

Voorzitter

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Militaire ambtenarenwet 1931 en intrekking van de Wet voor het reservepersoneel der Krijgsmacht in verband met onder andere de invoering van een flexibel personeelssysteem voor de krijgsmacht (30674);**
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet belastingen op milieugrondslag (30887);**
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Rijks-octrooiwet 1995 en enige andere wetten naar aanleiding van de evaluatie van de Rijsoctrooiwet 1995 van 2006 (Evaluatie 2006 Rijsoctrooiwet 1995) (30975, R1821);**
- **het wetsvoorstel Goedkeuring van de op 12 juni 2006 te Luxemburg totstandgekomen Stabilisatie- en associatieovereenkomst tussen de Europese Gemeenschappen en hun lidstaten, enerzijds, en de Republiek Albanië, anderzijds, met Bijlagen en Protocollen; Trb. 2006, 212 (31035);**
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op de bedrijfsorganisatie met betrekking tot de ministeriële goedkeuring van besluiten van bedrijfslichamen (31039).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fracties van de SP en de PvdD wordt aantekening verleend dat zij geacht wensen te worden, tegen het wetsvoorstel Wijziging van de Militaire ambtenarenwet 1931 en intrekking van de Wet voor het reservepersoneel der Krijgsmacht in verband met onder andere de invoering van een flexibel personeelssysteem voor de krijgsmacht (30674) te hebben gestemd.

De aanwezige leden van de fractie van SP wordt ook aantekening verleend dat zij geacht wensen te worden, tegen het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op de bedrijfsorganisatie met betrekking tot de ministeriële goedkeuring van besluiten van bedrijfslichamen (31039) te hebben gestemd.

Ik deel aan de Kamer mee dat voorgenomen beslissingen omtrent ter instemming aangeboden JBZ-besluiten tijdens deze vergadering in de zaal ter inzage gelegd worden, conform de voorstellen van de commissie voor de JBZ-raad. Als aan het einde van de vergadering geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer heeft besloten conform deze adviezen.

Aan de orde is de behandeling van:

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

De **voorzitter**: Ik heet de minister van Volksgezondheid,

Welzijn en Sport van harte welkom in deze Kamer. De minister heeft deze Kamer eerder van binnenuit meegemaakt, dus hij weet wat hem te wachten staat. Ik wens hem veel succes, niet alleen vandaag, maar alle dagen die komen gaan.

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Omdat ik in mijn bijdrage voor het voorlopig verslag al de problemen uiteenzette die de VVD-fractie met dit wetsvoorstel heeft, ga ik nu vooral in op de memorie van antwoord.

Om te beginnen besteed ik uitgebreid aandacht aan de kwestie van de solidariteit, de achterliggende waarde van de regeling van betalingen in onze gezondheidszorg. De VVD heeft de verantwoordelijkheid van burgers voor elkaars ongeluk en lot hoog in het vaandel. Sociale gerechtigheid en verantwoordelijkheid zijn voor liberalen sleutelwoorden. Een verevening van het leed dat mensen treft, via een door de overheid ingestelde regeling van verzekeringen, vinden wij in dat licht acceptabel, alhoewel wij het verplichte karakter dat aan onze volksverzekering kleeft, verregaand vinden.

Uit de debatten in de Tweede Kamer over dit wetsvoorstel bleek dat vrijwel alle politieke partijen de opvatting huldigen dat er geen enkel financieel verschil zou mogen bestaan in de betalingen voor gezondheidszorg in brede zin tussen frequente gebruikers van gezondheidszorg en degenen die zelden of nooit naar de dokter gaan. De VVD is het daarmee niet eens, zoals ook bleek uit de bijdragen van de VVD-fractie in de Tweede Kamer. De reden is onder meer dat gezondheidszorg niet alleen voor de gezondheid noodzakelijke voorzieningen biedt, maar ook een groot aantal consumentengoederen. Dat deze alle onder de verplichte volksverzekering vallen, gaat ons te ver. Daarom zijn wij voor een systeem van eigen betalingen, zodat degenen die veelvuldig van de gezondheidszorg gebruik wensen te maken, zich realiseren dat gezondheidszorg geld kost, en dat ook merken doordat zij extra uitgaven voor zichzelf genereren door vaak naar de dokter te gaan.

Vanuit het standpunt dat ziektegedrag voor een deel keuzegedrag is, is een systeem van eigen betalingen het beste middel om een overigens op solidariteit gebaseerd systeem in stand te houden. In de meeste westerse landen zijn systemen voor eigen betalingen. Wie vaak naar de dokter wil, is in dubbele zin welkom, maar niet geheel op kosten van anderen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Een vraag ter verduidelijking. Ik luister geboeid naar het betoog van mevrouw Dupuis, maar wat bedoelt zij met "een groot aantal consumentengoederen"? Kan zij voorbeelden geven?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik denk aan de pil, aan allerlei medicatie die we nodig hebben omdat we de wereld over vliegen. Er zijn vele zaken die met leefstijl samenhangen en meer te maken hebben met consumentenkeuzen dan met gezondheidszorg.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil geen "slakken" op laag water zoeken, maar vaccinatie voor mensen die de wereld over vliegen komt voor eigen rekening?

Dupuis

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Soms, maar vele ziektekostenverzekeringen zul je daar wel een rekening voor kunnen sturen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat valt dan wel onder de aanvullende verzekering, zodat je er toch zelf voor moet betalen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Oké, maar dan nog blijft het punt staan.

In ieder geval wil ik graag vanuit deze visie het voorliggende wetsvoorstel nogmaals toetsen. Om te beginnen lezen wij, desgevraagd, dat de bedoeling van de minister is de solidariteit te vergroten door middel van de voorliggende eigenrisicoregeling. Hierdoor neemt de solidariteit toe, zegt de minister letterlijk. Maar wat bedoelt hij precies? Dat de kosten van de gezondheidszorg die door de burger via premies worden betaald, gelijkmatiger verdeeld worden over gezonden en zieken? Bedoelt de minister dat er inderdaad een betere balans ontstaat tussen veelgebruikers en niet-gebruikers van gezondheidszorg, in die zin dat gebruikers meer bijdragen dan de niet-gebruikers? Of vindt hij het juist een betere balans als de niet-gebruikers het meeste betalen? Dit laatste is nu het geval. De VVD-fractie zou dit verwerpelijk vinden en vindt dit ook verwerpelijk. Wat bedoelt de minister? En tot welke balans leidt het voorliggende wetsvoorstel als het gaat om gebruikers en niet-gebruikers?

Allereerst willen wij dus heel graag weten wat de minister bedoelt met zijn uitspraak. Want eerdere uitingen van zijn partij verwijzen naar een ander standpunt, voor zover wij dat goed begrepen hebben. Bij de plenaire bespreking vorig najaar van de invoering van de no-claimregeling, die nu ter discussie staat en vervangen lijkt te worden, is door het CDA steeds volgehouden dat alleen grenzeloze solidariteit wenselijk is, en dat er geen verschil in betalingen mag zijn tussen gebruikers en niet-gebruikers. De CDA-fractie is toen schoorvoetend akkoord gegaan met een no-claimkorting en heeft tegelijk daarbij zo veel uitzonderingen afgedwongen, dat de oorspronkelijke bedoeling inderdaad onrealiseerbaar werd. Is het nu zo dat het CDA in deze linkse constellatie weer iets rechts afslaat, of is dat juist niet het geval?

Wat de VVD betreft, geldt in elk geval voor dit wetsvoorstel, dat de balans tussen veelgebruikers en niet-gebruikers volledig scheef is. Dit heeft allereerst te maken met de talloze uitzonderingen die gelden ten aanzien van het eigen risico. Ook administratief is het een monstroom. Maar erger nog is dat het zo dus niet werkt. De VVD is voor een nuancering van het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, maar niet op deze manier. Ook zij behoren bij te dragen aan hun eigen kosten. Ook voor hen geldt dat enige rem op het gebruik van gezondheidszorg ingebouwd moet zijn in het systeem.

Verder blijkt uit onderzoek – het stond vanochtend ook weer in de krant – dat de premielast van gezonden bovenmatig toeneemt. Er wordt zelfs gesproken, maar ik heb het niet precies nagerekend, van een extra premiedruk op gezonden van € 450 per gezin per jaar. Als dit waar is – wat wij graag van de minister willen vernemen – dan is de conclusie onontkoombaar dat er in Nederland kennelijk een gezondheidsbelasting bestaat. Over prikkels voor gepast gebruik gesproken! De

VVD-fractie wil hierin de lijn volgen van de Tweede Kamerfractie van haar partij en afstand nemen van een dergelijke manier van financiering van de gezondheidszorg. Zoals onze collega, Edith Schippers, aan de overkant opmerkte naar aanleiding van een kennelijk verwijt aan haar adres: dit zijn geen Amerikaanse toestanden, dit is Moskou aan Zee. Inderdaad.

Over de vrijstelling aan de voet, waarover wij in het voorlopig verslag vroegen of deze niet een veel mooiere manier zou zijn om chronisch zieken en gehandicapten tegemoet te komen en tegelijk ook hen aan te sporen tot gepast gebruik, vinden wij de opmerkingen van de minister onvoldoende. Hij zegt dat dit niet in het systeem past. Toch zou dit volgens deskundigen een mooie en in ethische, maar ook in administratieve zin, elegante oplossing zijn. Het systeem van de wet kan toch geen uitiem argument zijn als het om een fundamentele kwestie als deze gaat? De minister vindt dit ook minder solidair. Hier komt dan weer de kwestie naar voren of de minister inderdaad, net als veel Nederlanders vindt, dat veelgebruikers in geen geval meer behoeven te betalen dan niet-gebruikers. Kennelijk is dit de zaak waarom alles draait. Volgens onze fractie zal het overtrekken van de solidariteit haar ondermijnen. Solidariteit is goed en mooi, en hoort bij een verantwoordelijke samenleving, maar een onbegrensde solidariteit zal onze gezondheidszorg onbetaalbaar maken, en dus uiteindelijk in niemands belang zijn.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik weet niet – om maar even in haar metafoor te blijven – of mevrouw Dupuis geïnterrumped wenst te worden in dit Kremlin aan de Noordzee. Bij welke grens houdt voor haar de solidariteit van gezond voor ziek op?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik vraag de heer Thissen de vraag te preciseren. Gaat het om de ziektelast en hoe dan gemeten? Denkt hij in termen van geld?

De heer **Thissen** (GroenLinks): U zegt dat het voorstel van de minister lijkt op een belasting op gezondheid. U koppelt daaraan dat de VVD staat voor een solidaire samenleving.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Zeker.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Na u te hebben beluisterd, heb ik grote twijfels over de vraag welke solidariteit u van gezond vraagt voor de zieke mens.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Het systeem zoals dat al sinds de Tweede Wereldoorlog oorlog functioneert, getuigt in zich van grote solidariteit. Het kent een zeer breed ziektekostenpakket met een laagdrempelige toegang. De toegang is zó laagdrempelig dat niemand die deze materie een beetje bestudeerd heeft, zich aan de gedachte kan onttrekken dat er een groot risico bestaat op ongepast gebruik. Ik weet het niet zeker en er zijn misschien collega's die de hele wereld goed kunnen overzien, maar mijn vermoeden is dat wij in Nederland misschien wel de meest solidaire regeling hebben ten aanzien van gezondheidszorg. Daarom vraagt de VVD aandacht voor het feit dat wij daarin wellicht zo ver gaan dat het systeem zichzelf om zeep helpt. Dat is namelijk de kern van mijn verhaal op dit punt.

Dupuis

De heer **Thissen** (GroenLinks): U wilt de solidariteit dus handhaven, namelijk dat sterk voor zwak, rijk voor arm en gezond voor ziek in bres springt. Maar u zegt dat er een bovengrens aan is.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Of een ondergrens, dat hangt ervan af. Ik kan geen cijfers noemen. Je kunt de solidariteit zo uitdrukken met gehandicapten en chronisch zieken dat je vanaf een hoger niveau pas een eigen risico laat gelden. Er zijn oplossingen te bedenken die toch meer evenwicht in de situatie brengen.

Het bedrag van € 150, dat als eigen risico wordt gehanteerd, is gebaseerd op de oude regeling en geeft volgens de minister eenzelfde volume-effect als deze no-claimregeling die nu wordt opgeheven. Zouden wij eigenlijk niet toe moeten naar een groter volume effect, wat dus betekent dat er minder claims op de gezondheidszorg worden uitgebracht? Dit ten gunste van degenen die recht hebben op maximale aandacht voor hun gezondheidsproblemen.

Ten slotte wil ik ook graag plenair gezegd hebben dat de huidige administratieve verwerking van de kosten van medische behandelingen, namelijk een rechtstreekse declaratie door de instelling bij de verzekeraar zonder dat de consument/patiënt daarvan iets ziet, twee nadelige effecten heeft. Ten eerste is er geen substitutie mogelijk aan de kant van de patiënt, omdat deze niet weet wat iets kost en dus niet voor iets minder kostbaars kan kiezen, zo hij dat zou willen. Bovendien is de mogelijkheid van fraude groot. Wie controleert of de gedeclareerde kosten ook werkelijk gemaakt zijn? De fractie wil allerminst suggereren dat er veel gefraudeerd wordt, maar uit onderzoek in de afgelopen jaren blijkt wel degelijk dat het risico van fraude op de loer ligt. Wij willen graag van de minister horen wat hij van deze – ook nog zeer paternalistische – gang van zaken vindt.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Als u het hebt over het niet transparant zijn van declaraties, dan hebt u het over de declaraties van de zorgaanbieders in geval van de naturopolis?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik heb het dan met name over de instellingen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): U hebt het dus niet over de zorgverzekerden?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Nee, ik heb het over de schakel die er tussen zit. Dat zullen niet de individuele huisartsen zijn, want dat is nog een klein en overzichtelijk circuit. Bij de instellingen is gebleken dat er zeer veel fouten worden gemaakt, waarvan sommige werkelijk de vorm van fraude hebben aangenomen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dank u. Op dit punt had ik behoefte aan helderheid.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wij zouden graag instemmen met een wetsvoorstel waarin een realistische en effectieve regeling voor eigen bijdragen van consumenten van gezondheidszorg gestalte krijgt. Het wetsvoorstel dat voorligt komt in de verste verte niet in de buurt van een dergelijke regeling. Wij houden grote problemen met dit wetsvoorstel.

□

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Destijds had ik mijn eerste zorgdebat in deze Kamer met de toenmalige minister Hoogervorst over de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Dat debat concentreerde zich op de vraag of het rechtvaardig en solidair is om het zorggebruik bij mensen met chronische ziekten en een handicap te willen remmen en hen vervolgens te laten betalen voor een teruggave aan gezonde mensen. Wij noemden dat toen een omgekeerde solidariteit, die voor onze fractie onverteerbaar was en is. Nu, ruim vier jaar later, vindt mijn eerste zorgdebat in de nieuwe Kamerperiode plaats met minister Klink over hetzelfde onderwerp. Het verschil is dat wij nu geen geld teruggeven aan relatief gezonde mensen. In plaats daarvan proberen wij het betalen van een eigen risico aan de voorkant te koppelen aan meer solidariteit met zieke mensen. Het stemt ons positief dat de minister, die als Kamerlid nog voorstander van de no-claimteruggave was tot dit voortschrijdend inzicht is gekomen.

Wellicht herinnert de minister zich dat wij in dat debat – het was een week voor kerst – de toenmalige minister Hoogervorst lieten acteren in het sprookje "The Christmas Carol". Hans Hoogervorst was Scrooge, die zich in het schemerdonker op zijn werkkamer in de toren van het ministerie van VWS voorbereide op het no-claimdebat in de senaat. Hij zag een aantal geesten aan zich voorbij trekken. Het waren allemaal oud-bewindslieden van volksgezondheid, van Dick Dees tot Hans Simons en Els Borst. Allemaal waarschuwden ze hem tegen de invoering van de onrechtvaardige no-claimteruggaveregeling. De een zei: "Het werkt niet Hans, het is onrechtvaardig tegenover chronisch zieken en gehandicapten." De ander zei: "Denk aan het specialistengeeltje en de medicijnknaak, dat wil je toch niet echt? Doe het niet!" Hij deed het toch, voorzitter. Achteraf bezien was het dan ook geen sprookje, maar bittere realiteit. De no-claimteruggave aan gezonde mensen haalt de solidariteit met zieken uit het zorgsysteem en het werkt niet of nauwelijks als rem op zorggebruik.

Welk vervolg krijgt de Christmas Carol enkele kabinetten-Balkenende later? Heel gemakkelijk zou ik een nieuwe geest ten tonele kunnen voeren, te weten de geest van Hoogervorst, die nu het toenmalige Kamerlid Klink voorhoudt dat zijn beslissing van toen eigenlijk onrechtvaardig en ineffectief is geweest, en dat het dus een goede zaak is daar nu iets aan te doen. Maar ik zou die geest van Hans dan ook meteen laten zeggen dat het wel zeer twijfelachtig is of zijn huidige alternatief zoveel meer effectief zal zijn.

Voorzitter. Laat ik niet in sprookjes blijven spreken. Mijn fractie heeft zeer serieuze kritiek. Laat ik echter positief beginnen. De PvdA-fractie is positief gestemd over de door de regering beoogde solidariteit tussen zieken en gezonden en de eerste stap die daartoe wordt gezet via de afschaffing van de no-claimteruggaveregeling. Alhoewel wij het problematisch blijven vinden dat je mensen met onvermijdbare en structureel hoge zorgkosten vervolgens confronteert met een eigen risico, zonder dat zij daadwerkelijk hun zorggebruik kunnen remmen, zijn wij er blij mee dat de premiedaling en de compensatieregeling bij het nu voorgestelde eigen risico ertoe leiden dat deze mensen er financieel gunstiger uit lijken te komen dan bij de

Putters

no-claimregeling. Het verschil in zorgkosten tussen de gemiddelde chronisch zieke en gehandicapte aan de ene kant en de gemiddelde gezonde Nederlander aan de andere kant wordt iets kleiner. Het betekent dat de inkomensverschillen kleiner worden. Dat is winst en wij vinden het een goede zaak. Juist in het gebruik van die gemiddelden schuilt echter het risico, daarop kom ik straks terug. Voor de PvdA-fractie is de nu voorliggende afschaffing van de no-claim daarom een eerste stap in de richting van het herstel van solidariteit.

Dat brengt mij bij een meer principiële punt vooraf. Eigen betalingen, dus ook een eigen risico, waarbij niet voldoende wordt gedifferentieerd naar draagkracht en zorgbehoefte ondermijnen volgens ons gemakkelijk de risico- en inkomenssolidariteit in de zorg. Kwetsbare groepen, zoals chronisch zieken en gehandicapten, ouderen, verslaafden en mensen met een laag inkomen, worden daar de dupe van. Wij herinneren eraan dat wij bij alle zorgdebatten in de afgelopen jaren steeds hebben aangegeven dat naast het rekening houden met de zorgbehoeften van mensen voor ons ook de inkomensafhankelijkheid bij dit soort regelingen een wezenlijk punt is. Voor mensen met een laag inkomen is € 150 eigen risico veel meer dan voor mensen met een hoog inkomen. Wij menen dat de inkomensafhankelijkheid structureel een rol zou moeten spelen in het systeem van eigen bijdragen en eigen risico. Dat dit mogelijk is laat het inkomensafhankelijke eigenbijdragemodel van IZA zien, evenals onderzoek naar de inpassing ervan in het systeem van de Zorgverzekeringswet. Dat dit wenselijk is hebben niet alleen wij, maar ook de CDA-fractie bij monde van oud-senator Hannie van Leeuwen, altijd gesteld bij de behandeling van de zorgwetten. Wij vragen het kabinet hoe het dit in de toekomst meer structureel gaat regelen, waardoor mogelijk ook ingewikkelde compensaties overbodig worden.

