

een vraag die de minister in tweede termijn kan beantwoorden. Een aantal fracties heeft gevraagd hoe het verdere wetgevingstraject er uitziet. Ik heb al bij interruptie gezegd dat wij precies moeten weten waarover wij dinsdag met de Wabo stemmen. Wij willen weten of er nog veranderingen op basis van andere voorstellen zijn voorzien. Er is in dit verband al de Dienstenwet genoemd. Kan de minister ons duidelijk laten weten wanneer de Invoeringswet wordt ingediend? Wij hoeven niet te weten wat de omvang en de inhoud ervan zijn. Dat zien wij wel. Wij willen wel weten wanneer het besluit met het advies van de Raad van State bij de Tweede Kamer wordt ingediend. Kortom, wij willen weten hoe het verdere wetgevingstraject er uitziet, zodat wij uiterlijk volgende dinsdag bij de stemming weten waaraan wij toe zijn. Wij willen dus ook weten of er nog eventuele wijzigingen worden aangebracht met betrekking tot de Wabo. Daarover zullen wij dinsdag stemmen, maar ik hoop dat er geen wijzigingen worden aangebracht.

Minister **Cramer**: Voorzitter. Wat de heer Janse de Jonge vraagt, zeg ik toe.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

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

De beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Na een algemene inleiding, waarmee veel van de gememoreerde punten aan de orde zullen komen, zal ik specifiek op een aantal thema's ingaan. Dat zijn er vijf: medisch noodzakelijke zorg, de 80%-regeling enzovoorts. Die thema's komen ook met mijn algemene betoog aan bod. Hoewel ik er daarna meer specifiek over zal spreken, hoeven interrupties niet achterwege te blijven.

Als ik de leden goed heb verstaan en ook de schriftelijke voorbereiding goed heb gelezen, is er overwegend steun voor in elk geval stroomlijning van de regelingen. Daarbij noem ik: de dubieuze debiteuren en de stichting Koppeling. Ook wordt het door de Kamer op prijs gesteld dat het veld helderheid wordt geboden. Desalniettemin blijven er tijdens deze mondelinge behandeling van het wetsvoorstel vragen leven die de kern van het wetsvoorstel betreffen en die wij zullen moeten behandelen. Ik doe dat graag, omdat de materie dat vergt.

Ik wil naar aanleiding van de punten die door de Kamer naar voren zijn gebracht iets zeggen over de algemene lijn van de financiering van de zorg in Nederland, gerelateerd natuurlijk aan dit wetsvoorstel.

Daarbij zal ik zoveel mogelijk antwoord geven op de vragen en opmerkingen over het voor ons liggende wetsvoorstel. Zo-even heb ik al aangegeven dat ik daarna nog thematisch op nadere vragen van de Kamer zal ingaan.

Het voor ons liggende wetsvoorstel staat niet op zichzelf, maar is een onderdeel van het totale wetgevingscomplex voor de financiering van de zorg in Nederland. Het gaat daarbij om de sociale verzekering op grond van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ, om maatregelen om het aantal wanbetalers en onverzekerden te verminderen en om compensatie voor de zorgkosten voor behandeling van illegalen. Dat totaal vormt een complex van delen die met elkaar verband houden. Van verschillende kanten, ook door mevrouw Slagter, is erop gewezen dat zodra wij voor onverzekerden tot bronheffing overgaan een van de argumenten met betrekking tot de 80%-vergoedingen bij de direct toegankelijke zorg vervalst. Ik ben dat met de leden eens. Ik kom hierover nog te spreken. Hieruit blijkt ook de samenhang van de trajecten voor wetgeving waarmee wij te maken hebben.

Met de sociale verzekeringen van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ zorgen wij er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft op een betaalbare manier zorg krijgt. Dat is een kostbaar goed. Wij moeten dat sociale verzekeringsstelsel zorgvuldig beheren, zodat het ook in de toekomst zal gelden. Een belangrijk aspect daarbij is de solidariteit. Die vormt de basis voor de sociale ziektekostenverzekering. Die solidariteit moet dus niet aangetast worden door medische kosten van mensen die aan de verzekering mee zouden moeten doen, maar die om welke reden dan ook dat niet willen, zoals de wanbetalers en onverzekerden. Met onverzekerden doel ik uiteraard op de mensen die verzekeringsplichtig zijn. Om deze groepen aan te pakken zijn wettelijke maatregelen in voorbereiding. Bij de wanbetalers gaat het om de premie-inning met publieke maatregelen voor bronheffing en bij de onverzekerden om de boete en wellicht de ambtshalve verzekering die nog zal volgen, althans de afweging daarvoor. De wetgeving op deze gebieden is aangekondigd en zal het parlement binnenkort bereiken.

De solidariteit moet ook niet aangetast worden door de medische kosten voor mensen die niet aan de verzekering mee mogen doen, omdat zij niet rechtmatig in Nederland verblijven en die op grond van de Koppelingswet van het gebruik van sociale verzekeringen zijn uitgesloten. Dit wetsvoorstel ziet op de compensatie voor de medische kosten voor die groep die ik hierna voor het gemak illegale personen zal noemen. Voor mij heeft het woord illegalen namelijk een buitengewoon harde klank. Het gaat uiteindelijk om mensen.

Het gaat hierbij dus om compensatie voor de medische kosten die door de zorgverleners gemaakt worden. Het is belangrijk om dat in gedachten te houden, want uiteindelijk zijn de illegale personen gehouden om zelf de rekening te betalen, en wel voor de volle 100%, los van de vraag tot welk percentage de vergoeding voor de medische zorg, al dan niet gecontracteerd en al dan niet-direct toegankelijk, geldt. Het gaat er altijd om dat de kosten uiteindelijk voor rekening dienen te zijn van de niet-verzekerde illegale personen. Dat vloeit ook voort uit de Vreemdelingenwet en de Koppelingswet. Toen is uitdrukkelijk de keuze gemaakt

om de sociale verzekeringen niet toegankelijk te laten zijn voor illegalen.

Dit wetsvoorstel gaat over de vraag hoe de kosten worden gefinancierd van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan illegale mensen. Op grond van de Koppelingswet mogen zij niet in sociale verzekeringen zoals de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Mevrouw Swenker wees er ook op dat zij wel recht hebben op medisch noodzakelijke zorg, even afgezien van de vraag welke zorg je noodzakelijk vindt voor betrokkenen. Die opvatting delen wij allemaal met elkaar en die zorg krijgen zij dan ook.

In tegenstelling tot sommige berichten wijst onderzoek van de inspectie uit dat de toegang voor illegale personen tot de medisch noodzakelijke zorg geen structureel probleem is op dit moment. Ook dat moet wel zo blijven.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zegt dat onderzoek van de inspectie heeft uitgewezen dat daar geen problemen zijn, maar ik neem aan dat hem bekend is dat de stuurgroep Lampion heel duidelijk heeft gezegd dat er wel problemen zijn. De belangrijkste problemen komen echter niet boven tafel omdat die illegale mensen zo onzichtbaar zijn. Zou hij daarop in willen gaan?

Minister **Klink**: Ik heb in eerste termijn kennisgenomen van de stichting Lampion waar mevrouw Slagter naar verwees. Ik kan het niet helemaal overzien. Ik ga af op wat de inspectie zegt over de problematiek van illegalen. Zij constateert dat zich geen probleem aftekent. Wij moeten dat goed in de gaten houden bij de monitoring van deze wetgeving die ons meer zicht zal geven op de praktijk van de zorgverstrekking en de kosten die daarmee gemoeid zijn, alsmede op het verhalen van de kosten bij de illegale personen. Ik zeg alvast tegen mevrouw Meurs dat ik die monitoring een brede invulling zal geven. Wij zullen daarmee beter zicht krijgen op deze problematiek, althans vergeleken met datgene wat de inspectie nu naar boven weet te tillen.

Ook de toegankelijkheid tot de zorg voor illegale personen is een kostbaar goed. Het is een maatschappelijk belang om ervoor te zorgen dat dit zo blijft en dat de zorgaanbieder niet financieel het slachtoffer wordt van zijn hulpverlening doordat hij aanmerkelijke inkomensschade lijdt. Dat risico lopen de zorgaanbieders wel, want wie niet verzekerd is tegen ziektekosten, moet die kosten uiteindelijk zelf betalen en dat zal zeker bij hoge bedragen niet altijd mogelijk zijn. Momenteel bestaan er allerlei regelingen om zorgaanbieders van dit financiële risico te vrijwaren. Die regelingen zijn niet uniform, niet op elkaar afgestemd en zij dekken niet alle zorg. De AWBZ-zorg ligt er niet onder besloten. Met de beoogde wetwijziging worden die regelingen gestroomlijnd en wordt het toepassingsgebied uitgebreid naar de AWBZ.

Met dit wetsvoorstel komt er één financieringsregeling voor alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die wordt verleend aan illegale personen voor zover zij niet in staat blijken die medische kosten zelf te betalen. Dit is dus geen verkapte ziektekostenverzekering ten behoeve van illegale personen. Het uitgangspunt blijft dat zij de medische kosten zelf moeten betalen. Alleen in die gevallen waarin is gebleken dat de illegale persoon niet zelf kan betalen, kan de zorgaanbieder een beroep doen op een bijdrage op grond van deze wet, zodat hij niet

blijft zitten met de meer of minder ernstige financiële gevolgen van een oninbare vordering.

Daarmee maken wij dus niet een comfortabele oplossing voor de illegaal, maar wij zorgen dat ons verzekeringsstelsel niet wordt aangetast door daarin medische kosten te laten neerslaan van mensen die niets met die verzekering te maken hebben, die geen premie betalen en de solidariteit die wij kennen, niet voeden. Ik geef direct toe dat wij ook niet willen dat zij premie betalen, omdat zij niet gerechtigd zijn om die verzekering te realiseren. Dat heeft alles te maken met het feit dat deze personen nu eenmaal illegaal zijn en dat wij onze sociale verzekeringswetten daarvoor af willen sluiten. Daar zitten pijnlijke kanten aan, maar het is wel een keuze die wij met zijn allen hebben gemaakt, en terecht, denk ik.

Daarbij hebben wij wel oog voor het feit dat illegalen medisch noodzakelijke zorg moeten kunnen krijgen. Mevrouw Meurs sprak over een wat utilitaristische invalshoek bij dit wetsvoorstel, maar dit wetsvoorstel is voor een belangrijk deel gebaseerd op vertrouwen, omdat de betrokken patiëntengroepen per definitie nauwelijks of niet te traceren zijn. Zij hebben geen adres, geen burgerservicenummer, geen bankrekening. Kortom, in administratief opzicht zijn zij nauwelijks traceerbaar.

Het CVZ moet er als financier dus maar op vertrouwen dat inderdaad zorg is geleverd aan de illegale persoon, dat de zorgaanbieder zijn best heeft gedaan om een zo groot mogelijk deel van de rekening op deze persoon te verhalen en dat de desbetreffende patiënt inderdaad een illegale persoon was, die niet tot de sociale ziektekostenverzekering mag worden toegelaten en niet een verzekeringsplichtige die heeft nagelaten een zorgverzekering af te sluiten. Nogmaals, dit laatste risico verdwijnt wellicht in de loop van deze kabinetsperiode. Op dit moment tekent dit zich nog wel af en is het een illustratie van het feit dat wij veel vertrouwen neerleggen bij de arts. Vanwege het niet-traceerbaar zijn van de illegale persoon moeten wij hem vertrouwen wat betreft de zorg die hij aan deze persoon heeft verstrekt.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Dat utilitaristische waar ik op doelde, had vooral te maken met de 80/20-regeling en het feit dat in de memorie van antwoord staat dat als het ware een prikkel moet worden ingebouwd voor de zorgaanbieder om er zeker van te zijn dat deze het geld zo veel mogelijk gaat verhalen op de patiënt. Dat was mijn invulling van het utilitaristische. Dat was niet zozeer het vertrouwen dat de arts het naar beste eer en geweten zal doen, maar juist de prikkel die u introduceert om ervoor te zorgen dat het geld bij de patiënt wordt verhaald.

