enorm veel doelmatigheids-



winst te halen. Laat ik een voorbeeld noemen dat ik al vaker heb genoemd: lijnsepsis. Het Radboudziekenhuis heeft daar een programma op gezet. Het levert aanmerkelijk minder infecties op en dus minder kosten in de zorg. Volgens mij moet prestatiebekostiging daarop geënt zijn.

Mevrouw Gerbrands, de 105 mln. heeft te maken met het feit dat we er bij de ramingen nog van uitgingen dat de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuiskader zouden gaan en dus uit het GVS. Het besparingsverlies in het kader van GVS-ramingen en -herberekeningen viel dus weg. Nu we dat niet gaan doen, komt dat verlies inderdaad weer terug. Als we puur naar de herberekeningen en limieten zouden kijken, zou dat besparingen kunnen opleveren, maar we hebben geen gedragseffecten meegenomen. We hebben de positieve omzettingskosten niet meegenomen, maar ook de mogelijke negatieve niet. De prijzen zouden namelijk omhoog kunnen gaan vanwege de maximeringsregeling.

Als je de gedragseffecten niet meeneemt, resteert er slechts een bedrag van 5 à 10 mln. Voor de genoemde 105 mln. maakt het dus hooguit 5 mln. uit, in plaats van de hele 105 mln. Dat komt doordat de TNF-alfaremmers veel opbrengen, maar er ook astronomische bedragen moeten worden bijgeteld. Deze beperkte groep brengt heel veel geld op, maar omdat er een maximering op zit van € 200, ontstaat een enorm dempingseffect doordat het grondvlak zo smal is.

Mevrouw Voortman had een reëel punt met betrekking tot het doorverwijzen naar de tweedelijns zorg. Wij proberen daarin nu evenwicht aan te brengen via de eigen bijdrage, maar op zichzelf zal er nog wel meer kunnen. Daarover moet in de toekomst worden nagedacht. We willen in de somatische zorg nu ook slechts die mensen toestaan die via een verwijsbriefje in de tweede lijn komen; dat werkte althans bij de Zelfverwijzer. Wellicht zou dat in de ggz ook een methode kunnen zijn. Dat punt werd me zo-even door mijn ambtelijke ondersteuning aangereikt.

Ik heb gesproken over de gedragseffecten. Ik heb gezegd dat we de lage inkomensgroepen meenemen voor zover dat mogelijk is. De heer Van der Staaij had het over de groeiende ggz-uitgaven en wil graag inzicht in de gevolgen van de invoering van een eigen bijdrage. Ik ben het met hem eens dat daarnaar goed moet worden gekeken. Ik neem alle handreiking voor de ggz op lange termijn graag mee, maar momenteel staan we voor de vraag in hoeverre we de financiële overschrijding kunnen terugdraaien. Ik zei al: het is een boekhoudkundig probleem met een meer dan boekhoudkundige oplossing. In de maatvoering kan worden gekeken naar de 30 mln. die nu – naar wij aannemen – structureel in het geneesmiddelenkader zit, gekoppeld aan een eventuele verhoging van het eigen risico. Men kan iets van de hoge eigen bijdrage van € 175 afhalen; dat is aan de Kamer. Als zij dat wil, is daar het middel van de motie voor beschikbaar. Vooralsnog ga ik echter uit van de eigen bijdrage die ik de Kamer heb gemeld.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb een opmerking en een vraag. Ik stel vast dat het CPB wel degelijk gedragseffecten meerekent voor verkiezingsprogramma's. Toen de SP het eigen risico niet wilde verhogen, maar zelfs afschaffen, moest zij een enorm gat dichtend omdat dit gedragseffecten zou opleveren. Het is raar dat dit blijkbaar niet wordt meegenomen bij de doorrekening voor een ministerie. Wellicht hanteert het CPB een verschillend beleid ten aanzien van politieke programma's en beleid. Tot zover mijn opmerking.

Ik heb mijn vraag zowel in eerste als in tweede termijn gesteld. Als het gaat over de TNF-alfaremmers, zegt de minister dat hij voorzichtig is. Hij wil overleggen met het veld en gaat bekijken hoe de verandering kan worden ingevoerd, zodat er geen nadeel is voor de patiënten, de ziekenhuizen etc. De minister neemt een jaar extra. Waarom doet hij dat niet bij de ggz? Daar wil ik nu graag een antwoord op.

Minister **Klink**: Wat u zegt over de gedragseffecten is interessant. Ik zou wel eens van u willen vernemen hoe dat zit. Ik krijg van Financiën altijd te horen dat men gedragseffecten niet meeneemt. Men is daar consistent in. Ik kan me niet voorstellen dat het CPB dat niet is, want volgens mij raamt het CPB alleen het verlies aan inkomsten als er sprake is van het weg nemen van het eigen risico. Wellicht wordt de SP anders behandeld, maar dat kan ik me niet voorstellen.