Onze kritiek op het voorliggende voorstel concentreert zich op drie hoofdpunten. Het is allereerst twijfelachtig hoe effectief de remwerking gaat zijn voor alle verzekerden, maar zeker voor degenen met structureel hoge en onvermijdbare zorgkosten. In de tweede plaats is het de vraag hoe rechtvaardig en solidair de compensatieregeling precies uitpakt. Ten derde is het onduidelijk hoe consistent de regering is, met in het vooruitzicht een nieuwe en meer uitgebreide regeling om zorggebruik te remmen in 2009, alsmede hoe zij daarbij een zorgvuldig wetgevingstraject wenst te bewandelen, waarbij beide Kamers de tijd krijgen om een gedegen afweging te maken.

Ik loop de kritiekpunten een voor een langs en begin met de effectiviteit. Wij betwijfelen de effectiviteit en wenselijkheid van dit soort maatregelen op zorggebruik. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wees er herhaaldelijk op dat eigen betalingen weinig effectief zijn om gepast gebruik mee te stimuleren en benadrukt dat de oplossing veel meer gezocht moet worden in maatregelen als call centers, preventie, zelfmanagement en het stimuleren van therapietrouw bij patiënten. Dat werkt effectiever om onnodige zorgkosten te voorkomen. Ook uit evaluaties van de no-claimregeling kan slechts een zeer beperkt gedragseffect worden opgemaakt. Als je dan toch vindt dat zorggebruik met dergelijke prikkels geremd moet worden, dan blijft de vraag overeind of dat bij mensen moet die er niets aan kunnen doen dat ze zorg nodig hebben. Daar zit namelijk de grootste post zorgkosten, maar het is niet solidair om hen dat

onevenredig zwaar aan te rekenen. Als je al wilt remmen, zou ook de huisarts in het eigen risico moeten zitten, omdat hij de toegang tot het zorgsysteem bewaakt. De stap naar de huisarts is het belangrijkste moment waarop de patiënt zelf een afweging maakt om het zorgsysteem in te stappen. De huisarts hebben wij er echter terecht uitgelaten, omwille van toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de zorg. De conclusie moet dus misschien zijn dat een remgeldregeling als deze gewoonweg niet effectief kan zijn en dat wij hem eigenlijk niet willen. Noch van het specialistengeeltje, de medicijnknaak of no-claimteruggave is de substantiële remwerking bewezen. Bij het instellen ervan werd dat wel steeds verondersteld. Alle maatregelen zijn na een korte periode afgeschaft. Is dit de volgende maatregel in die rij? Kan de minister aangeven waarom het dit keer heel anders zal gaan?

Naar onze overtuiging is deze maatregel niet effectief genoeg en moet de meer structurele inbedding ervan in het zorgsysteem beter worden onderbouwd en onderzocht. Eerder gaven wij al aan dat de inkomenssolidariteit daarbij voor ons van belang is. Als je dan toch op dit moment een tijdelijk systeem invoert, moet dat wel zo effectief mogelijk, anders vervalt de raison d'être van deze hele regeling voor het komende jaar.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik volg uw betoog met veel instemming, het is alsof u ook namens mij spreekt. U had het over een tijdelijk systeem. Ik vind het mooi dat u dit zo benadrukt, want volgens mij is er sprake van "wishful thinking". Als ik de stukken lees, vrees ik dat het anders zal uitpakken. Kunt u iets duidelijker aangeven welke eisen u aan de tijdelijkheid stelt?

De heer **Putters** (PvdA): Ik zal in mijn betoog zeker uiteenzetten hoe wij de toekomst zien. Voor ons is dit een eerste stap. U hebt gelijk: de wet wordt nu ingevoerd, en de een spreekt over de verfijning die volgend jaar zal plaatsvinden, maar wij zien het zo dat het systeem dat volgend jaar wordt ingevoerd voor de periode na 1 januari 2009 het nieuwe systeem van eigen betaling is. Er is een jaar ruimte om de volgende stap te zetten.

Voorzitter. Volgens ons is een aantal verbeteringen nodig. In de eerste plaats is dat het meewegen van risicokenmerken, zoals leeftijd. Jonge mensen zijn relatief gezonder dan oude mensen en het is de moeite waard om te bezien of het koppelen van risicokenmerken aan het eigen risico op een adequate, houdbare en uitvoerbare manier mogelijk is. Wij begrijpen dat de consequenties niet op dit moment inzichtelijk zijn, maar wij roepen de minister op om daar tenminste empirisch onderzoek naar te laten verrichten, opdat alternatieven serieus kunnen worden overwogen bij het systeem dat hij per 1 januari 2009 wil invoeren.

Daarnaast kunnen wij ons indenken dat je eigen risico niet aan de voet laat beginnen voor de groep met structureel hogere zorgkosten. Een "next best"-oplossing zou zijn dat het eigen risico bij een hoger bedrag begint. Gezondheidseconomen als Van de Ven en Van Kleef beargumenteerden dat onlangs heel scherp in Economisch Statistische Berichten. In de memorie van antwoord doet de minister dat alternatief af als minder goed uitvoerbaar en minder solidair. Dat zijn wij niet op voorhand met hem eens. Wij zien niet in waarom het minder solidair zou zijn om de groep met hoge zorg-

Putters

kosten pas vanaf een hoger bedrag met een eigen risico te confronteren. Hun zorgkosten zullen immers altijd een zekere omvang hebben. Enige remming in hun gedrag kunnen zij pas ervaren als zij zich verderop de remweg bevinden.

Het is uiteraard wel de vraag hoe je het startbedrag kiest. De minister zou ook naar dat punt serieus moeten kijken, zodat uiteindelijk een goed beargumenteerde, effectievere regeling ontstaat. Wij denken dat op deze wijze een ingewikkelde compensatie voor een groter deel van de chronisch zieken voorkomen kan worden en daadwerkelijk een remeffect wordt ervaren.

Zolang hiervan geen sprake is, heeft het onze voorkeur om mensen met structureel onvermijdbare hoge zorgkosten vrij te stellen van het eigen risico. Het kabinet zegt ook dat administratief te ingewikkeld te vinden. Compenseren en rondpompen van geld is blijkbaar eenvoudiger. Vrijstelling zou bovendien leiden tot overcompensatie, omdat deze groep ook al profiteert van premieverlaging door de invoering van het eigen risico. De premie daalt echter omdat de no-claimteruggave wordt afgeschaft. Deze was voorgefinancierd via een premiestijging. Bovendien was de no-claimteruggave op zichzelf al onrechtvaardig voor de groep met onvermijdbare zorgkosten. De gedachte dat vrijstelling van het eigen risico tot overcompensatie leidt, is in onze ogen onterecht. Vrijstelling leidt juist tot een verder herstel van solidariteit met deze groep, zowel financieel als moreel.

De heer **Schouw** (D66): De heer Putters concludeert dat de regeling niet effectief is, maar wel ingevoerd moet worden. Vervolgens stelt hij dat de regeling wel effectief te maken valt door de huisarts erbij te betrekken. Ook lijkt hij te zeggen dat hij dit eigenlijk niet wil. Kan de heer Putters de minister niet vragen om ter voorbereiding op de nog te ontwikkelen richtlijn voor 2009 te onderzoeken hoe effectief deze maatregel zou zijn als de huisarts hierbij betrokken wordt.

De heer **Putters** (PvdA): Mijnheer Schouw, het zal u niet verbazen dat wij hier niet voor zijn vanwege de argumenten die ik zo-even noemde, namelijk laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de zorg. Het zal u evenmin verbazen dat wij de effectiviteit van dit soort maatregelen heel beperkt achten. U hebt gelijk dat deze regering dit wel zo wil invoeren.

De heer **Schouw** (D66): U zegt zelf dat deze maatregel werkelijk effectiever kan zijn als de huisarts erbij betrokken wordt. Ik constateer tegelijkertijd dat u hierover niet wilt nadenken.

De heer **Putters** (PvdA): Jawel, ik noem een aantal alternatieven om te kijken naar een regeling waarvoor niet een heel compensatiecircuit opgetuigd hoeft te worden. Dat scheelt al heel wat last. Deze regeling moet bovendien rechtvaardiger uitpakken voor een groep chronisch zieken en gehandicapten, mensen met hoge zorgkosten. Hiernaar heeft de PvdA-fractie willen kijken binnen de context van de voorgestelde regeling.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik wil van de heer Putters vernemen of hij inderdaad van mening is dat er behoefte is aan effectiviteit van regelingen. Hij zegt steeds dat de PvdA-fractie tegen deze en gene regel is vanwege ineffectiviteit. Betekent dit dat de heer Putters diep in zijn

hart de wens koestert om te beschikken over effectieve maatregelen om ongepast gebruik van gezondheidszorg af te remmen?

De heer **Putters** (PvdA): Mevrouw Dupuis geeft exact aan wat het pijnpunt is binnen de PvdA-fractie. Ongepast gebruik is in onze ogen voor de groep chronisch zieken en gehandicapten, mensen met structureel onvermijdbare hoge zorgkosten, bijna onmogelijk en onwenselijk.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wat betekent dat voor de rest van de bevolking?

De heer **Putters** (PvdA): Men zou zich kunnen voorstellen dat dit effect binnen de rest van de bevolking zou kunnen optreden. Dan nog kan men zich afvragen of het in alle gevallen wenselijk is dat mensen niet naar de dokter gaan.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Bij gepast gebruik gaat het om een marginale keuze.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb ook een aantal alternatieven genoemd waarvan wij denken dat er meer van kan worden verwacht dan van zo'n regeling waarvan mevrouw Dupuis misschien heel veel verwacht. Tot op heden is niet bewezen dat dit soort regelingen het gewenste effect heeft.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): De heer Putters en de VVD-fractie delen dus de behoefte aan beperking van claims op de gezondheidszorg.

De heer **Putters** (PvdA): Nee, wij delen de behoefte aan een gepast gebruik van gezondheidszorg.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is een andere formulering voor hetzelfde.

De heer **Putters** (PvdA): Dat weet ik even niet. Ik houd het erop dat wij een doelmatig en gepast gebruik van gezondheidszorg als uitgangspunt delen.

De PvdA-fractie ondersteunt de doelstelling om solidariteit te herstellen. De regering stelt dat de invoering van het verplichte eigen risico van € 150 een verlaging betekent van het maximumbedrag aan zorgkosten die voor eigen rekening van de verzekerde kunnen komen. In plaats van € 255 no-claim is sprake van € 150 eigen risico. De no-claimteruggave van € 255 was echter voorgefinancierd in de nominale premie. Bij een verplicht eigen risico is hiervan geen sprake. De verzekerden krijgen niet achteraf een bedrag terug, maar moeten zelf betalen tot een bedrag van maximaal € 150 per kalenderjaar. De nominale premie daalt hierdoor. De daling is het bedrag dat gemiddeld als eigen risico wordt betaald. Daarmee is de premiedaling in onze ogen optisch, een soort sigaar uit eigen doos. Overigens geldt, net als bij de no-claim, dat degene die niet consumeert een dubbel voordeel heeft. Kan de minister aangeven wat de recent aangekondigde premiestijging betekent voor deze berekening?

Daarnaast wordt gerekend met gemiddelden. Chronisch zieken met hoge zorgkosten zullen echter altijd het eigen risico en meer moeten uitgeven. Zij ondervinden hiervan geen remeffect. De compensatie gaat ook uit van gemiddelde zorgkosten en komt neer op ongeveer

Putters

€ 47. Degenen die bovengemiddelde uitgaven hebben, ondervinden dus een nadeel. Het uitgaan van gemiddelden is door ons bij de behandeling van de no-claimteruggave, de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag ook steeds als kritiekpunt ingebracht. Het pakt problematisch uit voor mensen met hoge zorgkosten.

Onze indruk is dat in de schriftelijke antwoorden tot nu toe wordt gemeten met verschillende maten. De ene keer wordt uitgegaan van gemiddelden als het gaat om het berekenen van de compensatie voor mensen met onvermijdbare hoge zorgkosten. De andere keer wordt uitgegaan van juist diegenen die de hoogste zorgkosten hebben om duidelijk te maken dat het verschil met gezonde Nederlanders kleiner wordt dan wij denken. Er wordt bovendien steeds vergeleken, deels omdat wij daarom hebben gevraagd, met de voorgefinancierde no-claimteruggave. Mensen met lage inkomens kregen echter ook extra zorgtoeslag over de premiestijging die door de no-claimregeling werd veroorzaakt. Hoe zit dat bij deze regeling?

Hoe wordt de premiedaling opgevangen en speelt de zorgtoeslag daarbij een rol? Kan de minister nog eens helder uiteenzetten wat deze regeling betekent voor de gemiddelde Nederlander in termen van premie, eigen risico, zorgtoeslag en compensatie? Wat betekent deze regeling voor verzekerden met hoge onvermijdbare zorgkosten?

Ons derde kritiekpunt ten aanzien van de rechtvaardigheid betreft de motie-Van der Veen c.s. inzake het goed definiëren van de groep die wordt gecompenseerd, die door de Tweede Kamer is aangenomen. Eigenlijk vinden wij het, bij een belangrijke en veelbesproken wet als deze, een zwakgebod dat de minister daar pas in april mee kan komen. Dat zal onzekerheid en onrust bij de doelgroep bewerkstelligen. Een bijkomend probleem is in onze ogen dat de minister de compensatie koppelt aan de zogenaamde Farmaceutische Kosten Groepen (FKG's) en aan AWBZ-verblijf. Waarom is dan de FKG cholesterol erbuiten gelaten? Medicijnen tegen cholesterolproblemen zitten immers gewoon in het pakket. Wij begrijpen dus niet zo goed waarom enkel die categorie eruit is gelaten en vragen de minister om uitleg.

Er zijn echter ook veel mensen die in een Diagnose Kosten Groep (DKG) vallen, die chronisch ziek zijn en geen medicijnen gebruiken. Die zouden volgens ons toch gecompenseerd moeten worden. Daar vallen groepen chronisch zieken met lagere inkomens in die nu buiten de regeling vallen en voor wie compensatie van wezenlijk belang is. Wij verzoeken de minister dit aan te passen in de compensatieregeling die nu per 1 januari 2008 ingaat. Voor de PvdA-fractie is dit belangrijk bij de beoordeling of daadwerkelijk een goede eerste stap in het herstel van solidariteit wordt gezet. Daarnaast vragen wij de minister aan te geven hoe hij dit structureel gaat regelen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dit is volgens mij vragen naar de bekende weg. Er is immers al toegezegd dat de compensatieregeling zal worden verfijnd. Dat groepen chronisch zieken met een laag inkomen buiten de regeling vallen, is voor mijn fractie natuurlijk ook een heel zwaar punt. Wij weten al dat de compensatieregeling aangepast wordt. Ik wil van u weten welke voorwaarden u daaraan stelt. Ik zou mij kunnen voorstellen dat het dan gaat om terugwerkende kracht.

Na het betoog van de minister over de diagnosegroepen weten wij al wat hij zal antwoorden. Ik vind dit dan ook een beetje vragen naar de bekende weg. Ik had eigenlijk verwacht en gehoopt dat u hierover iets meer duidelijkheid zou vragen.

De heer **Putters** (PvdA): Het is niet vragen naar de bekende weg. De minister heeft in onze ogen toegezegd dat AWBZ-verblijf wordt meegenomen in de compensatieregeling. Naar mijn mening heb ik het heel duidelijk verwoord. Wij vragen de minister dit te verbreden tot de mensen die in de diagnosekostengroepen vallen. Dat is een grotere groep mensen. Ik heb er ook bij gezegd dat wij dit heel wezenlijk vinden voor het beoordelen van de compensatieregeling. Ik wacht de uitleg van de minister hierover graag af.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat ben ik zeker met u eens. De mensen uit de diagnosegroepen konden toch niet meedoen omdat er geen duidelijk overzicht van is? Dan moeten wij er toch op aandringen dat dit zo snel mogelijk duidelijk wordt?

De heer **Putters** (PvdA): Ik voer deze discussie straks ook graag met de minister. Hierover zijn wij het nog niet eens met elkaar. Ik meen dat hier wel degelijk meer mogelijk is dan tot nu toe is toegezegd, althans voor zover ik de zaak kan beoordelen. Hierop krijg ik graag de reactie van de minister.

De vraag naar rechtvaardige compensatie wordt des te belangrijker als wij doordenken wat het gaat betekenen dat verzekeraars vanaf 2009 bepaalde zorgvormen zullen kunnen gaan uitsluiten van het eigen risico. Dat is nu al geregeld. Daarmee krijgen zij een sturingsmogelijkheid, waarmee zij doelmatiger zorggebruik kunnen prikkelen. Het lijkt ons overigens twijfelachtig dat het uitsluiten van bepaalde zorgvormen voor het eigen risico door bepaalde verzekeraars minder belastend en ingewikkeld is dan een algehele vrijstelling van het eigen risico. Belangrijk vinden wij in elk geval dat verzekeraars er blijk van geven dat zij dan ook de kwaliteit van de zorg inzichtelijk kunnen maken die zij in hun etalage zetten, zodat de verzekerde ook echt een keuze tussen verzekeraars kan maken die bepaalde zorgvormen uitsluiten van het eigen risico.

Voor de Tweede Kamer was dit een belangrijk argument om met het voorliggende eigenrisicosysteem in te stemmen. Om nu te voorkomen dat sommige zaken wel en andere niet onder het eigen risico vallen bij sommige verzekeraars, zonder dat inzichtelijk is waarom, moet volgens ons medio 2008 ook echt duidelijk zijn of die zorgverzekeraars dat kunnen garanderen. Is de minister bereid om dit – dat heeft de Tweede Kamer niet gedaan – als harde conditie te stellen en het te koppelen aan de invulling van het systeem dat er per 2009 moet komen? Wij wachten hierop het antwoord af en wij vernemen ook graag welke criteria voor de zorgverzekeraars zullen worden gesteld.

Mijn derde hoofdpunt betreft de consistentie en uitvoerbaarheid van de wet. De regeling die nu wordt voorgesteld geldt in deze vorm slechts voor een jaar. Wij vinden dat voor wetgeving niet al te verstandig. Volgend jaar komt er een nieuw – of optimistisch gezegd een verfijnd – systeem van eigen betalingen. Het was logischer geweest het komend jaar te gebruiken om in één keer een betere en meer samenhangende regeling te

Putters

maken. Er worden nu omwegen bewandeld rond het moment van inning, het al dan niet vrijstellen van groepen verzekerden, de Belastingdienst en verzekeraars die het niet aankunnen waardoor het CAK moet inspringen, en er worden al beperkingen gesteld vanuit de Tweede kamer aan wat er bij dure zorgvormen in rekening mag worden gebracht.

Wat betekent dit nu in termen van correspondentie en communicatie met cliënten en patiënten over hun eigen risico en voor de vele telefoontjes van ongeruste patiënten-verzekerden in de komende maanden? Wat zijn straks de effecten van een verplicht eigen risico en een nieuw systeem van eigen bijdragen op de administratieve en uitvoeringslast? Weegt dat allemaal wel zo op tegen een vrijstelling of de instelling van een eigen risico vanaf een hoger bedrag voor chronisch zieken en gehandicapten? Dat zou onzes inziens heel wat administratie en regel kunnen schelen. Daarop zal het wetsvoorstel van volgend jaar dan toch goed door-gerekend moeten worden, ook door Actal en CBP, liefst tijdig, wat dit keer niet is gebeurd. Kan de minister ons dat in ieder geval toezeggen?