Minister **Klink**: Ik had wel begrepen dat u dat zo bedoelde. Wij gaan 80% van de niet-inbare vorderingen sowieso vergoeden, even afgezien van de gecontracteerde zorg. In die 80% ligt al een grote mate van vertrouwen in de richting van de arts besloten; dat hij daadwerkelijk die oninbare vorderingen zal proberen te innen. Lukt dat niet, dan gaan wij ervan uit dat betrokkene zich wel heeft ingespannen. Dat is dus een vertrouwensbeginsel. Wij doen een behoorlijke handreiking in de vorm van 80% van de niet geïnde vorderingen.

Als men zegt dat het naar 100% moet, denk ik dat dit afbreuk doet aan het beginsel dat de illegale persoon uiteindelijk zelf de kosten dient te betalen en aan de

balans tussen het vertrouwen dat is geïncorporeerd in die 80% en die prikkel van 20%. In de huidige regeling wordt in de eerstelijnszorg getekend voor het feit dat men niet direct bij de eerste de beste rekening naar het Koppelingsfonds gaat. Bij het vragen van een bijdrage wordt rekening gehouden met het feit dat men bepaalde vorderingen dient te innen. Nu wij dat omzetten in deze regeling, krijgen wij signalen van betrokkenen, waar onder andere door de heer Klein Breteler op wordt gewezen, dat men ineens met dubbele administratieve lasten zit en twee keer moet innen, zowel bij de illegale persoon als bij het CVZ, maar dat wijkt niet af van de huidige situatie. Het gegeven dat men erover klaagt dat dit wordt omgezet, is voor mij wel een indicatie dat de in vertrouwen gegeven regel dat men niet bij de eerste de beste vordering moet aankloppen en dat het om aanmerkelijke inkomensschade moet gaan, kennelijk niet spontaan wordt gevolgd. Om die reden kiezen wij voor 80%.

Ik heb hier in de Tweede Kamer bij aangetekend dat wij er nu van uitgaan dat 20% van de oninbare vorderingen voor rekening van de zorgverlener in de eerste lijn is. Wij kunnen meer zicht krijgen op de contracten die ziekenhuizen sluiten wanneer het CVZ monitort in hoeverre men die vorderingen weet te realiseren. Gaandeweg krijgen wij meer inzicht in de balans die wordt gevonden in de wijze van behandelen en contracteren. Mocht daaruit naar voren komen dat 10% veel meer recht doet aan de werkelijkheid, dan zal ik die 20% omzetten in 10%, 15% of wellicht 30%. Dan hebben wij meer aanknopingspunten voor wat realiseerbaar is. Dat hebben wij nu afgestemd op rudimentaire gegevens over de praktijk die wij kennen van de Stichting Koppeling. Die monitoring wil ik volgend jaar realiseren. Vervolgens zal ik bekijken in hoeverre wij die 80% kunnen herijken.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Hoor ik u nu zeggen dat die 80/20-regeling is gebaseerd op de ervaringen met de Koppelingswet? Gaat u bij de monitoring ook bekijken hoe de 80/20-regeling voor de huisartsenzorg in de praktijk uitpakt?

Minister **Klink**: Er zijn nu slechts zeer rudimentaire gegevens aanwezig. Dat is als een soort referentiepunt genomen. Er is dus geen sprake van één op één. De referentiegroep wordt gevormd door de ziekenhuizen die gaan contracteren. Deel van die contractering is om via geijkte protocollen de middelen te achterhalen die een illegale persoon verschuldigd is. CVZ volgt dat ook. Daaruit komt een redelijk beeld naar voren van wat wij van zorginstellingen en -verleners kunnen verwachten.

Ik wil in het komende jaar ook bekijken hoe een en ander neerslaat in de eerste lijn en wat de ervaringen met de 80% zijn. Ik kijk ook naar het punt dat de heer Klein Breteler en mevrouw Meurs naar voren hebben gebracht, namelijk concentratie van zorg bij een zorgverlener. Ook ik vind dat een belangrijk punt. Ik sluit niet uit dat, waar de wet nu alleen spreekt van contractering voor niet-toegankelijke zorg, wij volgend jaar kiezen voor een breder bereik. Dan moet er ook in de eerste lijn worden gecontracteerd. De mensen hebben ervaring en expertise opgedaan. Wellicht kan dan geprotocolleerd worden gezien wat er wel en niet te innen valt. Ik wil mijzelf op basis van ervaringsgegevens, en niet pas over drie of vier jaar, snel een beeld vormen van de feitelijke

middelen die te achterhalen vallen en het percentage dat wordt vergoed bij de niet-direct toegankelijke zorg.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb twee opmerkingen.

De minister hoort huisartsen zeggen dat het extra administratieve lasten geeft. Zij proberen volgens hem nu niet om het geld te innen. Dat weet je niet zeker. Het kan zijn dat van geïnd geld geen declaratie ingediend wordt. Dat blijft dus dubieus. Er kan dus net zo goed besloten worden om te vergoeden. De huisartsen tekenen ervoor en wij gaan uit van vertrouwen, zoals ook de minister zei. Ik kan mij wel iets bij zijn redenering voorstellen.

De minister zegt ook te bekijken hoe het bij de ziekenhuizen gaat. Die moeten ook tekenen. Ik heb begrepen dat ziekenhuizen die een contract sluiten 100% vergoed krijgen. Of is dat 100% van de 80%?

Minister **Klink**: Nee. Wij weten de komende maanden pas welk percentage de ziekenhuizen vergoed zullen krijgen. CVZ is op dit moment bezig om contracten met de ziekenhuizen af te sluiten. Veel ziekenhuizen willen graag zo'n contract. Men staat er nog net niet voor in de rij, maar de ziekenhuizen zijn gemotiveerd om de contracten af te sluiten. Het percentage moeten wij afwachten. Het zal echter niet snel 100% zijn, omdat ook hierbij wordt uitgegaan van inbare vorderingen die ziekenhuizen daadwerkelijk moeten realiseren. Ik kom straks nog te spreken over de medisch noodzakelijke zorg en wie dat beoordeelt. Deel van de afspraken zal zijn dat geprotocolleerd wordt hoe om te gaan met de kosten. Sommige ziekenhuizen en eerstelijnszorgaanbieders doen dat al buitengewoon goed. Die hebben in een protocol staan hoe zij in financiële termen omgaan met niet-verzekerde illegalen. Dat zal deel uitmaken van de contracten die gesloten worden, naast het percentage van de zorg dat vergoed wordt als vorderingen oninbaar zijn. Het percentage is dus niet vastgesteld.

Wij borgen dat ziekenhuizen daadwerkelijk achter oninbare vorderingen aangaan. Bij een goed protocol mogen wij ervan uitgaan dat het maximaal haalbare wordt binnengehaald. Dat geeft een redelijk objectieve indicatie van wat wij in de eerste lijn mogen verwachten van het innen van de vorderingen. Ik zie daarbij af van het feit dat de ziekenhuizen daarvoor een apparaat achter zich hebben dat dit proces wellicht beter kan begeleiden. Wij krijgen zo echter een beter zicht op wat wij mogen veronderstellen van wat inbaar is bij illegale personen. Als wij meer gegevens hebben, zal ik de 80% daar nader op beoordelen.

In de contracten die gesloten worden tussen CVZ en zorgaanbieders worden afspraken gemaakt om te voorkomen dat rekeningen van zorg voor onverzekerde verzekeringsplichtigen ten laste van de financieringsregeling voor illegalen worden gebracht en om te zorgen dat onverzekerde verzekeringsplichtingen worden begeleid naar een zorgverzekering. Dat is een van de onderdelen van het geheel, zolang er nog geen wet is die de verplichtingen van betrokkenen handen en voeten geeft. Ik ben daar zo-even op ingegaan.

Ook kunnen afspraken worden gemaakt over de toepassing van het begrip "medisch noodzakelijke zorg" en over de inspanningen die van de zorgaanbieder mogen worden verwacht om de rekening door de illegale persoon betaald te krijgen. Met afspraken over de

toepassing van het begrip "medisch noodzakelijke zorg" wil ik dus niet suggereren dat er getornd wordt aan het primaat van de zorgaanbieder. Ik zeg dit expliciet tegen mevrouw Meurs. In de contracten zal niet bepaald worden bij welke aandoeningen gesproken kan worden van "medisch noodzakelijk zorg" en bij welke aandoeningen, ook afgezet tegen de verblijfsduur, dat niet zo is. Dat blijft aan de medische stand. Wel kunnen afspraken gemaakt worden over de kwaliteit van de zorg. Bij bijvoorbeeld cholesterolverlagers kan begonnen worden met goedkope generieke middelen in plaats van met spécialités. Uiteindelijk komen de kosten voor het percentage in de contracten ten koste van het CVZ. In die zin is er sprake van afspraken over het verlenen van medische zorg. In die zin ook is het CVZ een verzekeraar in publieke zin. De vraag of er zorg geboden wordt en of zorg medisch noodzakelijk is bij een medische aandoening, tegen achtergrond van de verblijfsduur, is en blijft voorbehouden aan de artsen.

Er worden alleen contracten gesloten met zorgaanbieders die hiervoor een goede werkwijze en protocollen hanteren. Het gaat met name om de vraag in hoeverre de rekening daadwerkelijk door illegale personen betaald wordt en in hoeverre men achter de betaling heen zit.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat is toch al bekend? De ziekenhuizen zijn al verplicht om de kosten op de illegaal te verhalen. Het is toch bekend dat dit bijna niet te doen is? Of denkt de minister dat er sprake zal zijn van een verandering?

Minister **Klink**: In het kader van dubieuze debiteuren worden afspraken gemaakt over de FB-bekostiging en het deel van de middelen dat de verzekeraar daarvoor aan een ziekenhuis verleent. Sommige ziekenhuizen hebben dat de afgelopen jaren redelijk tot stand weten te brengen. Die proberen de kosten geprotocolleerd te innen. Dat zijn echter sommige ziekenhuizen. Met name in Den Haag zijn enkele ziekenhuizen die het goed doen. Wij gaan met de contracten met het CVZ, die daarop ook stuurt, een beter zicht krijgen op het geheel en op in welke mate een en ander in bredere zin te realiseren is. Ons zicht op de gegevens wordt breder en daarmee ook nauwkeuriger.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Verwacht de minister dat er nu opeens wel meer geld bij illegalen te halen zal zijn?

Minister **Klink**: Ik zei zo-even dat bij de direct toegankelijke zorg 80% van de oninbare vorderingen zal worden vergoed. Dat is een op basis van de huidige gegevens geënt getal. Ik sluit zeker niet uit dat het percentage op basis van de leereffecten verandert. Misschien blijkt 90% of maar 70% het maximaal haalbare. Dat weet ik niet. Wij zullen dat nader bezien.