Over uw andere punt wil ik niet flauw doen, maar de sector heeft mij twee jaar geleden zelf gevraagd de eigen bijdrage te introduceren. Ik ga dat nu doen. Natuurlijk zullen we de effecten monitoren en zal ik proberen de gevolgen voor de lagere inkomenscategorieën in beeld te krijgen. Toch moet ik het geld linksom of rechtsom halen en ik vind dit de meest gerechtvaardigde oplossing.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het blijft voor mij puzzelen waarom die ene zorgverzekeraar bereid is geweest om 30 mln. te betalen. Waarschijnlijk was dat uit altruïstische overwegingen. Ik heb een procedurele vraag. Ik wil graag een VAO.

De **voorzitter**: Dat is helder. Het ligt echter voor de hand dat we eerst de gevraagde brief afwachten voor we het VAO definitief doorzetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat ben ik met u eens. We kunnen echter ook naar aanleiding van de inhoud van de brief besluiten dat het VAO niet nodig is.

De **voorzitter**: Mag ik dit als een vooraankondiging zien? Als de brief niet bevredigend is, wilt u verdergaan in de vorm van een VAO.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat sowieso niet alleen over de brief, maar ook over andere onderwerpen. Ik blijf daarom bij het aanvragen van het VAO.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik stel voor om dat VAO, dat er naar mijn inschatting sowieso zal komen, te houden nadat de brief is ontvangen en eventueel nadat de farmaceutische brief maandag heeft aangegeven dat zij iets niet gaat doen. Daardoor zou ons leven een stuk gemakkelijker worden. We zullen het afwachten.

Ik zou in de brief graag ook antwoord krijgen op de vraag van mevrouw Leijten. Het CPB rekent een gedragseffect van 0,5 mld. voor een eigen bijdrage van € 175. Als we die willen terugdraaien naar het huidige niveau, staat daarvoor 3,4 mld. inkomstenverlies en 0,5 mld. gedragseffect. Hebben we zojuist de voet tussen de deur gekregen? Ik ben erg nieuwsgierig naar het antwoord op die vraag, maar begrijp dat de minister dat nu niet kan geven. Daarom zou ik het graag in die brief zien. Totdat mevrouw Leijten haar buitengewoon goede opmerking maakte, wilde ik eigenlijk een vraag gaan stellen over de 30 mln. Kan het zijn dat de betreffende zorgverzekeraar een vergoedingssysteem aan apothekers hanteert – volgens het bekende pakjesmodel, maar we noemen geen namen – waarbij men een vergoeding maximaal kan neerzetten? Wie te veel rekent, voldoet niet meer aan de wet. Door de gedaalde geneesmiddelenprijzen zal deze zorgverzekeraar sowieso juridisch gedwongen zijn om die verlaging door te voeren. Daaruit volgt een opbrengst van 30 mln. Zo klinkt het heel mooi dat men 30 mln. wil schenken, maar in feite blijft men daarmee gewoon binnen de wet. Anders zou men die overtreden. Kan de minister ingaan op die vraag?

Minister **Klink**: Ik laat me graag overtuigen van het feit dat het CPB wel gedragseffecten meeneemt. Bij Financiën is dat in elk geval niet zo, tenzij ik te maken heb gehad met een selectieve minister van Financiën.

De **voorzitter**: De vraag was of u hier in die brief nog op terugkomt.

Minister **Klink**: Dat lijkt me eerlijk gezegd niet. Ik heb de afgelopen jaren vaak te maken gehad met Financiën op dit punt. Gedragseffecten werden nooit meegenomen. Mocht ik me hierin vergissen, dan zal ik er in de brief wel op terugkomen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dit is een vrij essentieel onderwerp. Als er inderdaad een verschil is tussen de methodes van het CPB en het ministerie van Financiën, zou ik daarvan graag een bevestiging krijgen in de brief.

Minister **Klink**: Geen enkel probleem. Ik zal het doen. Er zullen ook nog wel vervolgvragen komen. Ik kan ze zelf verzinnen; soms komen ze ook uit.

Het maakt niet zo veel uit of de 30 mln. nu geschonken is of juridisch afdwingbaar. Evenmin maakt het veel uit wie het is. Wij weten dat er 30 mln. in zit.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb een procedureel puntje. De brief zal steeds mooier worden, maar toch vind ik het goed dat de heer Van der Veen heeft gewezen op nut en noodzaak van een VAO. Voorzitter, kunt u erop aandringen dat dit spoedig wordt geagendeerd, mede gezien de termijn waarbinnen een en ander moet worden besloten? Het is namelijk al september.

De **voorzitter**: Wij verzoeken de minister de brief uiterlijk maandag te sturen. Daarna zullen we zo spoedig mogelijk een VAO houden. Ik bedank de minister voor zijn beantwoording, de publieke tribune voor de belangstelling en de leden voor hun inbreng.