Vanuit de deugdelijkheid van wetgeving hadden wij dus liever gezien dat het kabinet volgend jaar met een betere regeling was gekomen. Voor het volume-effect had dat ook niet uitgemaakt, want de minister geeft zelf in zijn antwoorden aan dat de no-claim en het eigen risico budgetneutraal tegen elkaar worden uitgewisseld. Waarom heeft het kabinet de hele operatie niet een jaar uitgesteld? Een ronde langs belanghebbenden en veldpartijen – maar ook in eigen kring, zeg ik er eerlijkheidshalve bij – maakt het dilemma wel duidelijk. Velen zijn blij met de afschaffing van de no-claim, maar velen oordelen ook negatief en onzeker over wat nu voorligt. Toch neigen zij ertoe de nieuwe regeling beter te vinden, die leidt immers – alhoewel deels optisch – tot premiedaling en kleinere verschillen tussen ziek en gezond. Kan de minister ons inzichtelijk maken wat het zou betekenen in financiële en uitvoeringstechnische termen als wij de invoering van het eigen risico een jaar zouden uitstellen, opdat een betere regeling ontstaat? Hoe had de minister als senator op zijn eigen voorstel voor behandeling van deze wet in tweeënhalve week gereageerd? De vraag stellen is hem waarschijnlijk ook beantwoorden.

De heer **Shouw** (D66): Ik probeer de politieke positie van de PvdA te begrijpen. Bepleit u nu een jaar uitstel, of zit uw fractie hier neutraal in?

De heer **Putters** (PvdA): Wij zitten hier geenszins neutraal in. Mijn betoog is redelijk duidelijk over de politieke positie die wij innemen ten opzichte van deze regeling. Wij hadden liever uitstel gezien maar wij begrijpen ook dat de afspraak in dit kabinet is gemaakt tot invoering. Wij hebben een aantal vragen gesteld over punten waarop deze regeling naar onze mening zou moeten worden aangepast, dan wel effectiever gemaakt.

De heer **Shouw** (D66): Dus u bepleit niet uitstel maar u stelt de vraag of dat mogelijk is?

De heer **Putters** (PvdA): Ja. Bij het stellen van mijn vraag aan de minister sloot ik af met "de vraag stellen is hem waarschijnlijk ook beantwoorden".

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wrijf nog even wat zout in de wonde. U zegt wel dat het deze wetgeving niet logisch is, inconsistent, ineffectief, onduidelijk, slordig, overhaast en meer.

De heer **Putters** (PvdA): Ik kom tot mijn afronding. Daarin geef ik precies aan onder welke condities het voor ons acceptabel is om in te stemmen met deze wet. De afschaffing van de no-claimteruggave is voor ons een eerste stap, die wij op zichzelf positief beoordelen. Het is voor ons daarbij van wezenlijk belang dat de compensatieregeling voor 2008 met de DKG's wordt uitgebreid, opdat het herstel van solidariteit ook in 2008 daadwerkelijk geldt met mensen die structureel hoge zorgkosten hebben maar geen medicijnen gebruiken en tegelijk vaak in lage inkomensgroepen vallen.

Over de effectiviteit, uitvoerbaarheid en consistentie van het nu voorliggende wetsvoorstel oordelen wij kritisch. Wij hebben daarom alternatieven genoemd die wij in het komend wetsvoorstel meegenomen zouden willen zien om tot een meer effectieve en solidaire uitvoering van eigen betalingen te komen, zoals de inkomensafhankelijkheid ervan en het laten beginnen van het eigen risico vanaf een hoger bedrag voor mensen met structureel onvermijdbare zorgkosten.

Tevens willen wij de garantie dat verzekeraars pas gaan sturen op zorggebruik via het eigen risico als zij er ook daadwerkelijk blij van geven de kwaliteit van zorg en de keus voor verzekerden inzichtelijk te kunnen maken. Tegen die achtergrond weegt de PvdA-fractie vandaag de voor- en nadelen van dit wetsvoorstel zeer kritisch. Wij wachten dan ook met meer dan gemiddelde belangstelling de antwoorden van de minister af, in de hoop dat hij niet de nieuwe Scrooge wordt in het sprookje van de Christmas Carol, maar dat hij zijn eigen geest vooruit zal blijken te zijn.

De heer **Klein Breteler** (CDA): De heer Putters heeft gezegd dat het wellicht beter zou zijn om het wetsvoorstel nog een jaar uit te stellen. Realiseert hij zich dat het no-claimsysteem dat de PvdA verfoeit dan nog wel een jaar in stand blijft?

De heer **Putters** (PvdA): Het zal u bekend zijn dat het voor de PvdA de beste situatie zou zijn geweest om beide een jaar lang niet in te voeren. Als de CDA-fractie wil meedenken over een nieuw systeem voor een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in 2009 zou het voor ons de moeite waard zijn de regeling nog een jaar uit te stellen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): De heer Putters heeft ook gesproken over het IZA-systeem. Dat systeem kan alleen maar worden toegepast wanneer iedereen werkt bij één werkgever, die via de salarisadministratie zicht heeft op het inkomen van de persoon in kwestie. Wanneer wij het IZA-systeem macro introduceren, ontkomen wij er niet aan dat de Belastingdienst het moet uitvoeren, terwijl de heer Putters zelf heeft gezegd dat de Belastingdienst daartoe niet in staat is en als dat al wel het geval is, tegen bijzonder hoge uitvoeringskosten. Hoe weegt hij dit?

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb hierover vragen aan de minister gesteld. Ik heb in dat kader gekeken naar het onderzoek naar het IZA-model en de inpassing daarvan

Putters

in het nieuwe zorgstelsel, waar mevrouw Van Leeuwen destijds in deze Kamer om heeft verzocht.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Zij was voorzitter van het IZA. Dat kon niet anders.

De heer **Putters** (PvdA): Ik suggereer niet dat mevrouw Van Leeuwen haar rollen zou hebben vermengd.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik ook niet.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb met zeer veel bewondering gezien hoe zij altijd vanuit de inhoud redeneerde.

Dat onderzoek is gepubliceerd eind 2005, nadat wij hier over de no-claim hadden gesproken. Toen is de conclusie getrokken dat de invoering van het IZA-model heel goed zou passen in het systeem van de nieuwe zorgverzekeringswet, maar dat dit, zo concludeerden de onderzoekers tevens, op dat moment niet verstandig zou zijn, vanwege de uitvoeringsproblemen die ook de heer Klein Breteler noemt. Wij zijn inmiddels een tijdje verder. De Zorgverzekeringswet is ingevoerd en heeft uitvoeringstechnisch tot iets minder problemen geleid dan wij hadden verwacht. Dat geef ik direct toe. Het is nu een mooi moment de eerder getrokken conclusie ter hand te pakken en te bezien of een en ander wel kan worden ingevoerd.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik ben met de heer Putters van mening dat wij de premie op basis van solidariteit in de samenleving moeten neerleggen en dat derhalve ook sprake moet zijn van inkomensafhankelijkheid. In de Zorgverzekeringswet is dit geregeld via het inkomensafhankelijke deel, maar ook via de zorgtoeslag. De eigen bijdrage, de no-claim of straks wellicht het eigen risico, vormt het derde onderdeel. Vindt de heer Putters dat de eerste twee aspecten, het inkomensafhankelijke deel van de premie plus het inkomensafhankelijk zijn van de zorgtoeslag, niet voldoende voor die solidariteit op basis van draagkracht?

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben heel helder geweest in mijn betoog. Wij menen, ook waar het gaat om eigen betalingen die flink kunnen oplopen, dat het goed is om wat dat betreft inkomenssolidariteit te betrachten.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik spreek mede namens de fractie van de PvdD.

Nog geen drie jaar geleden, op 21 december 2004, is in deze Kamer het debat gevoerd met de voorganger van deze minister, de heer Hoogervorst, over de invoering van de no-claimteruggave in de Ziekenfondswet. Ik heb bij de voorbereiding van het debat van vandaag, waarbij wij de vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico bespreken, de Handelingen van dat debat nog eens doorgelezen en ben tot de conclusie gekomen dat veel wat toen in dat debat naar voren is gebracht ter argumentatie van de stelling dat het toen voorliggende wetsvoorstel een slecht voorstel was, ook vandaag geldt. De no-claimregeling was een slecht voorstel, dat desondanks met steun van het CDA, waaronder voormalig senator Klink, de VVD en D66, de toenmalige coalitie, werd aangenomen.

De argumenten tegen de no-claim, hoe valide ook en voor een deel ook beaamd door de toenmalige woordvoerder van de grootste regeringspartij, mevrouw van Leeuwen, telden niet voor de toenmalige regering. Het wetsvoorstel was een gevolg van een eerder politiek akkoord, en met name een concessie van het CDA aan de WD en D66. Zo gaat dat, weet ik inmiddels.

Het vandaag voorliggende wetsvoorstel is naar de mening van mijn fractie, op basis van dezelfde argumenten die toen naar voren zijn gebracht, ook een slecht voorstel. Ik wijs met name op het argument dat mensen die geen keuze hebben erdoor worden getroffen, terwijl het maar een beperkt effect op de zorgconsumptie zal hebben. Het voorstel is dus onrechtvaardig en ondoelmatig. En ook nu hebben wij te maken met een politieke concessie, neergelegd in het coalitieakkoord. Dit keer is het een concessie van de PvdA aan het CDA. Beide partijen beloofden een eind te maken aan de no-claim, maar het CDA wenste de invoering van een eigen risico als vervanging. Ook in dit kabinet gaat dat zo, weten wij nu.

Dat roept de vraag op waarom wij desondanks het debat vandaag weer voeren. De uitkomst ligt ook nu vast, ondanks het feit dat twee van de partijen die destijds tegen stemden, de PvdA en de CU, nu deelnemen aan de regering; tenminste, dat neem ik aan. Ik denk dat minister Klink geen "neen" van deze Kamer zal accepteren. Klopt dat? En ik vrees tegelijkertijd dat de fracties hier dat zwaar laten meewegen, zodat wij aan het einde van de dag "ja" zeggen tegen een voorstel waar een meerderheid in deze Kamer eigenlijk op tegen is. Dat is treurig. De no-claim en het eigen risico hebben nauwelijks draagvlak, niet onder de bevolking, niet bij de vakbonden, ouderenbonden of patiëntenverenigingen en niet in de zorgsector. Politiek draagvlak is kennelijk belangrijker dan maatschappelijk draagvlak. Ik ben benieuwd hoe de minister dat ziet.

Dit debat lijkt vooraf al op slot te zitten, en het moet ook nog eens op een overhaaste manier gevoerd worden. Ik zeg overhaast, omdat het wetsvoorstel ons pas onlangs bereikte en de voorbereidingstijd wat mij betreft te kort is, overhaast ook omdat het voorstel niet af is en omdat het rammelt op een aantal punten. Nu al is duidelijk dat er volgend jaar een aantal wijzigingen, door de minister aangeduid als faseringen en verfijningen geduid, zal komen. Bovendien wordt in de voorlichting naar buiten de rol van de Eerste Kamer gemarginaliseerd. Er wordt al gehandeld alsof het wetsvoorstel is aangenomen, terwijl met de mond wordt beleden, in de memorie van antwoord, dat het relevant is dat deze Kamer instemt met het wetsvoorstel. Vanmorgen stond echter een stuk in de krant over polissen, waar in het eigen risico al is verwerkt. Een van de leden heeft zijn polis al in huis en daarin is het eigen risico ook al verwerkt. Er is ook geen ruimte voor niet instemmen, geen ruimte voor twijfel en dat moet, dat kan niet anders, voor de coalitiepartijen voelen als het mes op de keel. In zo'n geval moet je heel erg stilzitten, want anders vloeit er bloed.

Bijzonder is ook dat de voorhang van de AMvB die een aantal uitvoeringsaspecten moet regelen al op 19 oktober is gestart, voordat het wetsvoorstel wet is geworden en dat kan staatsrechtelijk niet eens. Volgens mij zou senator Klink dat ook gevonden hebben. Hoe denkt minister Klink daarover?

Slagter-Roukema

Zijn wij dan vandaag bezig met een rituele dans waarvan de pasjes van te voren al vast staan? Ik denk van wel, maar ik hoop van niet. Ik nodig alle fracties uit te laten zien dat dit een te pessimistische inschatting is en dat het debat vandaag er wel toe doet. Het blijft de kunst het gelijk dat je hebt, of dat je in ieder geval denkt te hebben, ook te krijgen en ik zal me daarvoor ook vandaag inzetten.

Deze minister heeft in de Tweede Kamer betoogd dat het doel van de wetswijziging is het onrechtvaardige verschil weg te nemen tussen degenen die meerjarig onvermijdbare zorgkosten hebben en degenen die gezond dan wel gemiddeld gezond zijn. Het doel is dat de verschillen in inkomenspositie worden teruggebracht. De eigen bijdrage van € 255 als no-claim wordt teruggebracht tot € 103, € 150 als verplicht eigen risico minus € 47 compensatie. Het gaat volgens de minister om het versterken van de solidariteit. De vraag is over welke solidariteit het dan gaat. Over die tussen gezond en ziek, tussen hoog en laag risico, tussen jong en oud, tussen rijk en arm? Volgens mij zou het een stuk beter zijn geweest als, zoals het oorspronkelijk in het coalitieakkoord stond, de groep chronisch zieken en gehandicapten van de invoering van dit nieuwe systeem van eigen betalingen zou worden uitgezonderd, omdat zij, zoals daar terecht in staat, in dezen geen vrije keus hebben.

De redenen, waarom dat niet is gebeurd, zijn vooral van praktische aard, betoogt de minister in de memorie van antwoord. De regeling, zoals die nu voorligt, is gemakkelijk uit te voeren, geeft geen complicaties voor de risicoverevening, chronisch zieken zijn hiermee in de toekomst ook te sturen in het zorggebruik en ook zou een volledige uitzondering van mensen met structureel hoge zorgkosten leiden tot overcompensatie, omdat deze mensen ook al profiteren van de lagere premie die het gevolg is van de invoering van het verplichte eigen risico. Deze redenering is zojuist door de heer Putters al aardig onderuit gehaald, want die lagere premie is eigenlijk helemaal geen lagere premie. Dat is een optische redenering.

Wat in de discussie volgens mij steeds onderbelicht blijft, is een antwoord op de vraag welke vorm van solidariteit wij willen nastreven. Solidariteit van ziek met gezond wordt beleden met argumenten als: voor ziekte kies je niet en het kan jou morgen ook treffen, dus ook uit eigen belang en waarom ook niet? Gezond zijn is keuze noch prestatie.

Solidariteit van rijk met arm is kennelijk een moeilijker onderwerp en zeker in verband met de relatie tot ziek dan wel gezond zijn. Het verschil in inkomenspositie tussen chronisch ziek en gemiddeld zorggebruik wordt wel benoemd, maar overcompensatie moet vermeden worden. Waarom eigenlijk?

De minister zegt in de memorie van antwoord dat de compensatieregeling uitsluitend in het leven is geroepen om de financiële achterstand als gevolg van het eigen risico te compenseren en niet de achterstanden die het gevolg zijn van een slechtere inkomenspositie. Hij ontkent hiermee, naar de mening van mijn fractie, dat er een samenhang is tussen inkomenspositie en gezondheid. Het is een gegeven dat de verschillen in gezondheid tussen arm en rijk ook in ons land schrikbarend groot zijn. Mensen met een lage sociaaleconomische status sterven gemiddeld ruim vijf jaar eerder dan mensen uit hogere milieus. De verschillen in levensverwachting bedragen zelfs twaalf jaar. Chronisch zieken en

mensen met beperkingen zijn dus dubbel getroffen. Ze zijn minder vaak gezond en bovendien leven zij in slechtere sociaaleconomische omstandigheden dan gezonde mensen. Het een bevordert ook nog weer het ander.

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten bericht in zijn Nieuwsbrief van september 2007 dat mensen met een chronische ziekte of handicap vaak minder te besteden hebben dan gezonde Nederlanders. Tot 2002 steeg hun inkomen nog, maar vanaf 2006 was hun inkomen onveranderd. Het is honderden euro's minder dan dat van de algemene bevolking. Lager inkomen, hogere uitgaven; ruim een kwart van de huishoudens had in 2006 een netto maandinkomen van minder dan € 1150. Ik beveel de minister hierbij aan zich te abonneren op de Nieuwsbrief, te bereiken via de website van het NIVEL. Er staan zeer behartigenswaardige feiten in!

De relatie tussen sociaaleconomische status en gezondheid speelde overigens ook al een rol bij de discussie over de no-claim. Dat was toen reden voor de fractie van de PvdA om te pleiten voor inkomensafhankelijke eigen bijdragen, omdat daarmee een rechtvaardiger verdeling van de lasten van ziekte zou plaatsvinden. Mijn fractie steunde en steunt dat pleidooi. Ik begrijp uit het betoog van de heer Putters dat de fractie van de PvdA er nog steeds achter staat.

Het was overigens ook een reden om te pleiten voor een samenhangend beleid met als uitgangspunt dat veel oorzaken van ongezondheid ook liggen buiten de zorg zelf en om te pleiten voor een breed volksgezondheidszorgbeleid waarin de ministers van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu, Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en Financiën met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samenwerken. Heeft de minister al vooruitgang op dit punt geboekt?

Wij vinden dat het feit dat sociaaleconomische status en gezondheid met elkaar samenhangen reden moet zijn om na te denken over systemen waarin zowel rekening wordt gehouden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten als met financiële draagkracht. Dat zou pas echt solidair zijn! We hebben gewezen op de plannen die er zijn met betrekking tot de aanpassing van de buitengewone-uitgavenregeling en de samenhang met de compensatieregeling chronisch zieken, zoals die in het wetsvoorstel vorm krijgt en vragen de minister daarin samen met de minister van Financiën op te trekken. Een belangrijk punt daarbij zal zijn hoe de groep chronisch zieken en gehandicapten gedefinieerd moet worden. Ik heb bekeken hoe de voorgestelde regeling op basis van farmaceutische kostengroepen op patiëntniveau uitpakt.

Het is met deze regeling mogelijk dat iemand met een hoog inkomen, bijvoorbeeld een voorzitter van een raad van bestuur van een grote bank die langdurig antidepressiva slikt – dat is, gezien de problemen die er de laatste jaren ten gevolge van overnames in de bankwereld waren, niet geheel onwaarschijnlijk – in het vierde kwartaal van 2008 een compensatie van € 47 krijgt voor het betalen van zijn verplichte eigen risico. Hij had immers meerjarige onvermijdbare zorgkosten. Daarnaast krijgt een patiënt van mij die ten gevolge van een verkeersongeval een been kwijt raakte en sindsdien tobt met een slecht genezende stomp, met veel ziekenhuisbezoek, geen compensatie, omdat hij niet valt in een FK-groep. Dit voorbeeld geeft aan dat de FKG-systematiek een hoog theoretisch gehalte heeft en dat bij

Slagter-Roukema

de verfijning gebruik moet worden gemaakt van de adviezen van mensen uit de praktijk, van zowel zorggebruikers als werkers in de zorg.