Het CVZ gaat regionaal dekkend contracteren zodat illegale personen op een normale manier zorg kunnen inroepen. Iemand moet niet mijlenver hoeven rijden voordat die noodzakelijke zorg krijgt. Ik gaf zo-even aan dat ziekenhuizen zeer "contracteerbereid" zijn. Over de apothekers zal ik straks nog wat cijfers verschaffen. Duidelijk moet zijn dat het dekkend is. CVZ moet, zoals elke verzekeraar, aan zijn zorgplicht kunnen voldoen. Ik zeg graag toe de Kamer in de loop van november de eerste inzichten te geven over de mate waarin de

regionale spreiding zich aftekent. Het uitgangspunt van de wet is dus dat er wordt gewerkt met gecontracteerde zorgaanbieders, net als in de gewone sociale ziektekostenregelingen, voor zover het dus om de niet-direct toegankelijke zorg gaat.

Dat uitgangspunt is overigens niet in elke situatie vol te houden, zoals ik dat al aangaf. Bijvoorbeeld bij een hartinfarct moet zorg overal kunnen worden ingeroepen, ook wanneer de dichtstbijzijnde zorgaanbieder toevallig niet is gecontracteerd. Daarom maakt het wetsvoorstel onderscheid tussen niet-direct toegankelijke zorg en direct toegankelijke zorg. De niet-direct toegankelijke zorg is alle zorg die je alleen maar kunt krijgen na een verwijzing. Dit geldt voor alle zorg die niet-direct toegankelijk is. Dat is de bulk van de kosten, zo'n 90%. In die gevallen kan de zorgaanbieder alleen een bijdrage vragen als hij een contract heeft met het CVZ. Direct toegankelijke zorg is de zorg waarvoor doorgaans geen verwijzing, recept of indicatie nodig is en voor die zorg kan een illegale persoon dus naar iedere zorgaanbieder toe gaan. Wij hebben het hier over de huisarts, de verloskundige en over de spoedeisende hulp in ziekenhuizen en ggz-instellingen. Daarmee wil ik gelijk een vraag beantwoorden die van verschillende kanten werd gesteld over de verloskundigenzorg. Het betekent dat iemand die acuut zorg nodig heeft in een ziekenhuis terwijl er geen gecontracteerde zorg is, naar de spoedeisende hulp of naar de gynaecoloog gaat in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dat versta ik dus onder direct toegankelijke zorg. Die wordt voor 100% in dat geval vergoed, want het gaat om verloskundige zorg.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb wat vragen gesteld over de scheiding tussen planbaar en niet planbaar in verband met zwangerschap, bevalling, bijvoorbeeld een prematuur geboren kind dat in zo'n ziekenhuis geboren wordt en vervolgens overgeplaatst moet worden naar een gecontracteerd ziekenhuis, als ik het goed lees. Zeker op het platteland kan dat betekenen dat er toch heel veel gereisd moet worden.

Minister **Klink**: Ja, in beginsel betekent dat inderdaad dat de vervolgzorg gegeven moet worden in een ander ziekenhuis dat wel gecontracteerd is. Daarmee zal in wijsheid worden omgegaan, ook door het CVZ; dat moge ook duidelijk zijn. In het verlengde van het amendement van mevrouw Arib wordt vervolgens geregeld dat, ook als er – en dat gebeurt in 50% van de gevallen – thuis wordt bevallen en men toch naar het ziekenhuis moet, de zorg die in dat ziekenhuis wordt verleend – dat kan in een niet-gecontracteerd ziekenhuis zijn – 100% wordt vergoed. Om maar een voorbeeld te nemen: er ligt een fusieverzoek in Zeeland voor de ziekenhuizen Goes en Vlissingen. Nu heb je nog twee ziekenhuizen. Als Goes wel gecontracteerd is, heb je voor minimaal 4000 mensen in elk geval binnen 45 minuten maar niet-direct goede zorg voorhanden. Zo zijn de ambulanceposten op dit moment gestructureerd. Dat zou in zo'n geval betekenen dat er geen vergoeding tegenover zou staan als je naar Vlissingen zou moeten. In die gevallen zeggen wij in het verlengde van het amendement-Arib, dat er daar geen sprake is van zorg die verleend wordt op basis van een verwijzing of een indicatie en dat die dus voor 100% wordt vergoed, ook in Vlissingen,

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): En de 100% vergoe-

ding betekent dat de zorgaanbieder niet hoeft te trachten om kosten te verhalen op de hulpzoekende zwangere?

Minister **Klink**: Daar snijdt u een terecht punt aan, want dat blijft natuurlijk toch wel het uitgangspunt van dit wetsvoorstel, want dat ligt in het verlengde van de Koppelingswet en de Vreemdelingenwet, namelijk dat betrokkene geacht wordt die kosten zelf te betalen. Maar een ding moge ook duidelijk zijn: het feit dat je 100% vergoedt, geeft – al was het maar subjectief en psychologisch – meer gemak aan betrokkene om zorg te vragen dan wanneer niet 100% wordt vergoed. Dat was ook de strekking en de achtergrond van het amendement van mevrouw Arib.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb nog een vraag die hiermee toch wel verband houdt. Er is dus geen drempel. De KLV heeft ook een vraag gesteld – die ik overigens zelf ook al had gesteld – dat zwangeren soms ook een klacht hebben die door een huisarts moet worden opgelost maar die wel duidelijk zwangerschapsgerelateerd is. Hoe zit het dan met de vergoeding?

Minister **Klink**: Ik wil wel onderstrepen dat het direct zwangerschapsgerelateerd moet zijn. Zo gaf een van de ambtenaren mij het voorbeeld van een zwangere dame die haar knie stootte en vervolgens een probleem met haar knie heeft en naar de huisarts gaat. Dan is er natuurlijk geen sprake van het feit dat het aan zwangerschap gerelateerd is, ook niet al zou betrokkene zeggen dat het is veroorzaakt doordat zij minder stabiel was of anderszins. Als het echt zwangerschapsgerelateerd is, is de zorg 100% vergoed.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Inclusief eventueel de medicatie?

Minister **Klink**: Daar zit dus een verwijzing in en de apotheker wordt afhankelijk van de contracten die gesloten zijn, voor dat percentage vergoed. Het belang is – en daarom kon ik mij wel vinden in de strekking van het amendement van mevrouw Arib – natuurlijk in de eerstelijnszorg, dat de eerste drempel in de richting van de verloskundige of de huisarts, voor zover hij ook een verloskundigenpraktijk heeft, weg moet. Daarna is het natuurlijk toch wel onder begeleiding van de verloskundige dat je in de tweede lijn of in de richting van de apotheker in elk geval de zorg krijgt en daar niet meer die subjectieve beleving zit, bijvoorbeeld dat je iemand alleen maar in financiële zin tot last bent en je dus die drempel maar niet neemt. Overigens kunnen ziekenhuizen en ggz-instellingen die voor de gewone zorg een contract hebben ook de spoedeisende hulp contracteren. De spoedeisende hulp is dus direct toegankelijke zorg – dat moge duidelijk zijn – die wordt meegenomen in het contract voor de niet-direct toegankelijke zorg. Nogmaals, de meeste ziekenhuizen willen die contracten graag, dus ook hun SEH wordt daarin meegenomen. Voor ziekenhuizen en ggz-instellingen die dat niet hebben gedaan en voor huisartsen en verloskundigen biedt het wetsvoorstel een vergoedingsmogelijkheid op declaratiebasis.

Worden nu alle kosten vergoed die de zorgaanbieder niet kan verhalen op de illegale patiënt? De vergoeding bij deze niet-direct toegankelijke gecontracteerde zorg wordt geregeld in een contract. Ik laat de hoogte van de

vergoeding dus over aan de contractpartijen. Bij direct toegankelijke zorg die niet is gecontracteerd en waarvoor dus geen vergoedingsniveau is afgesproken, voorziet het wetsvoorstel, vooralsnog in elk geval, met uitzondering van de kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling, in een vergoeding van 80% van de oninbare vorderingen. Ik gaf zojuist al aan dat wij wat mij betreft gaan kijken in hoeverre de collectieven die met name met illegale personen te maken hebben in de toekomst wellicht voor een contract in aanmerking komen. Er is niet gekozen voor een volledige vergoeding, omdat zowel de illegale persoon als de zorgaanbieder toch een eigen verantwoordelijkheid heeft in dit geheel. De illegale persoon heeft de verantwoordelijkheid om de kosten van de aan hem verleende zorg te betalen en de zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om de kosten te verhalen op de illegale patiënt. Een volledige vergoeding zou die balans die ik zo-even aangaf wegnemen tussen 80% die het vertrouwen illustreert en de 20% prikkel.

De vraag is of de zorgaanbieder in financiële problemen komt, doordat hij niet alle kosten vergoed krijgt. Met andere woorden: over welke problematiek die eventueel uit die 20% voortvloeit, hebben we het nu eigenlijk? In de stukken gaf ik al aan dat als een illegaal naar de huisarts gaat, de rekening voor een consult met het passantentarief € 25 is. Dat is het bedrag voor een niet-ingeschreven patiënt – vandaar het passantentarief – en in de praktijk van de Kruispost Amsterdam blijkt het betalen van € 5 doorgaans geen bezwaar te zijn. Als je die € 5 op die € 25 in mindering brengt, houd je € 20 aan oninbare vorderingen over. Bij 80% vergoeding gaat het dus om een bedrijfsrisico van € 4 voor een huisarts. Dat betekent tegelijkertijd dat er toch wel heel veel illegale patiënten in een praktijk moeten zijn alvorens je echt kunt spreken over een dusdanig aanmerkelijke inkomensschade dat die problematisch moet zijn voor betrokkene. Nogmaals, ik teken daar graag bij aan dat wij dit wel gaan monitoren. Als het inderdaad het geval mocht blijken te zijn, wordt wat mij betreft overgegaan tot de gecontracteerde zorg zoals wij die ook kennen in de niet-toegankelijke zorg.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zegt dat het wel heel veel moet zijn. Huisartsen die hiermee te maken hebben, zeggen allemaal dat zij die illegalen maar heel erg zelden zien. Naar mijn mening zijn er best wel gegevens bekend bij de Stichting Koppeling. Kennelijk is niet bekend hoeveel illegalen er zijn maar wel moet bekend zijn hoeveel illegalen een beroep doen op huisartsenzorg die vervolgens wordt doorgedeclareerd. Is daarnaar gekeken?

Minister **Klink**: Het probleem bij wat doorgedeclareerd wordt, is dat het totale zicht bij ons toch ontbreekt. Ik gaf zo-even de clausules al aan die gelden voor de Stichting Koppeling. Men wordt geacht een deel van de kosten zelf te dragen en om die reden moet het om een aanmerkelijk bedrijfsrisico gaan. In de tweede plaats weten wij het niet op grond van het feit dat sommige te innen vergoedingen wel degelijk door de huisarts worden geïnd. Dat kan. Wij weten natuurlijk wel wat er gedeclareerd wordt maar dat was de reden waarom ik zo-even zei dat wij op basis van die inschattingen die wij maakten naar 80% zijn gegaan. Helemaal grip hebben we er op dit moment niet op. Dat wordt natuurlijk wel anders.

Een zorgaanbieder die veel illegale personen behandelt omdat hij zich speciaal richt op die dienstverlening zoals de Straatdokter, kiest daar in zekere zin zelf voor. Nu ben ik wel gevoelig voor het argument dat hierachter een behoorlijk sociaal hart schuil kan gaan en veel expertise over de benadering en behandeling van illegale personen. Om die reden zal ik dit nauwgezet monitoren. Als daartoe ook maar enige reden of aanleiding is, zal ik tot gecontracteerde zorg overgaan. Wij beschikken dan ook over meer ervaringsgegevens van de niet-direct toegankelijke zorg.

Bij ziekenhuizen gaat het natuurlijk om hogere bedragen dan die ik zo-even noemde voor het passanten-tarief. Daar staat tegenover dat ziekenhuizen die veel illegale personen op de spoedeisende hulp behandelen, doorgaans met het CVZ een contract zullen hebben gesloten voor de niet-direct toegankelijke zorg en daarin deze vorm van zorg zullen hebben meegenomen.

Soms wordt geopperd dat deze wet slechter is dan de bestaande financieringsregelingen, de beleidsregel dubieuze debiteuren en de regeling Stichting Koppeling. Dat is een onjuiste veronderstelling en voorstelling van zaken. De regeling Stichting Koppeling gaat niet uit van een 100% vergoeding, maar beoogt aanmerkelijke inkomensschade te voorkomen. Ik heb al gezegd welke clausules daarvoor gelden. Ook de beleidsregel dubieuze debiteuren voorziet niet in 100% vergoeding van de kosten. De AWBZ kent op dit moment helemaal geen vergoedingsregeling. De reikwijdte van deze wet omvat ook de AWBZ.

De conclusie die ik ook op grond van de gedachte-wisseling in de Tweede en de Eerste Kamer trek, is dat deze wet beoogt een balans te zoeken tussen de individuele verantwoordelijkheid en de bescherming van de gezondheidszorg die een collectieve verantwoordelijkheid is, ook de bescherming van de gezondheidszorg van illegale personen. Het gaat enerzijds om de verantwoordelijkheid van de illegale persoon om de eigen medische kosten zelf te betalen en om de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om deze kosten op hem te verhalen. Anderzijds gaat het om de bescherming van het verzekeringsstelsel. Voorkomen moet worden dat daarin onterecht kosten voor illegale personen neerdalen. Daarnaast worden zorgaanbieders geprikkeld om onverzekerden te begeleiden naar een zorgverzekering. Tegelijkertijd willen wij bescherming bieden aan diegenen die gezondheidsschade of gezondheidsproblemen hebben. Vandaar deze regeling die een vergoeding is voor zorgaanbieders. Vandaar ook dat wij onder verwijzing naar de commissie-Klazinga voor de definitie medisch verantwoorde zorg hebben gekozen die uit het veld naar voren is gekomen. Die definitie kijkt af van het strakkere criterium acute zorg zoals mevrouw Swenker dat noemde.

Ik zal nu ingaan op de specifieke vragen. Mevrouw Swenker heeft gevraagd waarom medisch noodzakelijke zorg voor illegale personen het hele pakket van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ omvat en niet alleen zorg in acute situaties. Het begrip medisch noodzakelijke zorg als zodanig komt naar voren in de Koppelingswet. Daarin werd aanvankelijk gesproken over gezondheidszorg in acute noodsituaties. Bij de plenaire behandeling van de Koppelingswet is dit op initiatief van de Tweede Kamer gewijzigd in medisch noodzakelijke zorg. Daarbij werd verwezen naar allerlei ziektebeelden waarvan het de vraag is of ze acuut zijn en of er sprake is van

terstond noodzakelijke zorg. De vraag is of je tegen mensen die het vermoeden hebben dat zij aan een carcinoom lijden, daarmee naar een dokter willen maar geen directe behandeling nodig hebben, moet zeggen dat zij geen zorg krijgen omdat er geen sprake is van een noodsituatie, terwijl vaststaat dat betrokkene niet alleen ongerust is, maar waarschijnlijk ook een ernstige aandoening heeft. Om die reden is het begrip verbreed. Ik kan mij alleszins vinden in die benadering.

Het parlement heeft dus gekozen voor die ruimere formulering. Ik wijs er overigens op dat dit alleen geldt voor de Zorgverzekeringswet en de AWBZ-zorg voor zover de zorgaanbieder verstrekking daarvan gezien de aard van de prestatie en de verwachte duur van het verblijf, medisch noodzakelijk acht. Hiervan zijn in ieder geval genderoperaties en -behandelingen en ivf-behandelingen uitgezonderd.

Mevrouw Swenker heeft gevraagd of ik dit kan preciseren en in protocollen onderbrengen, ook tegen de achtergrond van het feit dat wij spreken over de verwachte verblijfsduur. In het verlengde hiervan heeft mevrouw Meurs gevraagd in hoeverre het CVZ in staat is om te beschrijven wat medisch noodzakelijke zorg is. Ik vrees dat wij dit niet kunnen. Ik vind ook dat die afweging bij de arts hoort. Wij kunnen hem wel een aantal maatstaven meegeven. Dit doen wij met de term medisch noodzakelijk en het begrip inachtneming van de verblijfsduur. Ik geef echter gelijk toe dat nu juist kenmerkend is voor illegale personen dat de verblijfsduur vaak schimmig is. Sterker nog, de illegale persoon is er in de regel op gericht om zo lang mogelijk te blijven, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Betrokkene kan ook een terugkeermotief hebben of er kan uitzetting plaatsvinden. De arts zal daarnaar moeten vragen en tegen die achtergrond moeten beoordelen of een behandeling op dat moment is aangewezen op grond van het feit dat dit medisch noodzakelijk is. Ik geef echter gelijk toe dat in het geval van een vakantiewerker of iemand met een contract voor twee of drie jaar veel beter een generieke afweging kan worden gemaakt dan in de gevallen waarover wij nu spreken. Daarom is het aan de autonomie en de professie van de arts om hierover een oordeel te geven.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Hoe stelt de minister zich het meewegen van de verwachte verblijfsduur voor? Dit wordt nu bij het criterium medisch noodzakelijk zorg meegenomen.

Minister **Klink**: Ik heb al gezegd dat het een brede en ruwe handreiking is aan de artsen om dit mee te nemen. Ik heb ook al gezegd dat het kan voorkomen dat een illegale persoon aangeeft dat hij binnen enkele maanden teruggaat naar het land van herkomst, vrijwillig of doordat hij wordt uitgezet. Dan kan een arts net als bij seizoenwerkers of mensen die hier op vakantie zijn, een afweging maken of de behandeling in gang moet worden gezet. Dit kan betekenen dat betrokkene nog vier of vijf maanden in Nederland moet blijven terwijl hij over enkele weken in het land van herkomst de benodigde zorg kan krijgen. De termijn dat hij in Nederland verblijft, kan te kort zijn om goede zorg te kunnen leveren. Dit is een ruwe indicatie. De arts zal meestal niet weten hoe lang de illegale persoon nog in Nederland wil blijven op grond van het feit dat betrokkenen veelal niet van zins zijn om terug te keren naar hun land van herkomst en

uitzetting niet altijd aan de orde is. Dan kan dit hooguit worden opgemaakt uit een persoonlijk gesprek met betrokkene, maar heel vaak zal men daarvan geen kennis kunnen nemen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Hoe beoordeelt de minister het praktijkvoorbeeld van een bevriende apotheker die inmiddels twee patiënten in zijn praktijk heeft die illegaal in Nederland verblijven en hiv hebben? Zij komen iedere maand hun hiv-medicijnen halen. Hoe past dit in de toepassing van het begrip verblijfsduur? Die mensen zijn naar Nederland gekomen omdat zij hier wel hiv-medicijnen kunnen krijgen en op het Afrikaanse continent kennelijk niet. Hoort dit hier nu bij?

Minister **Klink**: Ja, voor zover een arts van mening is dat betrokkene die medicatie nodig heeft, maar ik zie ook de spanningsvelden wel. Die zijn inherent aan de Koppelingswet en de Vreemdelingenwet. Wij willen allemaal dat sociale verzekeringen niet zomaar toegankelijk zijn. Niet alleen omdat daarvan een aanzuigende werking zou uitgaan, maar ook omdat betrokkenen niet hebben meebetaald aan de solidariteit en de kosten van ons sociale verzekeringsstelsel. Aan de andere kant willen wij ook niet dat medici of apothekers betrokkenen identificeren en bij justitie melden waarna zij gehouden zijn te vertrekken. Dat zou een enorme drempel zo niet een onneembare barrière opwerpen voor de gezondheidszorg. Dat is niet goed voor betrokkenen en niet te verdedigen uit oogpunt van onze collectieve verantwoordelijkheid. Die spanningsvelden zijn het gevolg van de Vreemdelingenwet, de Koppelingswet en de uitwerking die wij daaraan geven met betrekking tot de vergoeding van de onkosten die zorgverleners maken.

Daarom vind ik het ook belangrijk om voortdurend te benadrukken dat betrokkenen die kosten zelf moeten betalen. In de eerste plaats omdat zij niet, vaak door onmacht maar desalniettemin, hebben meebetaald aan ons sociale verzekeringsstelsel. In de tweede plaats gaat er een prikkel van uit om de verblijfsduur zo kort mogelijk te houden. Dit vergt wel zorgaanbieders die de kosten daadwerkelijk willen verhalen. Vandaar die balans tussen 80% en 20%. Mooier kunnen wij het niet maken.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Helaas had ik in het gesprek met die apotheker niet de indruk dat hij van zins was om de verblijfsduur van deze mensen zo kort mogelijk te laten zijn. Hij haalde zijn schouders op en zei: goed, er gaan duizenden euro's doorheen, het zij zo. Hij voelde geen enkele prikkel en was er gelaten onder.

Minister **Klink**: Er was dus een financieel risico dat betrokkene voor lief nam. Dat geeft alleen maar aan dat er een prikkel moet blijven, zodat het in ieder geval niet collectief voor lief wordt genomen. Daarin moet een balans worden gevonden. Hiertegenover staat dat, zoals mevrouw Meurs al aangaf, je zorgverleners in een buitengewoon nadelige situatie brengt als zij geen enkele vergoeding krijgen, zeker als het probleem geconcentreerd is.

Op een aantal vragen van mevrouw Swenker ben ik al ingegaan in mijn algemene betoog. Ik realiseer me dat ik dat op een voor haar onbevredigende wijze heb gedaan.

Mevrouw Slagter vroeg of ik haar mening deel dat het enige fundamentele recht waarop illegalen zich kunnen beroepen, het recht op gezondheid is. Zij bedoelt

ongetwijfeld het recht op gezondheidszorg. Voor zover dat medisch noodzakelijk is, ligt er een plicht bij de zorgverleners om die zorg daadwerkelijk te bieden. Wij stellen hen daartoe in staat door de inkomensschade die eruit kan voortvloeien, voor een deel te vergoeden.

In de richting van mevrouw Meurs zeg ik dat huisartsen op basis van de huidige vorm van het wetsvoorstel niet kunnen worden gecontracteerd. Het contractenregime geldt niet voor hen omdat direct toegankelijke zorg bij iedere aanbieder moet kunnen worden ingeroepen. Dit zou betekenen dat het CVZ alle aanbieders moet contracteren. Aangezien er bij de huisarts geen verwijzing nodig is, is het echter niet mogelijk om illegalen te sturen naar een gecontracteerde huisarts. Indien wij selectief zouden contracteren, zouden huisartsen onderling moeten verwijzen naar de gecontracteerde huisarts. Dat zou in termen van het contractenregime waaraan het CVZ is gehouden, hebben geleid tot een enorme bureaucratische last. Indien je collectief contracteert, kun je daaraan nauwelijks nog voorwaarden verbinden met betrekking tot de protocollen voor het innen van de kosten. Het zou voor het CVZ ondoenlijk zijn om te volgen in hoeverre men daaraan tegemoetkomt.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): In de praktijk kan blijken dat zich concentraties voordoen in met name de grote steden. Wij weten dit van Rotterdam. Het is in dat licht denkbaar dat het goed is om bepaalde huisartspraktijken juist wel te contracteren.