De heer **Putters** (PvdA): Begrijp ik goed dat de SP de uitbreiding met DKG's wel steunt en dat er niet een onzinnig voorstel is geweest, zoals mevrouw Slagter zojuist deed voorkomen?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat hebt u dan verkeerd begrepen. Excuses als ik niet duidelijk ben geweest. Ik vind dat de groep heel slecht is omschreven. Werken op basis van de FKG's is een beetje nattevingerwerk. Met het voorbeeld, dat natuurlijk een beetje gechargeerd is, laat ik dat zien. Mijsns inziens moeten juist de mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten worden gecompenseerd. Dat moet gekoppeld zijn aan lage inkomens en zeker niet alleen aan medicijngebruik. De groep moet veel beter worden gedefinieerd. In het debat in de Tweede Kamer, en naar ik bang ben straks ook hier, wordt gezegd dat er niet voldoende gegevens over de groep zijn. Het zou een eerste opzet zijn. Als er mensen uit de praktijk bij betrokken kunnen worden, kunnen die mijns inziens zinniger en handiger systemen helpen bedenken. Daarom heb ik de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad genoemd. Het verzoek tot uitbreiding steun ik helemaal. Ik maak mij echter zorgen over het antwoord.

Ik zal kort nog enige vragen stellen die ik onvoldoende beantwoord vind in de memorie van antwoord. In deze memorie worden bedragen genoemd samenhangend met de invoering en uitvoering van de no-claim en het eigen risico. Kan de minister nog wat vollediger zijn en de kosten van het eigen risico voor zowel zorgverzekeraars als het CAK, zowel ten aanzien van in als uitvoering, voor mij op een rijtje zetten?

Ik sluit mij aan bij de opmerking van collega Putters dat de memorie van antwoord een heel wonderlijke menging van allerlei bedragen is. Hoe het ene en het andere tot stand is gekomen is volstrekt niet na te gaan. Het zou goed zijn als dat nog eens over werd gedaan, in ieder geval ten aanzien van in- en uitvoering. Ik weet eigenlijk wel zeker dat de bedragen die samenhangen met de no-claim in- en uitvoering hoger zullen zijn dan die van het eigen risico. Achteraf is dat dus kapitaalvernietiging is geweest, want wat heeft het ons nu opgeleverd? Veel irritatie en gedoe en vervolgens wordt het weer afgeschaft.

Als het mogelijk wordt de remweg langer te maken door zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven bij bepaalde zorgvormen een percentage van de kosten op het eigen risico te laten drukken zullen de uitvoeringslasten ongetwijfeld hoger worden. Is daar een kritische grens? Op den duur kost het alleen maar meer. Dan krijg je weer hetzelfde verhaal als bijvoorbeeld ten aanzien van het specialistengeeltje.

Het eigen risico over 2008 kan tot uiterlijk 31 december 2009 geïnd worden. Ik vond echter ook in de stukken dat de rekening door instelling of zorgaanbieder voor de 31ste december ingediend moet zijn bij de zorgverzekeraar. Dat kan nooit allebei waar zijn. Wat gaat voor? En als de zorgaanbieder of instelling te laat is, wie moet dan het eigen risicobedrag betalen?

Mijn fractie heeft ook gevraagd naar de relatie met het wetsvoorstel 30918 (verzwaren incassosysteem). De minister heeft aangegeven dat het eigen risico hierbij

niet aan de orde komt. Betekent dat concreet dat het niet-betalers van het eigen risico wel vrijstaat over te stappen naar een andere verzekeraar en dat de oude verzekeraar de nieuwe niet mag informeren over het feit van niet-betaling?

De minister heeft aangegeven dat net als de no-claimteruggaveregeling ook het verplichte eigen risico geëvalueerd zal worden. Gezien de nog uit te voeren verfijningen en faseringen verwacht de minister dat vanaf 2010 het nieuwe systeem zal worden geëvalueerd. Net als bij de bespreking van het wetsvoorstel no-claim dringen wij ook nu aan op een helder en transparant evaluatiekader, waarbij wat ons betreft in ieder geval zowel de eventuele onder- als overconsumptie van de zorg gemeten zou moeten worden. Dat geldt ook voor de gezondheidseffecten op langere termijn en eventueel strategisch gedrag, de werkelijke grootte van het beoogde volumeneffect, de grootte van de lastenverschuiving van publiek naar privaat terrein en de hoogte van de in- en uitvoeringskosten en de administratieve lasten. Wij willen van de minister de toezegging dat hij ons op korte termijn een brief zal doen toekomen waarin hij uiteenzet hoe hij de invoering gaat monitoren en evalueren.

Tot slot en nog eenmaal teruggrijpend op de discussie van bijna drie jaar geleden, ook toen hebben wij met elkaar vastgesteld dat de kosten in de zorg te veel stijgen en dat daar risico's aan kleven, waaronder de bedreiging van het draagvlak onder de solidariteit. Er zijn ook toen verschillende mogelijkheden benoemd waarmee kostenstijgingen beter in de hand zijn te houden dan de invoering toen van een no-claim en nu van een verplicht eigen risico. Ik noem de versterking van de eerste lijn, het bevorderen van taakdelegatie en substitutie van tweede naar eerste lijn. Ik noem het inzetten op preventie en het bevorderen van gezond gedrag. Ik noem de versterking en emancipatie van de chronisch zieke patiënt. Ik noem het bevorderen van de doelmatigheid, het verspreiden van best practices en het naleven van protocollen. Ik noem het bevorderen van samenwerking in ketens en het tegengaan van concurrentie en het stimuleren en waarderen van de beroepseer.

Wij zullen de minister graag steunen als hij op zoek gaat naar manieren om de zorgkosten te beheersen en de solidariteit te behouden. Wij vinden beide zaken belangrijk. Dit wetsvoorstel poogt het één te doen maar dan wel ten koste van het andere. Dat is niet onze aanpak en dat krijgt niet onze steun. Wij horen desalniettemin graag de verdediging van de minister van zijn aanpak én de inbreng van de andere fracties – wij hebben enkele inbrengen al met belangstelling aangehoord – zodat wij kunnen zien of er toch nog iets valt los te wrikken aan dit voorstel.

De heer **Putters** (PvdA): Is de SP-fractie er ook positief over gestemd dat per saldo met deze regeling wel het verschil tussen gezonde mensen en niet-gezonde mensen kleiner wordt? Erkent de SP-fractie ook dat dit zo is?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben daar een beetje aarzelend over. Ik vind het gewoon een slecht voorstel. Ik vond dat van de no-claim ook. Natuurlijk hebt u gelijk dat het verschil iets kleiner wordt.

De heer **Putters** (PvdA): Omdat u het een slecht voorstel

Slagter-Roukema

vindt, vindt u het dus niet voldoende om in te stemmen met een koopkrachtvooruitgang van de chronisch zieken en gehandicapten. Dat het voorstel rammelt, weegt voor u zwaarder dan de inkomensverbetering van de groep mensen voor wie u zegt op te komen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik denk het wel. Dat heeft er ook mee te maken dat ik vind dat wij in deze Kamer principieel tegen slechte wetgeving moeten zijn. Als wij op deze manier erin meegaan, schep je ook weer een precedent. Ik vind dat wij daarin principieel moeten zijn.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Ik lever mijn bijdrage mede namens de ChristenUnie. Laat ik mijn bijdrage maar eens beginnen met een nieuwsbericht van 16 juni 2006 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik citeer: "De no-claimteruggaaf heeft gewerkt zoals verwacht en blijft daarom met ingang van 1 januari 2007 van kracht. De regeling zal niet worden vervangen door een verplicht eigen risico. Uit een evaluatie van de no-claim blijkt dat de collectieve lasten in 2005 zijn gedaald met 1,4 mld. Verzekerden zijn zich door de regeling beter bewust van de zorgkosten." Naar de minister toe: ik kan het ook niet helpen, het is afkomstig van uw eigen ministerie.

Vervolgens is er het regeerakkoord! Niet een regeerakkoord, maar het regeerakkoord. Hoewel er feitelijk op dit moment geen enkele reden is om de no-claim te vervangen, volgens het persbericht van het ministerie, door een verplicht eigen risico, moet de minister de opdracht uit het regeerakkoord om met grote snelheid deze wet te wijzigen uitvoeren. Zo interpreteren de fracties van ChristenUnie en SGP dat. U begrijpt dat wij als fracties een wat dubbel gevoel hebben bij de behandeling van dit wetsvoorstel. Immers, de no-claim heeft, zo blijkt uit onderzoek waar het ministerie uit citeert, een remmende werking. Voor zover wij het hebben kunnen nagaan, hebben wij voor het eerst een instrument dat remmend werkt op de zorgkosten en dat gaan wij nu vervangen, als de Kamer akkoord gaat, door een ander systeem waarvan wij hier, maar ook deskundigen de effectiviteit niet kennen.

Uit dat onderzoek, maar ook uit andere bronnen blijkt dat: een belangrijk effect van de no-claim is dat mensen spaarzamer omspringen met hun medicijnen – dat is goed voor de zorgkosten en voor de gezondheid – en dat er meer generieke middelen worden voorgeschreven in plaats van dure merkmedicijnen. Dat is jammer voor de farmaceutische industrie, maar daar is op zichzelf niets mis mee. Dit heeft duidelijk een kostenremmend effect.

Ook blijkt dat de no-claim een positief systeem is. Mensen die geld terug krijgen, hebben echt het gevoel het zelf verdiend te hebben. Mensen die het niet terug krijgen, zijn er inmiddels aan gewend. Bij een nieuw systeem zal weer een nieuwe gewenningsperiode horen. De verwachting is echter dat de administratieve lasten van de uitvoering van het eigen risico hoge kosten meebrengt en dat daardoor wellicht in de toekomst dit systeem niet te handhaven zal zijn.

Bij het no-claimsysteem liep een verzekeraar geen debiteurenrisico en had hij geen dure incassokosten.

Men weet het, alles wat aan kosten gemaakt wordt bij de verzekeraar betalen wij uiteindelijk met z'n allen. Men kon alles in een keer uitkeren op één tijdstip per jaar.

Bij het eigen risico zal een verzekeraar meerdere malen per jaar moeten incasseren bij de verzekerden, dit leidt tot hogere incassokosten en een groter debiteurenrisico.

Het is door de minister toegestaan om het eigen risico te herverzekeren. Dit gebeurt onder andere bij de grotere gemeentelijke sociale diensten, maar naar ik heb begrepen staan er grotere werkgevers te trappelen om dit ook te gaan doen. Dat betekent dat voor grote groepen mensen er dus geen zorgremmend effect zal zijn. Dit is dan weer strijdig met de beoogde werking van het systeem waarover wij vanmiddag debatteren. Bij de no-claim kon dit niet.

De compensatie voor chronisch zieken is arbitrair – anderen hebben daar ook over gesproken – omdat lang niet alle medicijnen voor chronisch zieken en mensen met een handicap in de door de minister omschreven lijsten staan. Er bestaat ook geen lijst voor hulpmiddelen in bruikleen. Alleen aan de hand van deze lijsten wordt bepaald of iemand chronisch ziek is. De compensatie voor chronisch zieken is dus zeker niet volledig zoals door dit voorstel wel wordt voorgesteld. Deskundigen en politici zijn het daarover roerend eens.

Doordat verzekerden lijsten kregen van verrichtingen die ten laste kwamen van de no-claim, zijn heel veel administratieve fouten boven water gekomen en ook hersteld. Dit zegt iets over de slechte administratie van onder andere ziekenhuizen. Patiënten waren gemotiveerd om dit te controleren, omdat men hierdoor wellicht alsnog in aanmerking kwam voor no-claim. Het eigen risico is een veel minder doorzichtig systeem. Hierdoor zullen patiënten weer minder gaan controleren, en komen zorginstellingen weer weg met een groot aantal foute en onterechte rekeningen.

Graag horen wij van de minister inhoudelijke argumenten om de no-claim nog wel op heel korte termijn te vervangen door dit nieuwe systeem. Daarnaast wordt er ook nog een aanslag gedaan op de koopkracht van de individuele burger. Wij vernemen graag wat de inkomenseffecten zullen zijn van de verandering. Door die verandering verandert ook de rekenpremie en hiermee de hoogte van de zorgtoeslag. Deze zal, voor zover wij het kunnen bezien, fors omhoog gaan. Zijn er al berekeningen met betrekking tot inkomenseffecten? Als ik goed geïnformeerd ben, wordt de zorgtoeslag gefinancierd uit de algemene middelen. Kan de minister meedelen wat dit voor consequenties heeft voor de rijksbegroting?

Ik heb even stilgestaan bij de no-claim. Dit was niet om er een lofzang op te houden, maar om de zaken helder te krijgen voor de volgende stap in mijn betoog: die naar het eigen risico.

In de gezondheidszorg moet rekening worden gehouden met een heel ander fenomeen dat kenmerkend is voor deze sector: de aanbodgeïndiceerde vraag. Dit betekent dat de zorgvraag niet altijd tot stand komt op initiatief van de vrager. De zorgaanbieder speelt hierbij vaak een sleutelrol. De zorgaanbieder heeft immers meer kennis dan de zorgvrager, en kan deze kennisvoorsprong benutten om extra vraag naar zijn of haar diensten te genereren. Ik verdenk daar natuurlijk niemand van, ik constateer het slechts. Ook het omgekeerde kan: minder

Van den Berg

vraag genereren om zo bijvoorbeeld de werkdruk te verminderen.

Om deze aanbodgeïndiceerde vraag tegen te gaan, hebben de zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel een belangrijke rol toegedicht gekregen als zorginkopers. Zij worden niet alleen geacht als schadeverzekeraars op te treden, maar ook als prijs- en kwaliteitsbewuste zorginkopers namens hun verzekerden. Door expertise op te bouwen kunnen zij namens hun verzekerden onderhandelen met zorgaanbieders.

Tegen deze achtergrond speelt de discussie over eigen risico en eigen bijdragen. Het verschil is dat eigen bijdragen direct gekoppeld zijn aan een specifieke behandeling, dienst of consult. Hierdoor is de prijsprikkel heel direct. Bij eigen risico is de prikkel indirect. Bovendien heeft een eigen risico het nadeel dat nadat het is opgemaakt, de prikkel tot zorgvuldig zorggebruik is verdwenen. Er zou zelfs een effect kunnen optreden dat mensen nadat het eigen risico is opgemaakt, nog snel even extra zorg willen consumeren omdat deze nu gratis is. Het volgend jaar staat het eigen risico weer op nul en is het dus niet meer gratis. Wij gaan nog altijd uit van de niet-goede mens, dat weet de minister. Er moeten altijd mechanismen worden ingebouwd om het kwaad te beteugelen. Dergelijke effecten die later in het jaar kunnen optreden, treden waarschijnlijk niet op bij eigen bijdragen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Het is misschien buiten de orde, maar ik viel over uw uitspraak dat u uitgaat van de goede mens. Ik meende dat u eerder uitging van "van nature geneigd tot alle kwaad" en "niet in staat tot enig goed".

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik begrijp dat u mij hier als een ketter neerzet. Ik zei precies het tegenovergestelde. Ik was helemaal in uw lijn. Wij zijn het eens.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dan zal ik het nog even goed nalezen. Ik had de schriftelijke versie van u betoog.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik maak altijd uitstapjes. Alleen het gesproken woord geldt. Overigens had ik dit niet opgeschreven want dit kan ik wel uit mijn hoofd.

Het is de vraag of, wanneer toch gekozen wordt voor eigen risico, er niet een meer heterogeen eigen risico moet worden ingevoerd: een eigen risico voor de huisarts, een eigen risico voor ziekenhuisopname, enz. Dit is een vraag voor de minister, voordat mevrouw Slagter weer naar de interruptiemicrofoon gaat. Zou een generieke maatregel voor het eigen risico niet veel meer effect sorteren? Wij denken van wel.

Als het doel van het invoeren van een eigen risico het remmen van de zorgvraag is, is het tegen de achtergrond van aanbodgeïndiceerde zorg de cruciale vraag of onderscheid wordt gemaakt tussen zorg die tot stand komt op initiatief van de gebruiker, bijvoorbeeld huisartsconsult, en zorg die tot stand komt op initiatief van de arts, bijvoorbeeld herhaalbezoek bij huisarts of specialist of doorverwijzing naar de specialist. Het is erg onwaarschijnlijk dat een eigen risico het zorggebruik zal remmen wanneer de arts adviseert tot herhaalbezoek of ziekenhuisopname. Immers, de zorggebruiker zal geneigd zijn het advies van de arts zeer serieus te nemen vanwege zijn kennisvoorsprong.

Het stelsel van ziektekostenverzekering is in beginsel een solidariteitsstelsel. De pijn zal vooral worden gevoeld door hen die ten gevolge van chronische aandoeningen structurele en/of intensieve zorg behoeven en door mensen met een handicap. De compensatie voor deze groepen is naar onze mening niet optimaal, mede omdat er wordt gewerkt met het systeem van farmaceutische kostengroepen. Wij vinden dat te smal.

Het fundamentele punt bij dit alles is dat de nieuwe zorgverzekering mede is ingevoerd om de grote problemen van aanbodgeïndiceerde vragen in de zorg tegen te gaan. Immers, de artsen hebben een informatie/kennisvoorsprong op de vaak letterlijk kwetsbare zorggebruikers. Door de rol van zorginkoper bij zorgverzekeraars te leggen moeten grote stappen worden gezet. Daar is men ook mee bezig. Waarom dan toch ook nog eigen risico ingevoerd? Is het niet zaak om serieus te gaan nadenken over de mogelijkheid om zorgaanbieders te prikkelen om onnodig zorggebruik te remmen via het sluiten van slimme contracten door verzekeraars met zorgaanbieders? Waarom steken wij daar niet veel meer op in. Met slimme contracten doel ik op het maken van afspraken met zorgaanbieders over de te leveren kwaliteit en vooral prijs. Zij zouden wellicht beloond kunnen worden voor het leveren van goede kwaliteit en worden gestraft voor slechte kwaliteit en prijs door hen niet meer te contracteren. Wij denken dat zo'n systeem vele malen effectiever zal zijn en veel minder rompslomp teweeg zal brengen. Dan zijn wij van dat eigen risico af. Kortom, waarom werken met allerlei oude maatregelen waarvan de effecten waarschijnlijk minimaal zijn in een nieuw stelsel?

Onze fracties zijn kritisch over dit wetsvoorstel, dat is duidelijk geworden uit onze bijdrage. Met name hebben wij extra zorgen over bepaalde groepen personen. De overheid is vanuit onze visie het schild voor de zwakken, een overheid die weet dat mensen zorg behoeven, met de nadruk op hen die door een handicap of een chronische aandoening een extra beroep moeten doen op de zorg. Zo'n overheid moet ervoor zorg dragen dat deze zorg ook financieel niet tot extra lasten leidt.

Met belangstelling wachten wij de beantwoording af.

□

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Eigenlijk zou ik vanmiddag tegen de traditie in heel kort kunnen zijn. De vraag kan namelijk worden gesteld of wij ertoe doen. Vorige week zijn bij alle verzekerden van de CZ-groep, actief in gezondheid, de premiebrieven in de bus gevallen voor het jaar 2008. De stelligheid waarmee daar wordt uitgegaan van het invoeren van een verplicht eigen risico is hoogst merkwaardig voor een zorgverzekeraar die ook weet dat er in de Nederlandse democratie twee parlementen zijn: de Eerste en de Tweede Kamer. CZ hoeft geen winst te maken, staat in de brief. Zo hebt u, staat er verder, voordeel van een zo laag mogelijke premie. De premie van de hoofdverzekering van de CZ-groep gaat volgend jaar omlaag. Dit komt door maatregelen van de overheid: het afschaffen van de no-claimregeling en de invoering van een verplicht eigen risico. Er staat geen asteriskje bij, waar wordt uitgelegd: "onder voorbehoud van instemming van de Eerste Kamer op 6 november, dan wel op 13 november 2007". Vanaf 1 januari 2008 vervalt de no-claim van € 255. Verzekerden krijgen wel te maken met een verplicht

Thissen

eigen risico van € 150 bij de hoofdverzekering. Bij CZ kan worden gekozen voor een extra eigen risico op vrijwillige basis.