Minister **Klink**: Ik sta ervoor open om daartoe over te gaan als er inderdaad sprake blijkt te zijn van concentratie en zich een aanmerkelijke inkomensschade aftekent, mede in het licht van de ervaringen bij de niet-direct toegankelijke zorg. Ik wil dit volgend jaar heroverwegen. Dan kom ik wellicht ook tegemoet aan wat de heer Klein Breteler zei. Aanvankelijk was op ons departement het idee dat over de gehele linie zou worden gecontracteerd, ook in de eerste lijn. Daarvoor was toen niet al te veel animo, met name niet bij de medische professie zelf. Als zaken zijn uitgekristalliseerd in de niet-direct toegankelijke zorg, kan dit gaandeweg toch een aantrekkelijk optie worden voor de eerste lijn. Die inschatting maak ik nu daaromtrent.

De heer Klein Breteler vroeg of de 80%-vergoeding omhoog kan als de kosten meevallen. Dit wil ik niet zozeer laten afhangen van de vraag of het meevalt in relatie tot de gereserveerde 44 mln., maar van de ervaringen bij de ziekenhuizen en de contracten die daar worden gesloten. Daar zal blijken wat haalbaar blijkt te zijn bij het innen van vorderingen.

Mevrouw Slagter gaf het voorbeeld van een galblaasontsteking waarbij iemand met spoed in een niet-gecontracteerd ziekenhuis wordt opgenomen. Wat gebeurt er dan na de acute fase? Het is inderdaad wel de bedoeling dat een patiënt in dat geval in een gecontracteerd ziekenhuis verder wordt behandeld. Op zichzelf is dat niet vreemd, omdat het regelmatig voorkomt dat personen van het ene naar het andere ziekenhuis gaan. Uiteraard is de mate van redelijkheid daar wel aangewezen. Indien iemand niet kan worden vervoerd, wordt de behandeling in het eerste ziekenhuis voortgezet; dat moge duidelijk zijn.

Hoeveel zorgaanbieders worden er nu daadwerkelijk gecontracteerd en hoe zit het met de spreiding? Die

spreiding is een buitengewoon belangrijk punt. Op dit moment lopen de onderhandelingen met de ziekenhuizen. De indicatie die ik krijg, is dat de meeste ziekenhuizen graag een contract sluiten met het CVZ. 200 tot 300 apothekers hebben op dit moment offertes aangeboden. De precieze cijfers heb ik ergens paraat; dat komt nog wel in tweede termijn. Overigens krijgen lang niet alle gemeenten te maken met de illegalenproblematiek. Vandaar dat het aantal apothekers niet spoort met de 400 tot 500 gemeenten. Mocht de illegalenproblematiek zich in een bepaalde gemeente aftekenen – ook al gaat het maar om één persoon – dan zal het CVZ direct tot contractering van één apotheek overgaan. In de steden wordt overigens meer dan één apotheker gecontracteerd. Ook daar dient de spreiding zich af te tekenen. Zoals toegezegd in de brief van 30 mei jongstleden, zal ik de Eerste en Tweede Kamer binnenkort de stand van zaken doen toekomen.

De heer Van den Berg vroeg namens de fracties van de SGP en de ChristenUnie of, in het licht van de WGBO en de Kwaliteitswet zorginstellingen, een niet-gecontracteerde apotheker wel bevoegd is om een illegaal persoon die bij hem komt voor een geneesmiddel, door te verwijzen naar een wel gecontracteerde apotheker. Is er eenmaal sprake van een behandelrelatie, dan dient de zorgaanbieder inderdaad op grond van de WGBO de noodzakelijke zorg te leveren. Een zorgaanbieder is echter niet verplicht om een behandelrelatie aan te gaan waar deze er nog niet is, tenzij het niet aangaan van zo'n relatie medisch niet verantwoord is. In dat geval spreken wij echter van acute zorg. Als er in een gemeente een wel gecontracteerde apotheker is, mag de niet-gecontracteerde apotheker illegale personen derhalve doorverwijzen naar de wel gecontracteerde apotheker, tenzij het dus gaat om acute situaties. Overigens houdt het CVZ er ook rekening mee dat tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten verschillende apotheken roulerend aan bod zijn om medicatie te verstrekken. Daarin zal worden voorzien, in de zin dat het dekkend is in de gemeenten zodat illegalen niet verstoken zijn van medicatie tijdens avonden, nachten en weekenden.

Op de aard van de afspraken die worden gemaakt binnen de contracten, ben ik zo-even al ingegaan. Het gaat om protocollen voor het innen van vergoedingen en de aard van de zorg die wordt geleverd nadat een arts heeft besloten over de vraag of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Alle partijen hebben gevraagd waarom de tandartsenzorg niet is meegenomen in de regeling. Er is voor gekozen om uit te gaan van het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet en van de AWBZ, voor zover hier noodzakelijk. Wij zouden ervoor kunnen kiezen om ook allerlei andere vormen, zoals tandartsenzorg maar ook manuele therapie of fysiotherapie onder de vergoedingsregeling te brengen, maar ik heb al aangegeven dat wij ons beperkt hebben tot het verzekerde pakket omdat daarin de voor onze ingezetenen gangbare zorg zit die wij onder de term "medisch noodzakelijk" vinden vallen en waar solidariteit dus op zijn plaats is. Waar het bijvoorbeeld gaat om ernstige kiespijn, waarnaar de heer Klein Breteler verwees, geldt in feite datgene wat ook voor mensen geldt die geen aanvullende verzekering hebben afgesloten, namelijk dat zij dat uit eigen middelen zullen moeten betalen. Daar waar ziekenhuiszorg aan de orde is, gaat het natuurlijk om zeer grote bedragen en zit het in de regel in het

zorgverzekeringspakket. In de AWBZ kennen wij ook indicaties waarmee grote sommen geld zijn gemoeid. Hier gaat het echter om bedragen die vaak niet al te groot zijn, ook al realiseer ik mij dat het zowel voor mensen die ingezetenen zijn en geen aanvullende verzekering hebben afgesloten als voor degenen die illegaal in Nederland zijn, toch tot enige tientallen euro's kan oplopen. De illegalen krijgen in feite ook met deze kostenpost te maken, evenals de ingezetenen die zich niet hebben bijverzekerd. Ik wil graag die parallel in stand houden tussen degenen die zich als ingezetenen in Nederland niet hebben verzekerd en de kosten moeten betalen en de illegale personen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mensen die ingezetenen zijn en niet aanvullend verzekerd zijn, kunnen desnoods een beroep doen op de bijstand en dat kunnen illegale personen niet.

Minister **Klink**: Het is ook niet de bedoeling dat zij dat kunnen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Daarom is het ook een andere groep en daarom moet je ook kijken of je dat niet op een andere manier moet regelen.

Minister **Klink**: Het gaat er wel om dat wij in beginsel vinden dat de kosten verhaald dienen te worden op betrokkenen, dat wij daarnaast vinden dat voor zover wij een handreiking doen in de richting van de zorgaanbieders, het om medisch noodzakelijke zorg dient te gaan. Die medisch noodzakelijke zorg hebben wij afgebakend via de Zorgverzekeringswet, het basispakket dat daarmee is gemoeid en de AWBZ. Ik zou dit niet willen verbreden, teneinde vervolgens degenen die nergens bijdragen aan solidariteit uiteindelijk een breder pakket te verstrekken en een bredere vergoeding via de zorgaanbieders, dan degenen die in Nederland ingezetenen zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb geprobeerd om de minister duidelijk te maken dat dit een andere categorie is, dat dit ook mensen zijn die geheel andere gebitten hebben dan wij hier hebben.

Minister **Klink**: Ik zie twee verschillen, die gaf ik in de eerste termijn aan. Betrokkenen kunnen geen aanvullende verzekering sluiten; althans, dat zal zich niet voordoen omdat dit praktisch onmogelijk is, lijkt mij. Ik weet niet of er veel zorgverzekeraars zijn die dit een aantrekkelijke doelgroep vinden, maar ik schat zomaar in van niet. Het tweede punt waar mevrouw Slagter ook op heeft gewezen, is dat men niet naar de bijstand toegaat op grond van het feit dat men geen ingezetene is. Voor het eerste geldt dat ook ingezetenen die zich niet verzekeren, uiteindelijk wel zelf de kosten moeten dragen. Zij kunnen ook geen aanspraak maken op een zorgtoeslag, die wij niet voor niets hebben gekoppeld aan het basispakket. Daarvan vinden wij collectief dat mensen voor die zorg gevrijwaard moeten blijven van overmatige kosten. Ik vind niet dat wat wij voor ingezetenen als regel hanteren met betrekking tot het verstrekkingenpakket en wat wij onder medisch noodzakelijke zorg verstaan, voor illegale personen ruimhartiger moeten maken. Bij het punt van de bijstand zit precies het punt van verschil. Wij moeten mensen

kwalificeren als illegale personen op grond van het feit dat zij geen aanspraak kunnen maken op die inkomstenbronnen. Illegale personen zouden ook niet lang hier in Nederland blijven, als men geen middelen had voor de kosten van het levensonderhoud. Kennelijk vindt men die wel in Nederland en is dit een van de redenen waarom men hier wil blijven. Om nu te zeggen wij dat een verstrekkingenpakket ruimhartiger zullen toekennen aan hen dan aan ingezetenen, terwijl zij die middelen wel kunnen vinden, gaat mij eerlijk gezegd te ver.

De heer **Klein Breteler** (CDA): De minister heeft natuurlijk op zichzelf formeel volstrekt gelijk, maar wij Nederlanders staan ook bekend als goed koopman. Ik wil mevrouw Slagter toch helpen met een wat ander argument. Wellicht is dit wat opportunistisch, maar juist als acute kiespijn niet-direct wordt verholpen, is de kans dat die zich verergert en de illegale vreemdeling doorgaat naar de tweedelijnszorg, eventueel ook in één van die gecontracteerde ziekenhuizen, veel groter. Die behandeling kost dan een veelvoud van wat het geweest was – u zegt zelf dat dat niet veel kost – als men wel direct toegang had tot een tandarts voor acute kiespijn.

Minister **Klink**: Als ik dan de parallel trek naar degene die onverzekerd is, die althans geen aanvullende verzekering heeft afgesloten, die ook niet uit eigen middelen wil betalen, zeg ik ook niet tegen de zorgverlener dat hij voor 80% schadeloos wordt gesteld op grond van het feit dat betrokkene zich wellicht anders niet laat behandelen en de kosten vervolgens neerslaan in de reguliere zorg op grond van het feit dat hij naar het ziekenhuis moet met een ernstige aandoening aan kaken of anderszins.

De heer **Laurier** (GroenLinks): Ik begrijp de redenering van de minister hier niet helemaal. In het begin van zijn betoog heeft hij gezegd dat als het gaat om die 80/20-regeling, dit niet een kwestie is van een vergoeding aan de betrokkene, aan de illegaal, maar dat dit een tegemoetkoming is aan de kosten die de professional voor de medische zorg maakt. Hij draait de redenering bij de tandartsenzorg ineens om, want dan spreekt hij over een uitgebreider verstrekkingenpakket. Volgens mij is dat niet aan de orde. Aan de orde is dat de kosten nog steeds verhaald worden in het principe van de wet, maar mocht op basis van acuïtheid of om andere redenen een ingreep noodzakelijk zijn, kostenderving van de professional aan de orde kan zijn. Als je een consistente redenering opzet, moet die ook volledig consistent over alle aspecten van de zorg zijn.

Minister **Klink**: Ik heb zojuist aangegeven dat ik de consistentie zoek in twee zaken. De eerste is de afbakening van wat wij medisch noodzakelijk vinden, dat hebben wij in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ afgebakend. De tweede is dat ik het ook een slechte zaak zou vinden dat een ingezetene van ons land als hij acute kiespijn heeft, maar niet wil betalen, verwacht dat de overheid via het CVZ bijspringt in de kosten omdat de zorgaanbieder hem die noodzakelijke zorg wel moet verlenen omdat die daartoe gehouden is en zijn inkomensschade daarvoor wordt vergoed. Vandaar dat ik die consistentie naar mijn stellige overtuiging wel degelijk aanbreng. Ik zie uw punt echter wel, maar je kunt ook redeneren dat je voor ingezetenen de Zorg-

verzekeringswet hebt en de bijpassende premie. Bovendien kan men zich bijverzekeren. Voor niet-ingezetenen, illegalen, spreken wij over medisch noodzakelijk zorg waartegenover een ander regime van bekostiging staat. Op zichzelf zie ik die redenering ook nog wel. Ik ben daarvoor zelfs een beetje gevoelig. Het gaat mij echter te ver, als ik dit afzet tegen het feit dat iemand die niet verzekerd is in ons land vervolgens verwacht dat op grond van het feit dat hij ernstige pijn heeft, hij niet hoeft te betalen omdat wij dat als medisch noodzakelijke zorg kwalificeren en wij wel 80% aan de tandarts betalen via het CVZ.

Wij hebben gesproken over zwangerschap en de daaraan gerelateerde zorg. Aan mevrouw Meurs zeg ik graag toe dat wij bij de monitor haar punten van aandacht meenemen en dat die terug zullen komen. Daarbij komt ook een punt aan de orde dat mevrouw Slagter noemde, namelijk de vraag in hoeverre betrokkenen daadwerkelijk een drempel ondervinden om medisch noodzakelijk zorg bij de zorgaanbieder te vragen en op hem of haar een beroep te doen. Daar willen wij ook de vinger achter zien te krijgen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Kunt u ons schriftelijk doen toekomen op welke manier er gemonitord wordt? Er is een aantal verschillende zaken genoemd en wij hebben het zelf ook niet helemaal duidelijk op papier. Het zou prettig zijn als het mogelijk is dat wij van u een bericht krijgen op welke manier er wordt gemonitord en welke punten daarbij horen; dus niet alleen de problemen die de zorgbieders ondervinden, maar ook de illegalen.

Minister **Klink**: Toen ik bij de voorbereiding de punten van mevrouw Meurs nog even spiegelde met de ambtenaren, werd mij gemeld dat bijna alles nu al in de monitor wordt meegenomen. Ik zal u daarvan ook graag schriftelijk in kennis stellen, zodat u zelf kunt zien of die thema's toereikend aan bod zijn geweest. Zo niet, dan hoor ik dat graag, want het is wel onze intentie om dit mee te nemen.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Als de minister dit ons doet toekomen, krijg ik daarbij ook graag de planning. Hij zei aan het begin dat hij op redelijk korte termijn resultaten wil zien. Ik ben benieuwd wat hij onder een "redelijk korte termijn" verstaat.

Minister **Klink**: De planning wanneer wij producten zullen opleveren en een afweging zullen maken, krijgt u erbij.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd wat er gebeurt met de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Bij de eventuele inwerkingtreding van het voorliggende wetsvoorstel zal deze beleidsregel vervallen, voor zover die betrekking heeft op illegalen. Voor de andere groepen, waaronder de onverzekerden, blijft die nog wel gelden zo lang wij de FB-bekostiging kennen en zo lang wij nog onverzekerden kennen, want ook dat proberen wij via wetgeving te ondervangen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Zo lang dit wetsvoorstel niet in werking treedt, bestaat die beleidsregel nog. Zegt u ook nog iets over de invoeringstermijn?

Minister **Klink**: Wat ons betreft, gaat deze wet per

1 januari 2009 in. Mocht dat niet het geval zijn, dan blijven de Stichting Koppeling en de regelingen die daarmee verwant zijn, net als de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren in stand.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Waarvan hangt het af of het wetsvoorstel in werking treedt?

Minister **Klink**: Van u! Althans, mede van u. Dat lijkt mij een gerechtvaardigde aanvulling.

Mevrouw Slagter heeft gevraagd of het CVZ en de Stichting Koppeling al samenwerken aan een ministeriële regeling die vastlegt welke gegevens ten behoeve van declaraties moeten worden overlegd. Onlangs is door mijn medewerkers het concept voor de bedoelde regeling opgesteld. Dat zal met het CVZ worden besproken. De huidige declaratieregels van de Stichting Koppeling hebben daarbij als voorbeeld gegolden. De gegevens over de illegale persoon die de zorgaanbieders bij hun declaraties moeten overleggen, worden bewust abstract gehouden, zodat het CVZ niet in staat is om die naar een individuele persoon te herleiden. Zo zal de aanbieder bijvoorbeeld niet de volledige naam van de illegale persoon hoeven te geven, maar slechts diens initialen.

Hoe is te controleren dat getracht wordt de kosten daadwerkelijk te verhalen op de betrokkene? In contracten met zorgaanbieders zal het CVZ bedingen dat het nodige in het werk gesteld wordt om de kosten te verhalen. Er zijn ziekenhuizen die daarvoor nu al goede protocollen in werkwijze hebben opgesteld. In de praktijk blijkt dat een deel van de kosten ook daadwerkelijk te innen is. Op basis van de praktijkervaringen in het komende jaar zullen wij dan ook die 80% gaan heroverwegen. De Kamer zal deze termijnen schriftelijk ontvangen.

Mevrouw Meurs en mevrouw Slagter hebben gevraagd of het CVZ voldoende is toegerust voor een en ander. Op dit moment worden de noodzakelijke voorbereidingen getroffen, in die zin dat men bezig is de contracten met zorgaanbieders te sluiten, de voorlichting voor te bereiden en een regeling op te zetten om een en ander te monitoren. Ik zal de Kamer ervan in kennis stellen hoe dit er precies uitziet. De expertise en werkwijze van de Stichting Koppeling blijft behouden, omdat de bureaumedewerkers nu reeds hun kennis en ervaring delen met het CVZ en de mogelijkheid krijgen om hun werkzaamheden binnen het CVZ voort te zetten.

Het CDA heeft gevraagd of illegalen een particuliere verzekering kunnen sluiten. Ik gaf zo-even al aan dat dit formeel wel kan, maar theorie en praktijk – om het onderscheid van mevrouw Slagter hier maar even aan te brengen – zullen hier naar ik verwacht ver uit elkaar liggen.

De heer Van den Berg heeft gevraagd of het CVZ een rol blijft houden bij de financiering van regionale taken. Het is een misverstand dat het CVZ de regionale taken niet in stand wil houden. Het CVZ zal die structuur waar mogelijk wel degelijk handhaven, zodat de regionale platforms die een en ander coördineren onder leiding van de GGD ook in stand zullen blijven onder de nieuwe regeling.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden in eerste termijn, maar wil daarover toch nog wat doormijmeren. De minister stelt dat er veel discussie is geweest over het begrip “acute zorg”, dus over zorg die het verliezen of beperken van essentiële functies zou moeten voorkomen. Er zijn ook veel interpretatieproblemen rond dit begrip geweest, met name in de Tweede Kamer. Daarom wordt er volgens de minister nu gekozen voor het begrip “medisch noodzakelijke zorg”. Uit de discussie die wij nu in de Eerste Kamer voeren, blijkt dat dit laatste begrip, zeker in relatie tot de verblijfsduur, met dezelfde interpretatieproblemen gepaard gaat als het eerste begrip, tenzij wij de weg van de minste weerstand volgen door het woord verblijfsduur te interpreteren als “altijd hier te lande”. In dat geval komen wij uit bij een soort recht van de illegale vreemdeling op het volledige pakket. Zoals men zal begrijpen heeft de VVD-fractie daartegen ernstige bezwaren.

Ik zeg nogmaals dat iedereen recht heeft op alle zorg, mits men die zorg zelf betaalt of ervoor is verzekerd. De minister stelt dat het primaat om te beoordelen welke zorg iemand nodig heeft, blijft liggen bij de beroepsbeoefenaar, niet bij de minister of bij het CVZ. De VVD-fractie kan zich daarin vinden, uitgaande van het principe: wat in de spreekkamer gebeurt, hoort tot het domein van de arts. Dit betekent echter niet dat daarmee automatisch alle kosten die de zorgaanbieder maakt ook maar moeten worden vergoed. Daarover hebben wij het nu.

Samenvattend moet ik constateren dat de minister de VVD-fractie niet heeft kunnen overtuigen van zijn stelling dat het begrip “medisch noodzakelijke zorg” een beter begrip is dan het begrip “acute zorg”, als wij het daarbij hebben over de vergoeding van kosten.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister hartelijk voor zijn antwoorden. Ik ben blij met de betrokkenheid die sprak uit de antwoorden die hij gaf.

Ik heb een aantal zaken genoteerd en ik wil graag even vaststellen of mijn conclusies daarover kloppen. De minister heeft gezegd dat er in de contracten, in tegenstelling tot wat in de memorie van antwoord staat, niet wordt onderhandeld over de invulling van het begrip “medisch noodzakelijke zorg”. Dat is namelijk iets wat de professional zelf vaststelt. Daarbij zijn de uitgangspunten van de commissie-Klazinga leidend. De minister heeft verder gezegd dat de spreiding van afgesloten contracten belangrijk is. Wij zien uit naar de eerste inzichten die in november naar boven zullen komen.

Ook is mijns inziens de monitoring heel belangrijk. Wij spreken immers over een nieuw systeem en er wordt nogal wat op poten gezet. Het is inderdaad de vraag hoe een en ander zal uitwerken. Ik ben blij dat de minister toegeeft dat wij nog niet alles weten en dat hij daarom een vinger aan de pols wil houden. De monitoring zal worden gedaan door het CVZ. De minister heeft toegezegd dat hij ons op korte termijn zal berichten over de manier waarop deze monitoring zal plaatsvinden. Niet alleen de ervaringen van de zorgaanbieders zullen worden gemonitord, maar ook de problemen die illegalen zelf tegenkomen. Daarbij zal stichting Lampion

waarschijnlijk kunnen faciliteren. Het laatste juicht mijn fractie zeer toe.

Over de problemen bij huisartsenpraktijken zeg ik dat het mijns inziens erg goed is dat de minister nu duidelijker naar voren heeft laten komen dat specifieke deskundigheid nodig is. Dit vindt nu eenmaal plaats in een aantal praktijken. Hiermee moet eventueel in de contractering rekening worden gehouden. Ik heb de minister het advies gegeven om zelf eens in Rotterdam te gaan kijken. Ik ben benieuwd wat hij daarvan vindt.

Over het punt van de 20/80-vergoeding heeft de minister gezegd dat hierbij de balans tussen vertrouwen en verantwoordelijkheid een rol speelt. Ik kan mij daarin wel vinden, hoewel dit mijns inziens praktisch moeilijk uitvoerbaar zal zijn. Ik houd mij dan ook vast aan de uitspraak van de minister dat dit eventueel volgend jaar heroverwogen kan worden. Het percentage kan dan eventueel worden bijgesteld.

Over wat de minister heeft gezegd over de tandartsenzorg ben ik nog niet tevreden. Daarom heb ik een motie opgesteld die ik nu aan de voorzitter overhandig.