Doen wij ertoe, als deze Kamer bij monde van de fractievoorzitter van de Partij van de Arbeid zegt zich niet gebonden te achten aan het regeerakkoord, maar naar alle waarschijnlijkheid nog vanavond voor 23.00 uur duidelijk zal maken dat zij dit wetsvoorstel zal steunen, omdat dat nu eenmaal in het regeerakkoord is afgesproken? Ik vrees dat hetzelfde geldt voor de combifractie van SGP en ChristenUnie. De trouw van het CDA kennen wij maar al te goed! Deze Kamer is geen applausmachine of een wetgevingsautomaat, wij hebben een eerste discussieronde gevoerd over de criteria voor wetgevingskwaliteit, aan de hand van het rapport van de Universiteit van Tilburg, waar oud-senator Erik Jurgens en mevrouw Bemelmans aan hebben meegewerkt. Daarmee staat hoog geagendeerd dat deze Kamer haar bestaansrecht ontleent aan het feit dat zij uitgaat van kwaliteit van wetgeving die ertoe doet voor burgers in dit land, die problemen adequaat weet aan te pakken, die uitvoerbaar is voor professionals, van overheidswege of van particuliere bedrijven, en die handhaafbaar is. Als aan de hand van deze vragen dit wetsvoorstel moet worden beoordeeld, kan er maar één antwoord op worden gegeven: wij moeten tegen dit wetsvoorstel stemmen. Daarmee beantwoorden wij de vraag of wij ertoe doen bevestigend: wij doen ertoe, wij nemen onze taak bloedserius, wij kijken zonder politieke vooringenomenheid naar een wetsvoorstel waar wij "ja" of "nee" tegen zeggen, of wij verzoeken de bewindspersoon een toezegging te doen, omdat wij nu eenmaal geen recht van amendement hebben, of om ons op een aantal punten tegemoet te komen, zoals staatssecretaris Ross dat in deze Kamer zo adequaat deed bij de behandeling van de Wmo. Het is simpel een kwestie van: willen wij er zijn, of zijn wij eigenlijk van mening dat ons zijn er niet toe doet, en dus de CZ-groep allang voordat wij een standpunt hebben ingenomen ervan uitgaat dat deze Kamer toch geen deuk in een pakje boter kan trappen?

Het verplichte eigen risico lijkt op een uitruil met de no-claim. De no-claim eruit, het eigen risico erin! Maar er zit geen enkele logica achter deze package deal. De no-claim kan namelijk gewoon worden afgeschaft, zonder dat er ook maar iets voor in de plaats komt. Het verplichte eigen risico stuit zo tegen de borst van het gros van de Nederlanders! 95% van de verplicht verzekerden, zo blijkt uit onderzoek, heeft geen vrijwillig eigen risico genomen, dus slechts 5% van de mensen wel. Het kabinetsbeleid is erop gericht, te voorkomen dat mensen onnodige risico's innemen als het gaat over financiën. Probeer te voorkomen dat mensen onnodig in problematische schulden terechtkomen. Wat doet de collega-minister van VWS? Hij zadelt de mensen die niet willen kiezen voor een eigen risico als het gaat over zorgverzekeringen op met een verplicht eigen risico, waarmee men het risico loopt dat men komt voor onverwachte uitgaven, waarmee men geen rekening heeft gehouden in het maandelijks budget. Zeker voor hen die een naturapolis hebben, geldt dat zij na afloop van het jaar T + 1 een factuur van € 150 krijgen. Dat geldt zeker voor die burgers die niet via een collectieve verzekering van gemeentewege dat eigen risico versleuteld hebben gekregen in hun bijdrage van de collectieve verzekering. Daarvoor is namelijk toestemming gegeven.

Twee jaar geleden is bij invoering van de Zorgverzekeringswet gezegd dat het vrijwillige eigen risico moet worden gemaximeerd op € 500, aangezien mensen geen te hoge risico's moeten kunnen nemen. Met dit voorstel wordt met handhaving van het vrijwillige eigen risico van € 500 dat plafond ineens verhoogd met 30%. Op grond van welke informatie is de minister er twee jaar na dato achtergekomen dat een maximumplafond van € 650 wel kan voor de burgers die ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico? Waarom geldt dat maximum nu ineens niet, of in veel hogere mate? Heeft de minister zo'n ervaring met de wanbetalers in dit land dat het argument van twee jaar geleden nu niet meer klopt? Het is aan niemand uit te leggen wat het voordeel is van een verplicht eigen risico. De minister wil de mensen in het land de kosten van de zorg laten voelen. Ik kan hem garanderen dat vijf miljoen Nederlanders dat nu al voelen, omdat zij de marktprijs van de cruciale verplichte zorgverzekering niet kunnen betalen. Zij krijgen namelijk een zorgtoeslag uitgekeerd van de Belastingdienst, afdeling toeslagen, als die afdeling haar zaken op orde heeft, als de zorgverzekerde niet vergeet de toeslag aan te vragen – de Belastingdienst spoort hen namelijk niet actief op – en als de zorgtoeslag die zij krijgen aan de maat is, en niet een jaar later te veel blijkt te zijn. Kortom, mensen voelen best wel elke maand opnieuw wat de kosten zijn van de zorgverzekeringspremie die zij moeten betalen. Daar komt nu bovenop dat zij € 150 moeten betalen, wat in feite een maskering is van de stijging van de zorgverzekering. Er zijn zoals gezegd grote nadelen verbonden aan het invoeren van een verplicht eigen risico. Het gaat namelijk in tegen het verstandige gedrag van 95% van de Nederlanders, die dus geen eigen risico willen. Is de minister van plan om een Postbus 51-spotje te financieren en een campagne te starten die de Nederlanders erop wijzen dat zij € 150 apart moeten leggen? Dit geld is ofwel nodig voor de zorgkosten die zij in het lopende jaar moeten maken, ofwel voor het jaar erna, wanneer zij de factuur van hun zorgverzekeraar krijgen.

Er zijn nog meer nadelen. Weten wij wel zeker dat de verzekeraars hun administratie op orde hebben om weer een nieuwe wetswijziging, met grote gevolgen voor de verzekerde, aan te kunnen? Ik hoor zelfs verhalen dat mensen die ruim twee jaar geleden vrijwillig een eigen risico zijn aangegaan, nu pas een rekening krijgen waarin staat dat zij nog moeten bijbetalen. Het is aan de hand van facturen niet verifieerbaar of zij die kosten überhaupt gemaakt hebben. Kortom, de administratie bij heel veel zorgverzekeraars is nog altijd niet op orde.

Bovendien laten zorgverzekeraars na wat zij hebben afgesproken met de ambtsvoorganger van de minister, namelijk dat zij betalingsachterstanden via het inlichtingenbureau zouden melden. Slechts één zorgverzekeraar heeft dit tot nu toe met enige regelmaat gedaan. Een aantal andere heeft dit heel onregelmatig gedaan en een aantal helemaal niet. Zij huilen wel krokodillentranen als er sprake is van wanbetaling.

Wij leggen het verplichte eigen risico op de schouders van het individu dat daar niet om vraagt en dat van harte bereid is om het risico van circa € 10 per maand gelijkmatig te betalen en af te kopen. In de Tweede Kamer heeft de minister een uitzondering gemaakt voor gemeenten. Zij mogen binnen de collectiviteit het verplichte eigen risico wel herverzekeren. Amsterdam heeft dit inmiddels gedaan, met Agis als zorgverzekeraar.

Thissen

Voor circa € 9 per maand is het geregeld. Verzekerden moeten wel toestemming geven. Dit leidt weer tot een bureaucratische last. Hoe zit het met alle andere mensen, die niet toevallig binnen de gemeentelijke collectiviteit vallen en die ook geen risico willen lopen? Per saldo maakt het niets uit. Mensen zijn het geld links- of rechtsom toch kwijt, € 150 achteraf, via de rekening van de verzekeraar of maandelijks in de premie.

Wij leggen het risico op de schouders van het individu, dat nog te vaak niet eens weet dat het een zorgtoeslag kan aanvragen bij de Belastingdienst. Sociale diensten stuiten nog dagelijks op mensen die geen idee hebben van toeslagen. Het Rijk gaat er in alle koopkrachtplaatjes ondertussen voor het gemak van uit dat iedereen deze toeslagen gewoon in de portemonnee heeft.

Als de sociale dienst vervolgens een toeslag aanvraagt, duurt het maanden voordat deze komt. Er is al vaker voor gepleit dat de Belastingdienst actief gaat opsporen. Hij kent namelijk de inkomensgegevens van het gros van de burgers. De Belastingdienst moet de burger wijzen op zijn recht op zorgtoeslag, het bedrag noemen en een handtekening van de burger vragen, zodat het geld overgemaakt wordt.

Het invoeren van het eigen risico voor de mensen die onvermijdbaar of chronisch ziek zijn of die te kampen hebben met een handicap, is nog niet naar behoren geregeld. Andere woordvoerders hebben daaraan al behoorlijk wat aandacht besteed.

De eerdere instelling van een no-claim, de afschaffing daarvan op dit moment en de instelling van een verplicht eigen risico, zijn in de ogen van deze minister, van dit kabinet en deze coalitie de maatregel om mensen bewust te maken van hun zorgconsumptie. Bovendien zouden de zorgkosten door deze maatregel minder snel stijgen. Er is echter geen enkel bewijs dat een verplicht eigen risico de stijging van de zorgkosten afremt, laat staan dat het invoeren van een verplicht eigen risico mensen bewuster maakt over hun zorgconsumptie. Het uitstekende advies van de Raad van State is daarover glashelder. Wij hebben bij het opstellen van de criteria voor wetgevingskwaliteit toch gezegd hoe belangrijk wij de adviezen van de Raad van State vinden?

Het kabinet verleidt burgers tot riskant gedrag. Tijdens de algemene politieke beschouwingen heb ik de minister-president uitgedaagd. Ik vroeg hem wat burgers van de overheid kunnen verwachten als burgers door diezelfde overheid worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid en hun zelfredzaamheid. Ik kreeg toen een antwoord, maar ik zou zelf willen zeggen dat de burgers op zijn minst van de overheid mogen verwachten dat deze hen niet in omstandigheden brengt die hen verleiden tot riskant gedrag. Met invoering van dit wetsvoorstel verleidt de minister mensen tot risicovol gedrag. De mensen willen dat niet. Het is bovendien in strijd met het beleid van minister Donner en staatssecretaris Aboutaleb, die willen voorkomen dat mensen problematische schulden krijgen of lasten hoger dan hun maandelijks inkomen.

De minister denkt dat invoering van een verplicht eigen risico werkt. Het advies van de Raad van State wijst erop dat daarvoor geen bewijs bestaat. Daarmee is dit voorstel te betitelen als Eftelingwetgeving op kosten van de burger. Doet de Eerste Kamer ertoe, zo was mijn vraag aan het begin van mijn betoog. Ik spreek de hoop uit dat wij ertoe zullen doen. Dat kan alleen door

vanavond of volgende week dit wetsvoorstel af te stemmen.

De heer **Putters** (PvdA): Begrijp ik goed dat in de afweging van de heer Thissen als Kamerlid de inkomensverbetering van chronisch zieken en gehandicapten er niet toe doet? Ik heb die vraag ook aan de SP-woordvoerder gesteld. Vindt de heer Thissen als Kamerlid dat hij ook moet meewegen wat het in de uitvoering betekent als de Kamer vanavond "nee" zegt?

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik vind het belangrijk dat er wat gebeurt aan de inkomenspositie van chronisch zieken en gehandicapten. Wat ons betreft gaat dat nog niet ver genoeg. Een aantal andere elementen wegen zwaarder in mijn afweging.

De Kamer is er niet verantwoordelijk voor dat dit wetsvoorstel pas op de agenda staat op 6 november. De Kamer heeft er niet voor gezorgd dat dit wetsvoorstel pas nu voor ons ligt. Wij moeten niet in de fuik lopen. Het is niet zo dat wij geen manoeuvreerruimte meer hebben om de kwaliteit van wetgeving op haar merites te beschouwen omdat de zorgverzekeraars hun systeem hebben aangepast in verband met het invoeren van een verplicht eigen risico.

De heer **Putters** (PvdA): Ik erken dat de Kamer hier niet om heeft gevraagd. Ik heb daar ook de grootste mogelijke kritiek op. Vindt de heer Thissen echter dat hij de consequenties ervan moet meewegen?

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik weeg van alles af bij dit wetsvoorstel. Voor mijn fractie is het principiële punt dat miljoenen burgers in het land door het kabinet worden verleid tot risicovol gedrag. Het is ook maar de vraag of dat in lijn is met de uitgangspunten van het kabinet: het bevorderen van zorgconsumptiebewustwording en de vermindering van stijging van de zorgkosten. Dat is de doorslaggevende reden om voor lief te nemen dat de zorgverzekeraars hun systemen alsnog moeten aanpassen. Een slimme zorgverzekeraar is bovendien op de toekomst voorbereid. Die heeft zijn systeem wellicht al aangepast voordat de Eerste Kamer een finaal besluit heeft genomen. Dat is voor risico van de zorgverzekeraar. De Kamer doet ertoe of niet. Als de Kamer ertoe doet, moet zij een afweging kunnen maken los van deze problemen. Als de Kamer er niet toe doet, kunnen wij het voorstel in een half uur afdoen.

De heer **Putters** (PvdA): De heer Thissen erkent toch dat de Kamer een wet heeft aangenomen, zodat de zorgverzekeraars de nieuwe polis per half november moeten voorleggen? Zij moeten zich daaraan houden.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat klopt. Dit wetsvoorstel had dus al in mei behandeld moeten worden of invoering had uitgesteld moeten worden tot 2009.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik hoorde de heer Thissen zeggen het niet belangrijk te vinden dat mensen zich bewust worden van de eigen zorgconsumptie. Wat is erop tegen dat mensen, ongeacht hun inkomen, weten wat zij aan zorg consumeren? Ons systeem is immers alleen houdbaar als wij daarmee sober omgaan.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik ben er erg voor als

Thissen

mensen in het land zich bewust zijn van hun zorgconsumptie en weten dat daar een prijskaartje aan hangt. Ik betwijfel echter of de uitgangspunten van het kabinet, namelijk het bevorderen van de bewustwording van de zorgconsumptie en het voelen van de prijs, middels het invoeren van het verplichte eigen risico worden bereikt. Ik denk dat de Raad van State hierin mijn medestander is.

□

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Ruim twee jaar geleden stond ik op deze plek te pleiten tegen de stapeling van de no-claim en het vrijwillig eigen risico. Wij voorzagen grote problemen met het no-claimsysteem. En die zijn ook uitgekomen.

Beter is een eigen risico aan de voet, zoals wij destijds bepleitten. Naar mijn stellige overtuiging vond iedereen in deze zaal dat toen ook. Het zou goed zijn om de volgende redenen: het bevordert het kostenbewustzijn, het is transparanter, het leidt tot kostenbesparing en het zorgt voor minder bureaucratie.

De fracties van D66 en OSF zijn dan ook verheugd dat het rijpende inzicht bij de regering tot gevolg heeft gehad dat het standpunt van onze fracties uiteindelijk is omarmd. Een verplicht eigen risico voor de gezondheidszorg is redelijk. Mensen worden geconfronteerd met de kosten die ze maken voor de zorg, wat weer helpt om iedereen bewuster te maken van gezonder leven, sporten, eten en dergelijke.

Wij zijn dus verheugd en blij, maar helaas niet tevreden. Dat heeft natuurlijk niets te maken met het nu geïntroduceerde principe, maar meer met de uitvoering daarvan. Onze fracties zien op dat punt drie bedenkingen. Ten eerste zorgt de uitvoering voor veel bureaucratie; bovendien is er twijfel of de uitvoeringspraktijk hier wel klaar voor is. Ten tweede is het effect van het eigen risico eigenlijk te klein, doordat onder andere de huisarts erbuiten wordt gehouden. Iedereen ziet dit vandaag in dit debat eigenlijk ook wel in. Ten derde is de uitvoering vooralsnog onnodig ondoorzichtig.

Het volgende naar aanleiding van het eerste punt. Deze uitvoering leidt niet tot minder bureaucratie. Actal heeft zelfs aangeraden om dit wetsvoorstel daarom maar niet verder in behandeling te nemen. Het grote probleem is dat de regering haast heeft: de wijziging moet snel, per 1 april 2008, worden doorgevoerd. De chronisch zieken zullen worden gecompenseerd, maar deze groep is nog helemaal niet afgebakend. Het eerste jaar zal deze groep worden afgebakend met, wat ik maar zal noemen, een "noodgreep": aan de hand van een bepaald medicijngebruik. Pas na een jaar zal een beter en eerlijker systeem worden ingevoerd. Het is erg omslachtig om met een dergelijk overgangssysteem te werken, dat ook nog een zekere mate van oneerlijkheid en een gebrek aan objectiviteit in zich draagt. Wij wachten de reactie van de minister hierop af. Wellicht moeten wij wat serieuzer ingaan op de suggestie van de PvdA-fractie en een jaar uitstel overwegen, zodat al deze zaken beter kunnen worden doorzien. Van uitvoerders en verzekeraars wordt in ieder geval veel gevergd.

"Chronisch ziek" definiëren op basis van geneesmiddelengebruik lijkt ons op voorhand dus onlogisch en oneerlijk. Ook werkt het misbruik in de hand. Bovendien betreft het een andere groep dan die bij de buitengewone uitgaven wordt gecompenseerd. Onze

fracties vinden het dan ook verbazingwekkend dat chronisch zieken een bepaalde hoeveelheid en met een bepaalde frequentie, dus vaak genoeg, medicijnen moeten slikken om voor compensatie in aanmerking te komen. Zo werkt 180 dagen slikken in de hand dat mensen onnodig medicijnen gaan gebruiken om hun "target" te halen. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Hoe denkt de minister in dit verband over de rechtsgelijkheid met betrekking tot de groep "verzekerden met meerjarig onvermijdbare zorgkosten"?

Het tweede punt: de huisarts valt niet onder het eigen risico – en dat terwijl mensen juist bij het wel of niet bezoeken van de huisarts een keuze hebben. Iedereen die zich een beetje bezighoudt met de economie van de zorg weet dat het zeer logisch is om dit in ieder voorstel mee te nemen, of het in ieder geval serieus erbij te betrekken. Mensen hebben zelf nauwelijks of geen invloed op doorverwijzing door de huisarts naar een specialist. Door de huisarts buiten het eigen risico te houden, verklein je het effect van deze maatregel enorm. Wij vinden dat buitengewoon onverstandig. Dit is werkelijk een gemiste kans om de kosten in de zorg effectiever te maken. Kan de minister nog eens aangegeven welke feiten en omstandigheden hij mogelijk in de toekomst ziet om de huisarts wel onder het eigen risico te brengen? Is een systeem denkbaar waarin het huisartsenbezoek boven, bijvoorbeeld, tweemaal per jaar wel van betekenis is voor het eigen risico? Is de minister wellicht bereid om dit soort principes stap voor stap te introduceren?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Realiseert de heer Schouw zich dat huisartsenbezoek boven tweemaal per jaar wel moet worden afgezet tegen de mogelijkheid dat mensen uiteindelijk naar duurdere voorzieningen zullen gaan? In dat geval is zijn model meer van de categorie "penny wise, pound foolish".