---

#### Motie

---

De **voorzitter**: Door de leden Slagter-Roukema, Putters, Meurs, Van den Berg, Laurier en Klein Breteler wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat met de aanvaarding van wetsvoorstel 31249 de financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen weliswaar gestroomlijnd wordt, maar dat ook met de aanvaarding van dit wetsvoorstel volgens de uitleg van de minister in de memorie van antwoord illegalen slechter dan voorheen toegang hebben tot tandheelkundige zorg;

constaterende dat het voor illegalen onmogelijk is, zich particulier te verzekeren tegen kosten voor tandartszorg;

constaterende dat het ontbreken van tandheelkundige zorg veel menselijk leed en ernstige ziekten en complicaties kan veroorzaken;

verzoekt de regering, uit te spreken dat tandartszorg voor illegalen vanwege de te verwachten behandelings-onmacht toch valt onder medisch noodzakelijke zorg en dientengevolge zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor een bijdrage van het CVZ,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter E (31249).

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zei: mooier kunnen wij het niet maken. Dat lijkt mij het understatement van de dag. Mooier kunnen wij het inderdaad niet maken. Laten wij echter met elkaar de situatie van personen die illegaal in Nederland verblijven zo mooi mogelijk maken. Deze mensen kunnen en

mogen vaak gewoon niet weg uit Nederland, ondanks dat zij best weg willen.



De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Ook ik dank de regering, en met name de minister van VWS voor de antwoorden. Ik ben het met mevrouw Slagter eens dat de toon die wij hoorden in de eerste termijn van de regering, in ieder geval warmer is dan de toon die wij in de schriftelijke stukken hebben aangetroffen.

Ik wil beginnen met nog één punt te markeren dat ik deze ochtend heb overgeslagen omwille van de tijd en omdat de voorzitter mij achter de broek aanzat. Ik vind dit punt echter wel belangrijk. Het gaat over de illegale jeugdigen met een kinderbeschermingsmaatregel voor wie een tijdelijke verblijfsvergunning kan worden aangevraagd wegens bijzondere individuele omstandigheden. Het is volgens de CDA-fractie een goede zaak dat hiervoor een beleidskader wordt opgesteld. Immers, op die manier is ook toegang tot de verzekeringswet en de AWBZ geborgd. Over de situatie waarin de tijdelijke verblijfsvergunning nog niet is verleend maar waarin de minderjarige rechtmatig in Nederland verblijft op grond van artikel 8f van de Vreemdelingenwet 2000 worden wij nog graag geïnformeerd door de staatssecretaris van Justitie.

Ik heb slechts vijf minuten spreektijd, dus ik moet mij beperken. Over met name het aanbesteden van niet-toegankelijke zorg door het CVZ wil ik zeggen dat de minister mijns inziens ook niet kan zeggen dat het om maximaal 100% of iets in het midden moet gaan, omdat wij hierbij spreken over aanbesteden. Bij een aanbesteding hangt een en ander af van de aanbestedingsvoorwaarden en van de vraag hoe men inschrijft. Mogelijk zal het hier en daar op iets meer dan 100% uitkomen. Met andere woorden, als wij aanbesteden tussen een zorgaanbieder en het CVZ, kunnen wij niet van tevoren bepalen dat het niet op meer mag uitkomen dan zoveel.

Mijn fractie legt de prioriteit bij huisartsenpraktijken in wijken waar een bovengemiddeld aantal illegalen verblijft. Dit is al een aantal malen genoemd. Ik ben blij dat de minister inziet dat het omwille van de volksgezondheid goed is dat op dit punt expertise wordt opgebouwd. Ik ben ook blij dat de minister zelfs zo ver gaat dat hij uitspreekt dat hij bij de monitoring de optie voor gecontracteerde zorg waarover de CDA-fractie sprak, een aantrekkelijker optie vindt. Echter, de fracties van het CDA, de PvdA, de SGP, de ChristenUnie, de SP en GroenLinks vinden dat zij de minister op dit punt toch nog een stevige steun in de rug moeten geven. Daarom overhandig ik bij dezen een motie hierover aan de voorzitter.

---

#### Motie

---

De **voorzitter**: Door de leden Klein Breteler, Vedder-Wubben, Goyert, Leunissen, Meurs, Putters, Van den Berg, Slagter-Roukema en Laurier wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

in vergadering bijeen,

gehoord de beraadslagingen over het wetsvoorstel 31249,

overwegende dat de (medische) zorg aan illegale vreemdelingen vaak in bepaalde wijken van steden is geconcentreerd en derhalve huisartsenpraktijken bovengemiddeld worden bezocht door illegale vreemdelingen;

overwegende dat dan geen sprake kan zijn van een normaal ondernemersrisico;

overwegende dat het om kwalitatieve redenen juist een voorkeur heeft dat in dergelijke praktijken expertise wordt ontwikkeld;

verzoekt de regering, de voorgestane wijziging in de Zorgverzekeringswet voor deze praktijken te heroverwegen, zodat in deze praktijken werkzame huisartsen niet worden geconfronteerd met een dergelijk bovenmatig ondernemersrisico,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter F (31249).

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Ik sluit af met een korte opmerking. Ik zal de argumenten van mevrouw Slagter niet herhalen. Die spreken voor zich. Ik voeg er wel een aan toe. Zelfs voor degenen die verzekerd zijn, valt het, zeker in weekends, al tegen om een tandarts te vinden als zij acute kiespijn hebben, laat staan voor iemand die illegaal is. Realiseert de minister zich dat? Laat hij dat meewegen in zijn oordeel.

□

De heer **Laurier** (GroenLinks): Voorzitter. Namens mijn fractie dank ik de minister voor de beantwoording van de vragen in eerste termijn. Hij heeft een aantal belangrijke toezeggingen gedaan. Hij heeft duidelijk ook met warmte en betrokkenheid over het onderwerp gesproken. Daarvoor heeft mijn fractie waardering.

In eerste termijn hebben wij gezegd dat wij in principe een positieve insteek hebben ten opzichte van het wetsvoorstel. Op een aantal punten achten wij echter meer duidelijkheid en discussie nodig. Ik denk dat de minister en wij niet feitelijk tot elkaar komen als het gaat om de verdeling van 80% en 20%. Als een vertrouwens-kwestie aan de hand is, ga je redelijkerwijs uit van 100%; 80% vertrouwen bestaat wat ons betreft niet, zo is van onze kant gezegd. In het bijzonder maken wij ons zorgen om situaties waarin sprake is van veel behandelingen van illegalen in de eerste lijn. Dat is de reden waarom wij de motie van de CDA-fractie mede ondertekend hebben.

Wij hebben ook nog even gesproken over de factor verblijfsduur in de beoordeling of medische behandeling noodzakelijk is. Ik heb begrepen dat de minister dit ook een moeilijke factor vindt om feitelijk mee te laten wegen. Ik vond hem daarbij wat laconiek. Wij gaan ervan uit dat het uiteindelijk in de totale beoordeling hooguit een factor zal zijn, maar niet de zwaarste factor.

Wat de tandartsenzorg betreft, denk ik dat de minister en de GroenLinksfractie echt van mening verschillen. In de redenering die wij volgen als het gaat om de vergoeding van de kosten door de medisch professional gemaakt, proberen wij een consistentie vanaf het begin te houden. In die zin zouden wij het eigenlijk logisch vinden dat de regeling tot die beroepsgroep wordt uitgebreid. Dat is de reden waarom wij de motie waarbij de SP-fractie als eerste indiener fungeert, ondersteunen.

De minister heeft veel gezegd over monitoring. Hij heeft aangegeven dat op een aantal punten de resultaten van die monitoring naar ons toe zullen komen. Hij zou ook laten zien op welke punten gemonitord zal worden. Wij vinden dat belangrijk. Met name vinden wij dat belangrijk omdat de minister aangeeft dat hij de resultaten van de monitor wil gebruiken om eventueel tot bijstelling in een later stadium te komen, waarvoor dank.

□

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Voorzitter. Ook van onze kant hartelijk dank voor de uitgebreide beantwoording. Wij zijn daarmee op hoofdlijnen zeer tevreden. Ik wil nog even een paar punten langslopen om zeker te weten dat wij elkaar goed begrepen hebben.

Het eerste betreft de medisch noodzakelijke zorg. Het is duidelijk dat het gaat om de professionele verantwoordelijkheid die voorbehouden is aan de beroeps-beoefenaren. In zijn nadere toelichting heeft de minister dit uitgangspunt onderschreven. Het CVZ kan verdere kwaliteitsafspraken maken met de aanbieders in het kader van de contractering. Dat lijkt ons een buitengewoon goede zaak. Als het CVZ het goed doet, zouden de zorgverzekeraars daarvan zelfs kunnen leren als het gaat om het maken van goede kwaliteitsafspraken.

Wij hebben ook gesproken over het meewegen van de verwachte verblijfsduur. Als ik het goed heb begrepen, zegt de minister dat dit wegen vooral een kwestie is van een persoonlijk gesprek tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt en dat het er niet om gaat dat de beroeps-beoefenaar zelf nog onderzoek gaat doen.

Er is uitgebreid gesproken over de 80/20-regeling. Ik ben erg blij dat de stellige toon uit de memorie van antwoord nu is veranderd in een zoektocht, die onderdeel zal worden van de monitoring. De minister heeft zelfs aangegeven dat hij bereid is om de regeling te heroverwegen, mocht uit de monitoring blijken dat de 80/20-regel niet werkt.

Misschien is het goed om in dit verband nog eens te beklemtonen dat het in veel gevallen niet zozeer gaat om patiënten die onwillig zijn, maar om patiënten die onmachtig zijn. Dat wilde ik hier nog even onder de aandacht brengen. Wij moeten niet de indruk wekken dat het om onwil gaat. In veel gevallen gaat het om onmacht.

In zijn beantwoording ging de minister even in op het geld, namelijk de vraag hoeveel de huisartsen moeten innen om hun consult vergoed te krijgen. Eerlijk gezegd gaat het onze fractie niet eens zozeer om het geld. Je zou kunnen zeggen dat € 4 of een bedrag in die orde van grootte niet eens zo heel veel is. Het gaat eigenlijk veel meer om de redenering dat er een prikkel nodig is om dat geld bij de patiënt te innen. Daar ging mijn opmerking over utilitarisme over.

Wij zijn blij dat de minister de zorgen over de noodzakelijke spreiding deelt, zowel wat de gecontracteerde zorg als wat de huisartsenzorg betreft. Ik begrijp dat dit punt ook onderdeel zal zijn van de monitoring.

Over de tandheelkundige zorg is al het een en ander gezegd. Ook wij ondersteunen de motie. Zoals de minister zelf ook aangaf, gaat het in dit wetsvoorstel om een compensatieregeling. Wij trekken dan ook niet zo zeer in twijfel dat de eigen betaling van de patiënt het uitgangspunt is. Ons is het erom te doen dat het in sommige situaties wel heel erg belangrijk is om medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg te verlenen – daarbij gaat het echt om ernstige gevallen – voor die mensen die onmachtig zijn om die kosten zelf te betalen.