De heer **Schouw** (D66): Ja, de heer Schouw realiseert zich dat eerste zeker. Het tweede gaat mij echt te ver: als je die conclusie nu al trekt, gebeurt wat de SP-fractie doet, namelijk er niet eens over na willen denken. Dat vind ik echt fout. Ik houd hier een pleidooi om serieus te kijken naar de mogelijkheid om de huisarts bij het eigen risico te betrekken. In de stukken heeft u kunnen zien dat het Centraal Planbureau daar zeer positieve effecten van verwacht. Wij moeten onze ogen daar niet voor sluiten. Ik zou zeggen: praat u eens met de econoom in uw fractie!

Het derde punt is de transparantie. Bij bepaalde dure vormen van zorg, zoals ziekenhuiszorg of medisch-specialistische zorg, worden niet alle kosten, maar een deel van de kosten meegeteld voor het verplichte eigen risico. De fracties van D66 en OSF begrijpen de reden daarvoor, maar vinden wel dat het systeem zo ondoorzichtig en onbegrijpelijk wordt. Hoe kunnen mensen dit nog begrijpen als er telkens uitzonderingen worden gemaakt?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik constateer dat het zelfs voor de heer Schouw onbegrijpelijk is, want dat derde punt betreft nu slechts een voorstel, dat mogelijk volgend jaar via een AMvB wordt ingevoerd. Dat geldt nu dus nog niet en wij beslissen daar vandaag nog niet over.

De heer **Schouw** (D66): Dat is helemaal juist, maar ik

Schouw

preludeer op de toekomstige ontwikkelingen en zie daar een groot probleem. In dit debat, waarin wij serieus praten over de invoering van een eigen risico, wil ik van de minister horen hoe hij dit probleem, dat wij nu dus al signaleren, wil voorkomen. Als hij geen helder antwoord geeft, lift ik mee op de gedachte van de PvdA-fractie over het jaar uitstel.

Tot slot nog drie zaken waar wij wat reflectie van de minister op willen hebben. Ziet hij in de toekomst een groei van het eigen risico? Dat is nu gesteld op € 150, maar zal het worden verhoogd? Ziet hij in de toekomst vormen ontstaan waarin de huisarts toch onder het eigen risico valt? En ziet de minister mogelijkheden om te spelen met mechanismen die rekening houden met de zorgkosten veroorzaakt door vermijdbaar gedrag? In de inbrengen die ik tot nu toe heb gehoord, wordt in onvoldoende mate een relatie gelegd tussen de onvermijdbare zorgkosten van vermijdbaar gedrag, dus gedrag waarvoor mensen zelf kiezen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Ik ben benieuwd naar voorbeelden van dat volgens de heer Schouw vermijdbare gedrag. Betekent het dat rokers en mensen die elke dag meer dan twee glazen wijn drinken, een hogere premie betalen, evenals mensen die twaalf uur per dag werken in stressvolle omstandigheden?

De heer **Schouw** (D66): Dat is de ene kant van het verhaal. De andere kant is dat we weten dat de gezondheid van mensen in "de probleemwijken" minder goed is, maar dat dit ook verklaarbaar is uit hun gedrag: roken, drinken, sporten...

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat zijn sociaal-economische omstandigheden, mijnheer Schouw.

De heer **Schouw** (D66): Daar zijn voldoende rapporten over en er zijn ook voldoende suggesties om daar wat prikkels in aan te brengen. Ik denk dat het goed is om dat hier te agenderen en bespreekbaar te maken.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik weet dat Marx en de navolgers van zijn analyse bij D66 al lang niet meer op de boekenplank staan. De sociaaleconomische posities van mensen is bepalend voor het feit of mensen zich gezond en gezond leefgedrag kunnen veroorloven of niet. Als wij daar samen iets aan doen, dan wil ik vervolgens nadenken over wat vermijdbaar gedrag is om bovenal nóg gezonder te worden.

De heer **Schouw** (D66): U gaat ervan uit dat de mensen geen invloed hebben op hun eigen gedrag. En ik wil dat juist wél benadrukken. Ook mensen in een sociaal-economisch moeilijke situatie hebben daar invloed op.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik heb wel degelijk de opvatting dat mensen hun eigen gedrag kunnen beïnvloeden. Zij zijn niet het slachtoffer van sociaal-economische omstandigheden. Maar naarmate de sociaaleconomische omstandigheden van mensen beter zijn, kunnen zij zich wat beter gezond gedrag veroorloven. Het is niet zo generalistisch als u schetst, namelijk dat de mensen in probleemwijken ongezond leven en maar wat doen. Dat heeft op de allereerste plaats te maken met hun sociaaleconomische omstandigheden.

De heer **Schouw** (D66): Ik heb niet gezegd dat die mensen maar wat doen en vind dat u mij dat ook niet in de mond mag leggen. Het is echter een feit dat mensen zelf aan de knoppen kunnen draaien, ook als zij in een sociaaleconomisch slechte situatie zitten. Wij mogen dan ook best wat meer van de mensen zelf vragen.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Klein Breteler, die zijn maidenspeech zal houden.

□

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Gezondheid en zorg zijn thema's waar onze bevolking, overigens terecht, grote waarde aan toekent. In nagenoeg alle preferentie-onderzoeken, ongeacht het onderzoeksinstituut, kent men gezondheid en zorg de hoogste prioriteit toe in Nederland. Niettemin zou men, als men niet beter wist, uit de berichten in de media de onterechte conclusie kunnen trekken dat het vaak droevig is gesteld met de staat van onze gezondheidszorg. Er gaat immers praktisch geen dag voorbij of er staat wel een negatief bericht in de pers. Vaak worden bewindslieden van VWS direct voor spoedoverleg naar de Tweede Kamer geroepen als er ergens in de zorg iets, vaak incidenteel, mis gaat. Ik zie dit overigens als een bewijs dat zorg ons Nederlanders zeer ter harte gaat. En terecht. Ook deze Kamer besteedt het gehele plenaire deel vandaag aan een belangrijk wetsvoorstel.

Helaas is er onlangs minder aandacht in de media besteed aan een goed opgezet onderzoek naar de staat van onze gezondheidszorg, de European Consumers Healthindex, waarbij ons land op de tweede plaats komt in Europa, na Oostenrijk op de eerste. Hierbij is niet alleen gekeken naar de kwaliteit van zorg, de toegang van zorg, maar ook naar het verzekeringsstelsel. Wij mogen daar best een beetje trots op zijn en het is ook een groot compliment voor hen, die werken in en voor de zorg. Van de beroepsbevolking is dat overigens één op de tien werkenden. Vanwege de vergrijzing en de hieruit volgende zorgconsumptie hebben wij hen, zeker in de toekomst, hard nodig. Ons systeem van zorg kan niet zonder publieke borging. Hierin is de rol van de overheid gestoeld op vier kerntaken. Ten eerste algemene toegang tot de zorg voor alle inwoners en zij die legaal in ons land verblijven. In de praktijk geldt dit in de zorg overigens ook voor hen die formeel niet legaal in ons land verblijven op grond van artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000. Ten tweede het handhaven van een hoog kwaliteitsniveau in de zorg. Ten derde het waarborgen van een vrije artskeuze. Ten vierde het verdelen van de kosten van de zorg op basis van solidariteit in de samenleving. Dit zijn waarden die onze fractie ook voor de toekomst van groot belang blijft achten. Dat zal overigens een grote uitdaging zijn, gezien mijn eerdere opmerkingen over de gevolgen van de vergrijzing en ook de ontgroening.

Het systeem moet betaalbaar blijven. In dit kader is het naar de opvatting van de CDA-fractie aanvaardbaar dat zorgconsumenten, binnen de uitgangspunten van de vier eerdergenoemde kernwaarden, beperkt geconfronteerd mogen worden met gevolgen van hun individuele zorgconsumptie. Dit is mede de achtergrond geweest van het no-claimsysteem, ontwikkeld door het vorige kabinet in de thans vigerende zorgverzekeringswet. Ook deze wet heeft als uitgangspunt ons zorgstelsel

Klein Breteler

duurzaam houdbaar en toekomstbestendig te maken en te houden. Thans legt het huidige kabinet ons de wijziging voor om het no-claimsysteem te vervangen door een systeem van eigen risico. De eerste vraag die onze fractie zich heeft gesteld, is de volgende. Tast dit nieuwe voorstel eerdergenoemde kernwaarden aan en is het een verbetering? Daarnaast zijn er natuurlijk de vragen of het wetsvoorstel juridisch deugt, uitvoerbaar is en de gewenste maatschappelijke effecten kan bereiken. Op zichzelf beschouwd is het wetsvoorstel een verbetering vanwege een verbetering van de solidariteit in de samenleving.

In het thans in bespreking zijnde wetsvoorstel is het nominale premiedeel van een Nederlander met gemiddelde zorgkosten immers gelijk aan hen die chronisch ziek, dan wel lichamelijk gehandicapt zijn en derhalve altijd worden geconfronteerd met onvermijdelijke zorgkosten. Door de compensatie van deze beide groepen verzekerden ligt het eigen risico gemiddeld gelijk op € 103. Dat is het positieve nieuws. Minder enthousiast zijn wij over de wijze waarop dit principe vorm en inhoud is gegeven. De kern hiervan is hoe de groep chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten is afgebakend. Helaas beschikken wij ter zake in ons land niet over sluitende, verifieerbare afbakeningsdefinities. De wijze waarop het kabinet dit in het onderhavige wetsvoorstel neerlegt, en overigens ook op andere punten in het wetsontwerp, ademt een haastige sfeer uit. Dit blijkt ook uit de amendementen en moties die ingediend zijn bij de zeer onlangs gehouden behandeling in de Tweede Kamer.

Mijn fractie zou zich kunnen voorstellen dat het nieuwe systeem per 1 januari 2009 ingaat, zodat er in 2008 een betere uitlijning kan plaatsvinden van het wetsvoorstel. Het door mij ook in een interruptie genoemde argument dat de groep chronisch zieken en gehandicapten dan een jaar langer moet wachten op compensatie, weegt evenwel zeer zwaar. Wel hebben wij de situatie dat deze groep in 2008 anders is gedefinieerd dan in 2009 en latere jaren op grond van wijzigingsvoorstellen, die nu al aangekondigd zijn voor 2008. Dit levert op zich verwarring op. Dit betekent, dat wij op deze aspecten niet geheel tevreden zijn met het antwoord van de minister in zijn memorie van antwoord. Dat zijn wij overigens wel ten aanzien van een belangrijk aantal andere vragen onzerzijds over dit wetsvoorstel.

Toch geven die antwoorden ons aanleiding om in deze eerste termijn nog een aantal aanvullende vragen te stellen. Een beperkte aanspreekbaarheid van de burger op zijn zorgconsumptie is op zich niet verwerpelijk. Maar hoe kan hij of zij dit doen als er bij deze burgers in feite een volledige onbekendheid is met de prijzen en kostprijzen van zorgproducten en kwaliteitsprestaties van zorgaanbieders? De website Kies beter blijkt hiervoor geen oplossing te zijn. Voor hen die zelf in de zorg werken, zo weet ik uit ervaring, is het al bijna ondoenlijk. Hoe kan een burger weten of hij of zij al dan niet medicijnen gebruikt uit de FKG-lijst? Kunnen al deze eigen bijdragen en andere bijdragen in de zorg niet dusdanig met elkaar cumuleren dat dit afbreuk doet aan transparantie, maar vooral ook aan solidariteit? Mijn fractie vindt dat de minister, blijkens de memorie van antwoord, wel kort door de bocht gaat met het niet zien van een relatie tussen dit wetsvoorstel en het later in deze Kamer te behandelen wetsvoorstel inzake de verzwaren van de premie-incasso. Het kan toch immers

niet anders dan dat de groep wanbetalers van de zorgpremie vergroot wordt door de wanbetalers van het eigen risico? Uiteindelijk komt dit mogelijk ook ten laste van het Zorgvereenigingsfonds. Wat bedoelt de minister in dit opzicht met een "bronheffing"? Heeft de minister zich echt goed verdiept in zijn stelling, dat er ook bij het eigen risico een effectieve remwerking is van ongeveer 200 mln.? Immers, bij ervaringen met soortgelijke zaken uit het verleden was dit toch ook niet zo eenduidig? Of waren de uitvoeringslasten in de praktijk gelijk aan of groter dan de opbrengsten? Ondanks dat de minister stelt dat deze zaken toen om politieke redenen zijn afgeschafte en niet om praktische redenen. Heeft bij de introductie van dit wetsvoorstel toch ook niet meegespeeld dat zonder introductie van een eigen risico de premies aanmerkelijk moesten worden verhoogd, hetgeen nu wat cosmetisch wordt gemaskeerd?

Vervolgens heb ik namens de CDA-fractie nog een aantal vragen. De antwoorden daarop zullen wij betrekken bij onze finale afweging van dit wetsvoorstel. Zoals wij begrepen hebben, heeft de minister de Tweede Kamer toegezegd om voor 1 april 2008 te komen met een beter afgebakende en gedefinieerde omschrijving van de groep chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten. Hierin wordt ook de groep verzekerden betrokken met hulpmiddelen. Is de minister thans, vooruitlopend hierop, bereid in de AMvB op te nemen dat verzekerden met hogere uitgaven aan hulpmiddelen – ik denk dan aan ongeveer € 500 – ook in 2008 al in aanmerking te laten komen voor deze compensatie?

De CDA fractie meent dat "boter bij de vis" de beste remwerking heeft. In het wetsvoorstel kan evenwel de inning van de eigen bijdrage in 2008 tot uiterlijk ultimo 2009 worden gedaan. Is de minister bereid deze termijn vanaf 2009 te bekorten tot 6 maanden na afloop van het kalenderjaar?

Door de introductie van de maatstafconcurrentie op 1 januari 2009 bestaat de mogelijkheid dat een dbc achteraf neerwaarts wordt bijgesteld, terwijl het eigen risico hierover wellicht al is geïnd. Wat gebeurt er dan vervolgens en wat betekent dit voor de administratieve lasten voor de zorgverzekeraars? Is het waar dat bij zorgconsumptie in ons land van personen met een buitenlands paspoort geen eigen bijdrage wordt geïnd? Zou het niet voor de hand liggen dat in AWBZ-instellingen verblijvende verzekerden met een thuiswonende partner, die dan weliswaar de lage eigen bijdrage betalen, toch ook de compensatie ontvangen? Er is volgens mij geen rechtvaardiging te vinden om onderscheid te maken met degenen zonder thuis verblijvende partner.

Het kabinet sluit de route via de Buitengewone Uitgavenregeling af. Toch kunnen verzekerden, die gebruik maken van de door gemeente aangeboden herverzekeringmogelijkheid, waarvan de premie nagenoeg even hoog is als de eigen bijdrage van € 150 wel deze premie fiscaal ten laste laten komen van de Buitengewone Uitgavenregeling. Dat valt toch niet met betrekking tot de consistentie van dit soort zaken in een wetsvoorstel uit te leggen?

De CDA-fractie constateert dat de minister per brief van 19 oktober een voorhangprocedure voor de AMvB heeft gestart, zonder dat deze Kamer het wetsvoorstel ter zake heeft behandeld. Vindt de minister dat dit staatsrechtelijk kan? Realiseert de minister zich dat bij uitvoering van deze wet voor zowel verzekeraars als

Klein Breteler

verzekerden die gebruik maken van alle keuzes die er zijn, aan het eind van het jaar ook de uitkomsten niet "solidair" zijn, omdat zij individueel allemaal van elkaar kunnen verschillen?

Ten slotte voorzitter, vraag ook ik de minister wat er nu precies wordt bedoeld met het commentaar van de minister in de memorie van antwoord op de vraag van onze fractie over het amendement-Van der Vlies. Ik heb het over de laatste twee zinnen van de eerste alinea op bladzijde 6: "In afwijking van dit percentage kan volgens dit amendement voor sommige zorgvormen een vast bedrag worden vastgesteld. De regering kan op dit moment nog niet zeggen welk percentage gehanteerd zal worden, omdat de gevolgen van de keuze voor een bepaald percentage eerst moeten worden nagegaan." Dit klinkt mijns inziens vrij cryptisch: wat wordt er exact mee bedoeld en waarom? Wanneer kan de regering zeggen welk percentage wel zal worden gehanteerd en waar denkt het kabinet nu ongeveer aan?

Voorzitter. Hiermee beëindig ik mijn inbreng in eerste termijn. Ik zie met belangstelling de antwoorden van de minister tegemoet.

De **voorzitter**: Mijnheer Klein Breteler, ik feliciteer u van harte met uw maidenspeech over een beleidsterrein dat u bepaald niet onbekend is. Al op jonge leeftijd had u een leidinggevende positie in de zorgsector. Reeds tijdens uw studie economie aan de Nederlandse Economische Hogeschool – de latere Erasmus Universiteit – werd u directeur van een verpleeghuis in Naaldwijk. U was toen 27 jaar. Na vier jaar werd u directeur van een ziekenhuis in Sliedrecht en sinds 1980 bent u voorzitter van de raad van bestuur van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest in Delft.

Naast uw werk hebt u een groot aantal nevenfuncties, waarvan de meeste in de zorgsector. Zo bent u voorzitter van de Stichting International Healthcare Program, voorzitter van de Landelijke Vereniging voor Ent-administratie en bestuurslid van de Facilitaire Stichting Gezondheidszorg. Daarnaast bent u onder andere bestuurslid van de PGGM, maakt u deel uit van de raad van toezicht van woningcorporatie Vitalis te Amersfoort en van de Raad voor Economische Aangelegenheden van het bisdom Rotterdam.

Voor en binnen het CDA bent u al 25 jaar actief in verschillende functies. U bent onder andere van 1999 tot afgelopen voorjaar voorzitter geweest van de CDA-fractie in de provinciale staten van Zuid-Holland. Uw vertrek daar is door velen betreurd. Zo ook door de commissaris van de Koningin, die in een liber amicorum tevens schreef: "Het is zonder enige twijfel de verdienste van Hans Klein Breteler dat het CDA in de afgelopen jaren de 'macht positie' heeft verworven die het nu heeft. Hij was de fractievoorzitter met de meeste invloed. Dat kwam doordat hij tegelijk ondervoorzitter van de staten was." Even verderop schrijft de commissaris: "Het CDA zou wel gek zijn als het niet nog veel meer met hem zou doen." In dat liber amicorum komen telkens weer dezelfde beelden van u langs: boegbeeld, anderen de ruimte gevend, doortastend, strategisch denker, scherp analytisch, bevlogen, hartelijk, onvermoeibaar, oog voor de menselijke maat en vaak opererend naar de wijsheid van wijlen Jan de Koning: als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan. U begrijpt wel dat u dit hier nu allemaal moet waarmaken.

Mijnheer Klein Breteler, "KB" staat in deze Kamer voor Koninklijk Besluit. KB is ook in de politiek in Zuid-Holland een begrip, maar staat daar voor Klein Breteler. Ik sluit niet uit dat KB de komende jaren in deze Kamer een begrip met een dubbele betekenis zal zijn. Ik wens u van harte heel veel succes toe in deze Kamer!

Voordat ik de vergadering schors om de collega's de gelegenheid te geven om de nieuwe collega te feliciteren, vraag ik de minister of hij het uur dat voor nader beraad was gepland, denkt nodig te hebben. De minister knikt "ja".

De vergadering wordt van 15.45 uur tot 17.30 uur geschorst.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Het doet mij genoegen weer in de Eerste Kamer te zijn. Ik heb hier vier jaar lang met buitengewoon veel plezier gebivakkeerd. Het is eigenaardig om aan deze kant van de tafel te staan, al was het maar omdat ik u nu frontaal zie. In het verleden keek ik vanaf de rechterflank toe hoe u uw werkzaamheden verrichtte. Het doet mij ook goed vandaag een wetsvoorstel te verdedigen dat op zichzelf complex lijkt, en dat wellicht ook is, maar wel een kernpunt vormt van de inkomenspolitiek van dit kabinet.

Zoals opgemerkt door de Kamer, vloeien uit dit wetsvoorstel inkomenseffecten voort. Dit is de kern van wat met het wetsvoorstel wordt beoogd. Bij het opstellen van het regeerakkoord stond een punt centraal, namelijk het terugbrengen van de in onze ogen onredelijke inkomenseffecten die voortvloeien uit de no-claimsysteem. Deze onredelijke effecten hadden met name te maken met het feit dat gezonde Nederlanders € 255 in de plus stonden vergeleken met chronisch zieken en gehandicapten. Gemiddeld gezonde Nederlanders stonden € 91 in de plus. Chronisch zieken en gehandicapten zijn volgens onze definities mensen met zowel meerjarige als onvermijdelijke zorgkosten. Vanwege deze onvermijdelijkheid hebben zij geen keuzevrijheid en lopen zij jaar na jaar tegen deze inkomenseffecten aan. Dat hebben wij willen repareren. Het vormt een van de kernen van het wetsvoorstel.

Om deze onrechtvaardigheid terug te brengen, heeft het kabinet besloten dat de no-claim wordt afgeschaft en dat per 1 januari 2008 een systeem van eigen risico wordt ingevoerd met compensatie voor degenen die te maken hebben met onvermijdelijke zorgkosten. Dit wetsvoorstel geeft hieraan invulling. Ik geef toe dat dit een traject is waarmee de nodige haast was gemoeid. Wij hebben behoorlijk vaart moeten maken om dit te kunnen realiseren en per 1 januari 2008 te kunnen effectueren. Het heeft het nodige gevergd van het kabinet om het wetsvoorstel te maken. Ook de verdere procedure in de Tweede en de Eerste Kamer is onder behoorlijke tijdsdruk komen te staan.

Wij hebben de positieve prikkel van de no-claim omgezet in een negatieve prikkel van het eigen risico. Door deze negatieve prikkel bij het eigen risico treedt een grotere remwerking op dan bij de no-claim. Bij het eigen risico wordt het beoogde effect van 200 mln. bereikt met een kleiner financieel verschil tussen gezonde en zieke verzekerden dan bij de no-claim, namelijk geen € 255, maar € 150. Het terugbrengen van dit bedrag van € 255 dat een positieve prikkel vormde bij de no-claim, naar

Klink

een bedrag van € 150 als negatieve prikkel bij het eigen risico levert uiteindelijk dezelfde gedragseffecten op van 200 mln. Deze 200 mln. dient als richtsnoer.

In feite zetten wij alleen de no-claim om in een eigen risico met als maatstaf deze 200 mln. Dit levert een bedrag van € 150 op als eigen risico. Hiermee kent het eigen risico een grote solidariteit tussen gezonde en zieke verzekerden dan de no-claim. Louter en alleen met het terugbrengen van het bedrag van € 255 bij de no-claim naar € 150 bij het eigen risico wordt hetzelfde effect, namelijk de te realiseren gedragseffecten van 200 mln., bereikt. Het inkomensverschil van € 255 tussen gezonde Nederlanders en chronisch zieken wordt teruggebracht naar € 150.

Twee compensatie-effecten vinden plaats. De premie wordt voor iedereen, dus ook voor chronisch zieken en gehandicapten, verlaagd met € 103. Daarnaast wordt het surplus van € 47 via het CAK vergoed. Dit is de kern van hetgeen wij beogen, namelijk herstel van de solidariteit tussen de gezonde Nederlander aan de ene kant en de chronische zieke en gehandicapte aan de andere kant.

Naast een eigen risico van € 150 is sprake van een premieverlaging van € 103 die geldt voor zowel de gemiddeld gezonde Nederlander als de chronisch zieke en gehandicapte. Tussen hen wordt niet langer onderscheid gemaakt en ontstaat geen inkomensverschil meer. De gezonde Nederlander heeft de € 103 niet voor op de chronisch zieke en gehandicapte. Deze Nederlander is gedurende een bepaalde periode ook altijd de gemiddeld gezonde Nederlander, omdat hij het ene jaar wel zorgkosten maakt en het andere jaar niet.

Het tweede element, naast het herstellen van de solidariteit, is dat wij de structuur van het wetsvoorstel zo hebben willen inrichten dat het toekomstgericht is. Dat biedt voor de jaren na 2008 mogelijkheden voor keuzeondersteuning voor de verzekeraars. Het is mogelijk dat wij in de toekomst bepalen dat bepaalde zorgvormen uitgezonderd kunnen worden van het eigen risico, van de betaling van een percentage of een vast bedrag. Dan is wel een essentiële voorwaarde – ik wil daar graag aan tegemoet komen bij de nadere uitwerking van de AMvB – dat de kwaliteit van die zorgvormen inzichtelijk is. Ik wil geen stelsel waarin verzekeraars met elkaar gaan concurreren op een wijze waarbij alleen de doelmatigheid en de kosteneffectiviteit voorop staan.

Kwaliteit van zorg en de inzichtelijkheid daarvan zijn voor mij belangrijke randvoorwaarden bij de keuzeondersteuning van de zorgverzekeraars. Deze keuzeondersteuning gaan wij nader regelen in een AMvB, die ook zal worden voorgehangen in de Eerste Kamer als deze in de loop van 2008 wordt gerealiseerd. Een voorwaarde is dus dat de kwaliteit inzichtelijk wordt gemaakt. Dat kan gebeuren door de verzekeraars. Het is ook mogelijk dat dit wordt geregeld via het reeds in gang gezette traject waarin in samenspel met de Orde van Medisch Specialisten en de NVZ voor tachtig aandoeningen in kaart wordt gebracht wat de kwaliteit van de zorg is. Dat traject moet parallel lopen met het traject rond de keuzeondersteuning van verzekeraars.

De heer **Putters** (PvdA): De criteria waaraan moet worden voldaan, zullen dus nader zullen worden gedefinieerd. Begrijp ik goed dat als de verzekeraars daar niet aan voldoen, het sturen op eigen risico niet doorgaat en dat dus niet gewerkt zal worden met die systematiek volgend jaar?

Minister **Klink**: Ik heb twee punten genoemd. Het kan zijn dat verzekeraars zelf in beeld hebben gebracht wat de kwaliteit van de zorg is. Vervolgens moeten zij zelf zelfstandig verzekerden inlichten over de kwaliteit en de verschillend daarin. Dat kan parallel lopen met de keuzeondersteuning. Als daarvoor wordt gekozen, moet ik wel zekerheid hebben dat er daadwerkelijk sprake is van inzichtelijkheid. Het traject dat wij in gang hebben gezet met de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ en enkele andere partijen heeft daarbij prioriteit. Dat traject heeft tot doel om voor ongeveer tachtig aandoeningen inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van de zorg is. Die twee trajecten wil ik laten sporen. Een van de hoofdlijnen van het beleid voor de komende jaren is dat er competitie plaatsvindt. Wij willen die competitie uitlokken, onder andere via liberalisering van de prijzen en 20% B-segment. Dat moet allemaal wel parallel lopen met de inzichtelijkheid van de kwaliteit.

De heer **Putters** (PvdA): Dat betekent dus dat dit niet doorgaat als het traject er niet in uitmondt dat per september volgend jaar de kwaliteit inzichtelijk wordt gemaakt, dus dat de verzekeraar het niet ten uitvoer kan brengen als hij de informatie niet inzichtelijk heeft gemaakt.

Minister **Klink**: Dat is juist. Ik heb ook in de Tweede Kamer gemeld dat ik die twee trajecten op elkaar wil laten aansluiten. Aan de ene kant gaat het om keuzeondersteuning. Dat kan betekenen dat een verzekeraar de verzekerde ontslaat van het betalen van een eigen bijdrage of van een procentuele bijdrage die met een bepaalde zorgvorm gepaard gaat. Dat kan hij doen voor zover dat parallel loopt met de inzichtelijkheid van de kwaliteit. Voor tachtig aandoeningen gaan wij dit inzichtelijk maken, net als voor de daaraan gekoppelde zorgvormen. Naarmate wij dat meer in het vizier krijgen, ontstaan er wat mij betreft ook meer mogelijkheden voor keuzeondersteuning van de kant van de verzekeraar en dus ook voor selectief contracteren van de kant van de verzekeraar. Dat is wat wij uiteindelijk ook beogen.

Deze verandering hebben wij in gang gezet om twee redenen. Aan de ene kant willen wij de inkomensverschillen terugbrengen tussen gezonde Nederlanders en chronisch zieken en gehandicapten, en wel zodanig dat chronisch zieken en gehandicapten nooit meer betalen dan de gemiddelde gezonde Nederlander, maar ook niet meer dan in een stelsel waarin wij geen eigen risico zouden hebben gehad. Ook dat heb ik in de Tweede Kamer meermalen gestipuleerd. Wanneer wij niet hadden gekozen voor een eigen risico – wij gingen toen nog uit van een premie van € 1012 – betaalden mensen € 1012 aan zorgpremie. Wij verlagen nu aan de ene kant de premie met € 103, die bij chronisch zieken en gehandicapten altijd zal vollopen omdat hun kosten onvermijdelijk zijn. Daarom zal men uiteindelijk uitkomen op het bedrag van € 1012, dat voor ons bij invoering nog een maatgetal was.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dit is niet het kernpunt van mijn bezwaar. Het gaat erom dat mensen straks ineens € 150 op tafel moeten leggen, dan wel gedurende een jaar een beperkt bedrag per maand. Wanneer zij een naturapolis hebben, worden zij achteraf ineens geconfronteerd met het feit dat zij nog € 150 moeten betalen. Leest u het artikel op de voorpagina van NRC Handels-

Klink

blad van vandaag maar over het enorme aantal mensen dat zorgtoeslag moet gaan terugbetalen. In het ergste geval krijgen mensen ergens in september of oktober te horen dat zij over het jaar dat al is afgesloten nog € 150 extra moeten betalen aan eigen risico. Bovendien krijgen zij van de Belastingdienst te horen dat zij de zorgtoeslag over het jaar dat allang voorbij is moeten terugbetalen, omdat zij te goeder trouw andere inkomensgegevens hebben doorgegeven. U stelt mensen op deze manier voor een enorme opgave waardoor zij hun eigen verantwoordelijkheid niet kunnen waarmaken, omdat de uitvoering niet in orde is, noch bij de zorgverzekeraars, noch bij de Belastingdienst, en u voert weer iets nieuws in. Dat is het punt van mijn bezwaar.

Minister **Klink**: U haalt nu twee zaken door elkaar. Hierin zit ook een compensatie, met name voor de lagere inkomensgroepen. Aan de ene kant hebben mensen hun reguliere zorgpremie. Daar bovenop komt € 103, althans, voor chronisch zieken en gehandicapten, omdat zij nu eenmaal onvermijdelijke zorgkosten hebben, maar de zorgtoeslag wordt wel berekend op basis van de rekenpremie plus de gemiddelde eigen betalingen. De zorgtoeslag zal men dus niet hoeven terugbetalen, tenzij de Belastingdienst een fout heeft gemaakt. Dat moet u echter niet opplussen met datgene wat hier voorligt. Het systeem is buitengewoon solidair, want het bedrag van € 103 dat men betaalt aan eigen risico is eerst in mindering gebracht op de premie. Vervolgens krijgt men zorgtoeslag over de premie plus de € 103 eigen risico. U kunt daarom niet zeggen dat dit niet solidair is.

Het tweede punt dat u aansnijdt is inderdaad het najleffect. Binnen hoe veel tijd wordt men geconfronteerd met die € 150 eigen risico? Dat is niet anders dan onder de no-claim. Sterker, in feite wordt dit teruggebracht, wat altijd gebeurt in het volgende jaar. Wij gaan nu in de AMvB regelen dat...

De heer **Thissen** (GroenLinks): Bij de no-claim kregen mensen geld terug, nu krijgen zij achteraf te horen dat zij geld moeten betalen. Ik doel overigens niet alleen op chronisch zieken en gehandicapten. Het geldt voor heel veel mensen met een smalle beurs, die nu ook een beroep doen op de zorgtoeslag. Bij invoering ging het om vijf miljoen mensen die zorgtoeslag moesten krijgen. Dat wordt gestapeld. Daar zitten natuurlijk ook chronisch zieken en gehandicapten onder. Ik spreek over de inkomensgroep die wordt geconfronteerd met het feit dat men de kosten niet kan betalen, die een aanvraag doet voor zorgtoeslag en die een inkomensschatting moet maken. Achteraf blijkt dat die schatting verkeerd is. Vervolgens moet men de zorgtoeslag terugbetalen en krijgt men te horen dat men over het jaar dat al is afgesloten ook nog eens het eigen risico moet betalen. Daar gaat het om.

Minister **Klink**: U stapelt twee zaken op elkaar die niet bij elkaar horen, aan de ene kant de zorgtoeslag en eventuele fouten die door de Belastingdienst zijn gemaakt en aan de andere kant het eigen risico. Tussen het eigen risico en de inzichtelijkheid in de kosten die hiermee gemoeid zijn zit er een tijdsverschil vanwege het feit dat men hiermee pas na het sluiten van het dbc geconfronteerd wordt. Dat neemt niet weg dat men voor de kosten die hiermee gemoeid zijn gecompenseerd is, zeker als men chronisch ziek of gehandicapt is. Is men

niet chronisch ziek of gehandicapt, dan heeft men de € 103 ook in de premiereductie teruggekregen en dan resteert er een bedrag van € 47. Dat is precies het bedrag dat wij via het CAK-traject voor chronisch zieken en gehandicapten willen repareren.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik haal geen zaken door elkaar. Ik zeg hoe burgers dit dadelijk tegelijk op hun bordje krijgen. Daarover heb ik hier mijn zorgen geuit in het debat. De minister geeft hierop niet een afdoende antwoord.

Minister **Klink**: De heer Thissen doet nu alsof elke Nederlander wordt geconfronteerd met een correctie van de zorgtoeslag door de Belastingdienst. Dat is niet waar. Wel wordt men nadien geconfronteerd met de € 150 eigen risico, voor zover men eigen zorgkosten maakt en een eigen risico loopt, op grond van het feit dat er dan een verrekening plaatsvindt met de verzekeraar.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik heb stellig de overtuiging dat de minister maar de helft van het verhaal vertelt. Er is nog een andere inkomensafhankelijke bijdrage die de burger levert aan de kosten van de gezondheidszorg, namelijk via de werkgeverspremie. Als ik het hele verhaal zo hoor over solidariteit die wij meer zouden moeten nastreven, hoort in ieder geval dat tweede deel erbij. Daarin is wel degelijk een stukje solidariteit ingebouwd. Aan de top is dit afgegrensd, maar er is wel degelijk een verschil tussen datgene wat werkgevers nog bijdragen aan de zorg. Ik vind het wel heel beperkt om alleen maar te spreken over de premie die personen zelf rechtstreeks betalen.

Minister **Klink**: Voor zover u bedoelt te zeggen dat wij een buitengewoon sociaal stelsel kennen – dat kwam ook in uw betoog terug – kan ik dat alleen maar beamen. Wij kennen inderdaad de inkomensafhankelijke premie die wordt betaald via de werkgever, althans waarvoor men via de werkgever wordt gecompenseerd. Wij kennen daarnaast de zorgtoeslag. Die twee tezamen, naast het feit dat er geen premiedifferentiatie mag plaatsvinden binnen een polis en bij dezelfde verzekeraar, zijn condities die ertoe leiden dat wij een buitengewoon sociaal stelsel kennen.

Op één punt ben ik het niet met u eens, en wel uw standpunt dat wij nu een overmatige solidariteit van mensen gaan vragen door de chronisch zieken en gehandicapten – de grootverbruikers, zoals u hen noemde – te compenseren. Dat zou ik met u eens zijn als de grootverbruikers hierop geen invloed zouden kunnen uitoefenen. Het kenmerk van chronisch zieken en gehandicapten is nu juist dat zij hierop geen invloed kunnen uitoefenen en dat zij altijd die € 150 zien vollopen. Bij de no-claim was dat € 255 die men zag vollopen. Wij hebben die verschillen willen terugbrengen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dit blijft een punt dat wij uiteindelijk door empirisch onderzoek zouden kunnen uitzoeken, namelijk of het waar is – wat ik betwijfel – dat voor chronisch zieken en gehandicapten voor de volle honderd procent geldt dat zij op geen enkele manier hun eigen ziektegedrag kunnen beïnvloeden. Ik meen dat dat werkelijk de vraag is. Voor een deel is dit zonder twijfel waar, maar niet voor 100%. Ik denk maar aan het feit –

Klink

hoewel het hier gaat om AWBZ-uitkeringen – dat scootmobiel en rollators nieuw moeten zijn, allemaal omdat het uitkeringen in natura zijn. Wij maken het systeem zo dat er geen enkele drive is voor mensen, ongeacht of zij chronisch dan wel gewoon ziek zijn, om op de een of andere manier die kosten te beperken.

Minister **Klink**: Voor een deel is dat waar. Tegelijkertijd blijkt uit de evaluatie van de no-claim dat het wel degelijk gedragseffecten heeft. Het CPB heeft die geraamd op 200 mln., maar het zit vooral in de sfeer van de medicijnen en de hulpmiddelen.

Dan kom ik op het gestelde over de chronisch zieken en gehandicapten. Mevrouw Dupuis zou gelijk hebben als wij de chronisch zieken en gehandicapten zouden uitzonderen van het eigen risico. Op grond van het feit dat wij hen compenseren en zij toch te maken krijgen met die € 150 eigen risico die ze zelf zullen moeten betalen, al worden ze daarvoor gecompenseerd via de premiereductie en het traject van het CAK, blijven ze kostenbewust. Die prikkel tot kostenbewustzijn speelt wel degelijk ook bij de chronisch zieken en gehandicapten.

De essentie van het geheel is dat wij via deze compensatie het verschil met de gezonde Nederlander naar € 100 terugbrengen, terwijl die € 255 was en dat wij het verschil met de gemiddeld gezonde Nederlander – op een gegeven moment zijn wij dat allemaal, want over meer jaren gezien, maken wij die € 150 allemaal vol – wat betreft de inkomenseffecten naar nul terugbrengen. Dat was voor ons de belangrijkste maatstaf. De ratio achter het wetsvoorstel is dat er geen nadelige koopkrachteffecten zouden moeten optreden, noch voor de gemiddeld gezonde Nederlander, noch voor de chronisch zieke en de gehandicapte. Op het moment dat er geen eigen risico is, is er namelijk ook geen verschil tussen beide.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Het verzekeringsstelsel is ingewikkeld, maar er sluipt nu iets in wat niet helemaal juist is. Mevrouw Dupuis spreekt over het inkomensafhankelijke deel als de werkgever betaalt. Neen, het is de werknemer die het inkomensafhankelijke deel betaalt. De werkgever compenseert dit, maar de werknemer betaalt er vervolgens weer belasting over. Anders introduceren wij een heel nieuw element. Vandaar deze correctie.