De minister heeft toegezegd dat het om een brede monitoring zal gaan. Dat doet ons goed. Wij krijgen nog te horen wat precies allemaal onder die monitoring wordt verstaan. De invulling wordt dus breed. De minister wil de resultaten daarvan binnen een redelijke termijn zien. Ik hoop dat die redelijke termijn binnen een jaar zal zijn. Ik hoor graag of wij het eens zijn over wat bedoeld wordt met een redelijke termijn. Wij zullen zien of het CVZ in staat is om goede voorlichting te geven en om daadwerkelijk de expertise te behouden die is opgebouwd bij de mensen die betrokken zijn bij de Koppelingswet.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Wij zeggen de minister ook hartelijk dank voor de beantwoording en voor zijn betrokkenheid bij dit onderwerp. Wat beoogd wordt met dit wetsvoorstel is de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor illegale vreemdelingen. Die worden gegarandeerd en dat is winst in vergelijking tot wat er was, zo constateren wij. De minister heeft gesproken over een goede monitoring en zal eventueel, op basis van gegevens, zijn beleid bijstellen. Wij vinden het positief als de minister dit doet, mocht dit nodig zijn. De minister heeft ook helderheid gegeven over de farmaceutische zorg. Daarvan hebben wij goede nota genomen. Dit geldt ook voor de toezegging van de minister, dat de regionale platforms kunnen doorgaan met hun zo belangrijke taak met betrekking tot de monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen ten behoeve van de GGD's. De financiering daarvan wordt geregeld. Wij zijn de minister daarvoor zeer erkentelijk. De GGD's hebben daarnaar uitgekeken en zullen daarmee content zijn. Het is in het belang van de totale volksgezondheid.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Het nadeel van politicus zijn is soms dat je verschillende invalshoeken heel goed begrijpt, maar dat je desalniettemin een andere richting kiest. Dat geldt een beetje voor wat mevrouw Swenker zegt. Natuurlijk zie ik ook de poging om via het afbakenen van de zorg die aan illegale personen wordt verstrekt met acute zorg een piketpaal te slaan. Tegelijkertijd blijkt dit niet alleen maar interpretatieproblemen op te leveren, maar is dit in de praktijk ook gewoon problematisch. Het is niet voor niets dat dit al de nodige parlementaire stof heeft doen opwaaien en dat de

commissie-Klazinga zich er uiteindelijk over gebogen heeft op een manier die ik verstandig vind. Het is verstandig om het over medisch noodzakelijke zorg te hebben tegen de achtergrond van de verblijfsduur. Dit zal individueel altijd nader te bepalen zijn. Daar hebben wij dus wel even over gesproken.

Ik loop even de toezeggingen langs die mevrouw Slagter meende te ontwaren. Met het CVZ wordt inderdaad niet onderhandeld over wat medisch noodzakelijke zorg is. Dit blijft voorbehouden aan de professional. Deze nadere precisering kan mevrouw Slagter als een toezegging zien. Eind november krijgt de Kamer de eerste inzichten in de spreiding, naar aanleiding van de contracten die gesloten zijn met apothekers en met ziekenhuizen. Ook krijgt de Kamer binnenkort een brief over de wijze waarop wij de monitoring zullen uitwerken. Ik zal mij inspannen om te zien of dit allemaal binnen een jaar gerealiseerd kan worden. De 80/20-regel zullen wij bekijken in het licht van de praktijkervaringen met de contracten die met het CVZ afgesloten zijn. Ik wil graag in Rotterdam gaan kijken, als mevrouw Slagter met mij mee kijkt, zou ik bijna zeggen. Ik ben ooit met mevrouw Van Velzen in Den Haag in buurten geweest die ik – hoe zeg ik het netjes? – niet anoniem pleeg te bezoeken.

Ik zal de staatssecretaris van Justitie benaderen over de thematiek rondom de kinderen.

Ik kan mij inleven in de gezichtspunten die de heer Laurier noemt. Hij betreft daarbij opnieuw de tandartsenzorg. Ik kom daarop straks bij de motie terug. Ik zie in de 80/20-regel daadwerkelijk een balans tussen vertrouwen en de vinger aan de pols houden. Wij willen bekijken in hoeverre vertrouwen niet geschaad wordt. De heer Laurier sprak over het laconieke karakter van de verblijfsduur. Ik heb mij in de aanloop van dit debat steeds afgevraagd in hoeverre je dit kunt objectiveren. Bij illegale personen bestaat de wens om zo lang mogelijk in Nederland te verblijven. Vaak zal men niet melden of men de intentie heeft om terug te gaan, dan wel of er een externe druk is om terug te gaan. Tegelijkertijd kun je het ook niet uitsluiten. Zowel een eerstelijns als een tweedelijns arts moet zich er voortdurend van bewust zijn dat iemand om zorg vraagt die niet tot de kring van ingezetenen en tot de kring van verzekerden behoort. Ik vind dit wel van belang. Ik vind ook dat men deze afweging voortdurend moet meemaken, naast de andere punten die spelen, zoals de zorgvraag die soms acuut of in ieder geval noodzakelijk is. Op de monitoring zal ik terugkomen door middel van de brief die ik heb toegezegd.

Mevrouw Meurs sprak over de voorbehouden bij beroepsbeoefenaren. Ik wil dit punt nogmaals onderstrepen. De medisch noodzakelijke zorg zal geen deel uitmaken van het protocol waar het CVZ de stempel op zet, maar onderwerp van afweging zijn voor de afzonderlijke medicus.

Er is nog gesproken over het monitoren van het gebruik van de 80/20-regel. Het grote voordeel van gecontracteerde zorg vind ik dat je veel beter kunt nagaan in hoeverre die 20% evidence based is. Ik zal niet nalaten dat uit te zoeken. Voor zover mogelijk doe ik dat binnen een jaar. Ik zeg de Kamer toe dat wij met de brief over de monitoring zowel de breedte van de vraagstelling als de tijdsduur zullen behandelen. Wat mij betreft gebeurt dat dus binnen een jaar. Een toezegging kan ik nog niet doen. Met mijn ambtelijke ondersteuning moet

ik namelijk overleggen in hoeverre dat überhaupt haalbaar is en in hoeverre een jaar voldoende gegevens oplevert voor een goede afweging.

Ik heb reeds gezegd dat de Kamer in de loop van november een brief krijgt over de spreiding. De heer Van den Berg heeft nog gesproken over de farmaceutische zorg en het regionaal platform. Ik heb aangegeven dat ik de regionale platforms in stand zal laten en dat de farmaceutische zorg geleverd zal worden. Voor zover het om niet gecontracteerde apothekers gaat, zijn zij in staat om naar gecontracteerde apothekers te verwijzen.

Dan kom ik toe aan een reactie op de moties. Er is een motie ingediend met het verzoek om de voorgestane wijziging van de Zorgverzekeringswet voor bepaalde huisartspraktijken te heroverwegen. Daarbij gaat het om huisartsen die te maken hebben met een concentratie aan illegalen. Ik gaf al aan dat ik tot een heroverweging wil komen op basis van de resultaten die wij met de monitor waarnemen. Wat mij betreft is er geen principiële barrière om ze ook te contracteren. Sterker, mijn eerste inschatting is dat dat voordelen kan hebben.

De andere motie gaat over tandheelkundige zorg voor illegalen. Zo-even heb ik mijn overwegingen gegeven. De Kamer heeft van haar kant aangegeven dat er vermoedelijk problemen ontstaan met het leveren van deze vorm van zorg. De vraag kan zich voordoen of sprake is van echt medisch noodzakelijke zorg, terwijl men in betalingsonmacht verkeert en dus van die zorg zal afzien. Tegelijk geldt dat de gemiddelde ingezetene, voor zover die geen aanvullende verzekering heeft, die kosten ook zelf moet dragen. Ik voeg eraan toe dat voor zover men een aanvullende verzekering heeft die lang niet alles dekt. Hooguit vergoedt de verzekering één kroon per jaar. Als wij hier zeggen dat de medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg gegarandeerd moet zijn, ook voor degene die illegaal in Nederland is, lopen wij het risico meer te bieden dan wordt geboden met niet alleen het basispakket maar ook met de aanvullende verzekering. Ik wil ook niet verhehlen dat aanneming van deze motie een wetswijziging nodig maakt. Er dient dan een novelle te worden opgesteld. Uiteraard dient die ook aan de Tweede Kamer te worden voorgelegd. Ik wil deze motie graag betrekken bij mijn onderzoek waarmee ik wil nagaan in hoeverre de problemen die de Kamer veronderstelt, namelijk dat mensen zich niet de noodzakelijke zorg zullen verwerven als men niet voldoende koopkracht heeft, effecten heeft voor de tweedelijnszorg. Ik denk hierbij aan hetgeen waarover de heer Klein Breteler en ook mevrouw Meurs spraken: er zullen effecten zijn voor de zorgkosten, omdat door het acute karakter van de zorg de zorgvraag zich heeft verdiept. Ik wil toezeggen dat binnen een half jaar door mij een nadere afweging zal worden gemaakt aan de hand van de vraag in hoeverre wij tegen die achtergrond met een wetswijziging moeten komen. Die handreiking wil ik graag doen.

Het oordeel over de eerste motie laat ik graag over aan de Kamer. Eigenlijk zie ik die als een onderstreping van datgene wat ik zo-even memoreerde. Wat de tweede motie betreft, vraag ik deze Kamer om welwillend te zijn en om mij in de loop van het jaar nader te laten bezien of de risico's die zij stipuleerde zich daadwerkelijk aftekenen. Als die risico's er werkelijk blijken te zijn, ben ik bereid een eventuele wetswijziging in overweging te nemen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister voor deze toezegging. Ik wil mijn motie aanhouden totdat de resultaten van het onderzoek dat de minister laat verrichten, bekend zijn.

De **voorzitter**: Op verzoek van mevrouw Slagter c.s. stel ik voor, haar motie (31249, letter E) van de agenda af te voeren.

Daartoe wordt besloten.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fractie van de VVD wordt conform artikel 121 van het Reglement van Orde aantekening verleend dat zij geacht willen worden, zich niet met het wetsvoorstel te hebben kunnen verenigen.

Ik stel voor, over de motie-Klein Breteler c.s. volgende week dinsdag te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt van 19.10 uur tot 20.00 uur geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
 - **het wetsvoorstel Regels inzake een vergunningstelsel met betrekking tot activiteiten die van invloed zijn op de fysieke leefomgeving en inzake handhaving van regelingen op het gebied van de fysieke leefomgeving (Wet algemene bepalingen omgevingsrecht) (30844).**

De beraadslaging wordt hervat.

☐

Mevrouw **Huijbregts-Schiedon** (VVD): Mevrouw de voorzitter. De afgelopen bijna drie uur heeft de VVD-fractie goed kunnen nadenken over de reactie van de minister in eerste termijn. Soms is dat goed, maar soms ook niet. De beantwoording van de minister heeft op sommige onderdelen wat meer licht geworpen, maar tegelijkertijd als het ware voor andere het licht uitgedaan.

ICT is en blijft de backbone van de Wabo. Gemeenten zullen daarvoor klaar moeten zijn. Ik herhaal dat in dit verband opmerkelijk is dat de gemeenten hiervoor naar de mening van de minister wel autonoom verantwoordelijk zijn. Heel veel gemeenten zijn wel zo verstandig om het wiel niet opnieuw zelf uit te vinden. Zij richten steeds vaker shared services centers op om de kwetsbaarheid in hun ICT te verkleinen. Ik geef nog maar eens aan dat die beweging er op dit gebied ook is.

Wat betreft de financiën krijgen de gemeenten een sigaar uit eigen doos. De 22 mln. waar ze volgens het trap-op-trap-afprincipe toch al recht op hebben, wordt geoormerkt voor de uitvoering van de Wabo. Maar goed, ook een slechte oplossing is een oplossing.

De VVD-fractie heeft zich afgevraagd of de Wabo een verbetering betekent ten opzichte van de huidige praktijk. De beantwoording van de minister was niet echt