Minister **Klink**: Ik nam dit element in de beantwoording van de opmerkingen van mevrouw Dupuis ook al mee, maar mevrouw Dupuis gaf aan dat wij een stelsel kennen met vele vormen en pijlers van solidariteit. Daarbij gaat het om de zorgtoeslag en de inkomensafhankelijkheid van in elk geval 50% van de premie die mensen dienen te betalen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. De minister spreekt over een toekomstgericht stelsel. Dat houdt in dat dit het begin is. Ik vind dat, als je denkt aan een toekomstgericht stelsel, je ook goed moet beginnen. Juist over dat goed beginnen, zijn heel veel vragen gesteld, vooral over de afbakening met de chronisch zieken en gehandicapten. Daarover moeten wij het vooral hebben, maar de minister stelt dat de chronisch zieken en gehandicapten erop vooruitgaan. Ons grootste bezwaar op dit punt is dat die groep niet goed is gedefinieerd. Er zitten ook mensen tussen die wel een

hoog inkomen hebben. Wat heeft het voor zin om daar € 47 in te stoppen? Dat geld had veel beter kunnen worden besteed.

Minister **Klink**: Het eigen risico van € 150 compenseren wij langs twee kanten. Aan de ene kant komt er een zorgpremieverlaging van € 103. Die krijgt iedereen, ook de chronisch zieken en gehandicapten. Het restantbedrag compenseren wij ook. Dat is die € 150 minus € 103 is die € 47. Dat gebeurt via het CAK-traject. Als wij spreken over de compensatieregeling en over het afbakenen van de groep, dan gaat het om die € 47. Tweederde van datgene wat wordt gecompenseerd, loopt via de premiereductie. Wat betreft een derde daarvan, die € 47, zitten wij met een afbakingskwestie, waarop vele leden hebben gewezen. Ik geef overigens toe dat € 47 aan de onderkant van het inkomensgebouw ook uitmaakt. Wij moeten overigens niet doen alsof die € 150 te maken heeft met de afbakening van de groepen. Het gaat daarbij alleen om die € 47.

De vraag is of je dat bedrag aan de hogere inkomenscategorie moet geven. Wij komen via de zorgtoeslag tot inkomenssolidariteit. Dat heeft te maken met de solidariteit tussen gezond en ziek, in die zin dat wij mensen die onvermijdelijke zorgkosten maken op grond van het feit dat ze structureel ziek zijn, willen vrijwaren van kosten die ze anders altijd zouden maken. Wij zorgen ervoor dat zij geen hogere premie hebben, te wijten aan hun gezondheidssituatie, dan de gemiddelde Nederlander waarvoor hetzelfde geldt. Gezond en ongezond betalen dus een gemiddelde premie. Dat is voor ons de maatstaf. Dat is de premie zoals die ook zou gelden als je niet te maken zou hebben met een eigen risico, namelijk die € 1012. Dat bedrag was voor ons het rekengetal. Het gaat dus om solidariteit tussen zieken en gezonden en niet zozeer om inkomenssolidariteit. Dit is de ene pijler op grond waarvan wij dit wetsvoorstel hebben ingediend, namelijk het herstellen van volgens ons onrechtvaardige inkomenseffecten die voortvloeien uit de no-claim. Daarnaast willen wij een structuur neerzetten waar wij in de toekomst iets aan hebben en mee kunnen.

Er is ook gevraagd of de verfijningen en verbeteringen die volgend jaar plaatsvinden, ertoe leiden dat wij weer te maken krijgen met een nieuw systeem. Dat bestrijd ik. Het gaat om nadere preciseringen en invullingen binnen een systeem dat wij nu neerzetten. In dat systeem zit de wettelijke grondslag voor een aantal verbeteringen waar wij volgens mij de komende jaren veel plezier van kunnen ondervinden. Enerzijds gaat het om de keuze-ondersteuning. Verzekeraars kunnen in dat kader onder de conditie van inzichtelijkheid van de kwaliteit meegeven dat men op grond van de kosteneffectiviteit of de kwaliteit voor zorgaanbieder X of Y zou kunnen kiezen. Het andere is gebaseerd op een motie van de heer Van der Vlies, ingediend in de Tweede Kamer, waar ik uiteindelijk wel gelukkig mee was. Van de kosten die met bepaalde zorgvormen samenhangen, komt namelijk een bepaald percentage voor rekening van de verzekerde. Op het moment dat je naar het ziekenhuis gaat, loopt die € 150 niet meer in een keer vol, want je krijgt een langere remweg. Dat is een voordeel. Dat beoogden wij ook uitdrukkelijk toen wij aangaven dat met betrekking tot bepaalde zorgvormen vaste kosten zouden kunnen worden ingebracht. De Tweede Kamer heeft op dat punt een verbetering aangebracht door dit een percentage van de zorgkosten te laten zijn. Dan krijg je die langere

Klink

remweg, maar er is nog een voordeel. Dan kom ik bij de IZA-achtige constructies die de heer Putters mij heeft aanbevolen. Dat voordeel is dat de inzichtelijkheid van de kosten en de kostenverschillen aan de kant van de zorgconsument, aan de kant van degene die zorg nodig heeft, ook sterk verbetert. Op het moment dat het niet gaat om een vast bedrag voor een bepaalde zorgvorm, maar om een bepaald percentage van de feitelijke kosten die je moet betalen, krijgt degene die de zorg afneemt inzicht in de prijsverschillen tussen de zorgaanbieders. De heer Schouw en mevrouw Dupuis brachten dit ook in. Zij vinden het belangrijk dat de zorgconsument, degene die zorg nodig heeft, inzicht krijgt in de prijsverschillen tussen de zorgaanbieders. Nu komt dat inzicht maar heel indirect terug, namelijk via de premie en de gecontracteerde zorg door de zorgverzekeraars.

Wat wij hier neerleggen, heeft te maken met een reparatie van de inkomensverschillen, maar anderzijds is sprake van een aantal structurele verbeteringen dat in de nabije toekomst kan worden uitgebouwd. Ik loop er niet op vooruit, maar als dit positief uitwerkt op de gedrags-effecten en als je het eigen risico zou verhogen, komt volgens mij heel snel de vraag in beeld in hoeverre je naar inkomensafhankelijkheid moet als het gaat om de eigen bijdrage. Het IZA-stelsel poets ik wat dat betreft bepaald niet weg. Sterker nog, ik denk dat dit nog wel een keer van pas komt als het eigenrisicostelsel op een gegeven moment kan worden uitgebouwd. Uiteraard komen er nog evaluaties, in 2010 al, maar het eventueel uitbreiden van het eigen risico is mogelijk op basis van wat wij nu neerleggen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Als deze redenering al valide zou zijn, geldt die alleen maar voor de mensen die geen naturapolis hebben. Als je namelijk een naturapolis hebt, zie je niet wat het kost, want de declaratie van de zorgaanbieder gaat rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Wij hebben, ook bij de invoering van de Zorgverzekeringswet, ervoor gepleit om voor mensen die de kosten niet kunnen voorschieten een naturapolis mogelijk te maken. Dat is gebeurd. Gelukkig is daar ongelofelijk veel gebruik van gemaakt. Die mensen zien echter niet welke kosten zij maken. Zij zien ook niet wanneer zij met het eigen risico aan hun taks zijn. Dat zien zij pas na afsluiting van het jaar. Wij gaan er dan ook nog van uit dat alle zorgaanbieders adequaat en snel hun facturen indienen bij de zorgverzekeraar. Niets is echter minder waar. Dat gebeurt niet. Mensen met een vrijwillig eigen risico worden nu soms pas twee of drie jaar na dato geconfronteerd met de mededeling dat zij wat moeten bijbetalen. Dat is dan helemaal niet meer te checken. Ik weet niet met welke redenering ik de minister wakker moet maken. Hij houdt een mooi verhaal vanachter een bureau, maar in de praktijk van de uitvoering gaat het anders. Wij hebben er ervaring mee dat het anders gaat. De burgers hebben die helemaal. Zij worden geconfronteerd met nabetalings en merken dan ook nog eens dat hun zorgtoeslag niet adequaat was.

Minister **Klink**: Ik heb van meet af aan gezegd dat wij het no-claimstelsel omzetten in een eigen risico met inkomenscompensatie voor de chronisch zieken en gehandicapten. Dat beoogden wij. Wat de heer Thissen nu aansnijdt, geldt in feite ook voor de no-claim.

Nu voeren wij een stelsel in met een eigen risico, met een aantal wettelijke grondslagen voor een algemene

maatregel van bestuur die op termijn tot verbeteringen kan leiden, in die zin dat de inzichtelijkheid van de kosten kan toenemen. Ik noemde al het percentage dat door de heer Van der Vlies in de Tweede Kamer in ons wetsvoorstel is geamendeerd. Vervolgens is er de ondersteuning van de keuze door de verzekeraar. De kern van mijn betoog is, dat dit ingrediënten van het wetsvoorstel zijn die op termijn hun nut kunnen bewijzen.

Aan het adres van de heer Putters voeg ik er het volgende aan toe. Ik geef graag toe dat de inzichtelijkheid in de zorgkosten groter dient te zijn. Wij maken nu al een slag door binnen een bepaalde periode van de verzekeraar te vragen welke kosten met het eigen risico zijn gemoeid. De rekening wordt dan bij de verzekerden neergelegd, maar als die inzichtelijkheid over de hele linie toeneemt, zal bij een uitbouw het IZA-systeem dat de heer Putters voorstelt voor mij een belangrijk punt van afweging zijn. Vervolgens zullen wij bekijken in hoeverre inkomensafhankelijkheid ingebouwd kan worden.

De kern van mijn betoog is als het ware de introductie op het wetsvoorstel als zodanig. Wat wij beogen is aan de ene kant vrij beperkt, namelijk het omzetten van de onrechtvaardige inkomensverschillen. Het gaat daar niet om niks, maar dan gaat het om het terugbrengen van een verschil van € 255 tot € 100. Voor de gemiddelde gezonde Nederlander wordt het naar nul teruggebracht. Daarom hebben wij haast met het wetsvoorstel. Vervolgens is er nog een aantal structurele verbeteringen die ons op termijn van pas kunnen komen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik ben het toch wel eens met collega Thissen, al kan ik inhoudelijk wel meevoelen met het verhaal van de minister. De heer Thissen en ik zijn allebei in de praktijk werkzaam. Wij vragen ons af hoe de afstand overbrugd kan worden. Bijvoorbeeld het verhaal over de percentages klinkt wel mooi, maar het is natuurlijk flauwekul, want het gebeurt gewoon niet. De uitvoering kost zoveel geld dat de zorgverzekeraars er vast geen brood in zullen zien. De minister klinkt als een uiterst optimistisch mens. Misschien is dat in deze donkere tijden ook wel goed. Ik verwacht echter dat er niks van terecht komt. Het betoog van de minister is een adstructie dat haast maakt dat dingen niet goed doordacht en uitgewerkt zijn.

De minister wil mij wel tegemoetkomen met de evaluatie. Dat was geen nieuws, want dat heeft hij ook in de Tweede Kamer toegezegd. Ik heb echter ook gevraagd om een duidelijke brief op korte termijn over de punten waarop hij de evaluatie gaat uitvoeren. Hij zegt een beetje uit de losse pols dat hij gaat evalueren, maar ik wil weten op welke punten hij gaat monitoren. In de stukken staat dat wij in 2010 een eerste resultaat krijgen. Wij moeten dan ook kunnen zien op welke punten er geëvalueerd zou worden en of dat wel klopt.

Minister **Klink**: Ik heb niet begrepen van de zorgverzekeraars dat zij het percentage onuitvoerbaar vinden. Mevrouw Slagter vindt het een theoretische exercitie, maar wij hebben gegeven de no-claim 200 mln. aan gedragseffecten gezien. De evaluatie wijst uit dat er wel degelijk invloed is geweest op met name het medicijngebruik en de hulpmiddelen. Het Centraal Planbureau indiceert dat het rechtstreeks betalen van € 150 effectiever ingrijpt in de afwegingen dan de € 255

Klink

no-claim. Ook daarvan verwachten wij weer die gedragseffecten.

Wij hebben niet gehoord van de zorgverzekeraars dat de percentages niet zouden werken. Sterker nog, op dit moment maken wij een slag met de prijsliberalisatie. Wij gaan uit van maximumtarieven die afgeleid zullen worden van de onderhandelingen tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Er zullen prijsverschillen ontstaan, waaraan een bepaald percentage van de zorgkosten die men voor eigen rekening moet nemen wordt gekoppeld. Voor de afnemer van de zorg zal daardoor de inzichtelijkheid ook toenemen. Dat zijn simpelweg dingen die in elkaar grijpen. Ik zeg dat met enige dank aan het adres van de heer Van der Vlies in de Tweede Kamer.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik probeer te blijven redeneren vanuit de manier waarop het bij de mensen in de brievenbus komt. Bij no-claim heb je je zorgpremie betaald. Als je in een jaar weinig of geen gebruik hebt gemaakt van het zorgaanbod, krijg je geld terug. Hoera, denken de mensen dan. Bij een eigen risico heb je je zorgpremie betaald en al dan niet maandelijks een adequate zorgtoeslag gekregen. In een volgend jaar, na zes maanden, acht maanden of misschien zelfs veertien maanden, kom je er achter dat je in één klap een eigen risico moet terugbetalen en dat de zorgtoeslag niet adequaat was. Dat is het fundamentele verschil. In het ene geval krijg je geld terug, in het andere geval word je ineens in je nek geslagen, want je moet ineens een heleboel geld op tafel leggen. De meeste mensen in ons land hebben een inkomen beneden modaal. Zij hebben niet een jampotje waar iets in zit voor het geval ze dadelijk nog iets moeten betalen.

Minister **Klink**: Ik ga mijzelf nu herhalen. Wat de heer Thissen zegt over de zorgtoeslag geldt alleen waar de zorgtoeslag verkeerd berekend is geweest, maar hij doet alsof dat alle groepen betreft. Verder is het helemaal niet zo vreemd dat je, ook van een zorgverzekering, af en toe een rekening in de bus krijgt. De heer Thissen doet alsof iedere rekening voor een collectieve verplichting die in de brievenbus dwarrelt niet betaald kan worden, zodat men maar niet aan zijn verplichtingen voldoet. Zo zit Nederland niet in elkaar. Talloze burgers hebben wel degelijk voldoende besef dat zij aan de ene kant voldoende zorg hebben genoten en aan de andere kant een rekening dienen te betalen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Maar dat moet in een klap. Ik heb in eerste termijn al gezegd dat uw collega's Donner en Aboutaleb alles proberen om burgers te behoeden voor risicovol gedrag in financiële zin. U bevordert dat juist. U wilt het niet snappen of u snapt het wel en geeft mij geen gelijk. U moet dan kraakhelder zijn. Als mensen het budget niet meer hebben, het vet niet op de ribben hebben, is het toch heel lastig als zij ineens geconfronteerd worden met iets waarmee zij geen rekening hebben kunnen houden. Dat is mijn pleidooi, niet meer en niet minder. Bij burgers stapelt zich wel degelijk op wat naar uw mening in uw voorstel ordelijk uiteengerafeld is.

Minister **Klink**: Een belastingaanslag komt ook later. De burger houdt daar ook rekening mee. Wij doen nu niet alsof de gemiddelde burger niet zou weten dat hij een eigen risico van € 150 heeft. Natuurlijk moet de rekening

op een gegeven moment worden betaald. Ik zie niet waarom deze rekening ineens bij de verzekerde zou komen binnendwarrelen, waarbij hij verbaasd is dat hij moet betalen. Hij krijgt in een jaar ook allerlei andere rekeningen binnen. Mits het volledige risico volloopt, zal men inderdaad € 150 moeten betalen.

Ik heb een evaluatie toegezegd. Ik wil best aangeven op welke punten ik die evaluatie wil uitvoeren. Ik zal de Kamer daarover binnenkort een brief sturen, zodat het kader van de evaluatie helder is.

Voorzitter. Ik was bezig met de algemene inleiding van mijn betoog, maar ik heb inmiddels al vrij veel erin meegenomen. Aan de ene kant gaat het om een inkomensreparatie, aan de andere kant willen wij met deze wetssystematiek een bepaalde wettelijke grondslag bieden voor verbeteringen die op termijn realiseerbaar zijn in termen van keuzeondersteuning en in termen van inzichtelijkheid van de zorg via het procentuele deel dat gemoeid is met de eigen betalingen. Om die reden is het goed dat wij dit wetsvoorstel bespreken.

Ik hoop dat ik hiermee ook de IZA-variant voldoende heb meegenomen. Ik zou ook nu niet direct tot de IZA-constructie willen overgaan – en die € 150 vind ik niet zo'n massief bedrag – ook gezien het feit dat de lagere inkomensgroepen over de gemiddeld € 103 eigen betaling nog een zorgtoeslag krijgen. Ik zal dit echter wel degelijk meenemen bij de nadere bestudering hoe wij het eigen risico vorm gaan geven.

De heer **Putters** (PvdA): De minister brengt het nu als de verfijningen van het systeem of een nieuw systeem. Het gaat ons erom dat er ruimte is om de toch voor ons wat meer principiële vragen hoe je zo'n systeem van eigen betalingen benadert, op tafel te hebben. Of wij het nu een verfijning of nieuw systeem noemen, laat ik even voor wat het is. Het gaat erom dat die meer principiële vraag voor 2009 nog op tafel ligt.

Minister **Klink**: Wij richten nu een structuur in die naar mijn stellige overtuiging in de toekomst is uit te bouwen. Bij dat uitbouwen – die toezegging wil ik u graag doen – wil ik u op twee punten graag tegemoetkomen. Ten eerste zullen wij de inkomensafhankelijkheid van de eigen bijdragen een belangrijke plek geven in de afweging. Zeker als het eigen risico zal toenemen, wordt het valide om er heel goed naar te kijken. Ten tweede zullen wij de vraag in hoeverre je een voet kunt stellen voor de eigen bijdrage ook meenemen. Ik zal er straks nog op terugkomen, omdat er wel kanttekeningen zijn te plaatsen bij een dergelijk stelsel. Die twee punten zullen een belangrijke afweging vormen bij het verder uitbouwen en verfijnen van het stelsel van eigen risico's.

Met uw welnemen, voorzitter, wil ik ingaan op de vragen die de afzonderlijke leden hebben gesteld. Ik wil dat doen in de volgorde van inbreng. Mevrouw Dupuis vroeg zich af in hoeverre wij bij het herstel van solidariteit niet met een soort van overkill bezig waren, in de zin dat op een gegeven moment de solidariteit eerder ondermijnd wordt omdat je wel heel veel gaat vragen van de gezonde Nederlander en degene die de verzwaaring wel kan betalen. Ik gaf al aan dat de correctie die wij voorstellen, te maken heeft met – in uw terminologie – grootgebruikers, maar het zijn wel mensen die hier gewoon niet aan ontkomen. Vanwege het feit dat er geen keuzevrijheid onder ligt – ik zou bijna zeggen dat het een liberaal beginsel is – en dat er geen enkele beïnvloe-

Klink

dingsmogelijkheid is, is het wel belangrijk dat wij het voor deze mensen doen. Een stelsel van eigen risico's veronderstelt namelijk dat je een eigen afweging kunt maken. Aangezien dat bij deze mensen niet zo is, willen wij hen daarvan vrijwaren, althans voor de inkomenseffecten. Ik gaf zojuist al aan dat men door het feit dat men wel het eigen risico moet betalen, wel degelijk geconfronteerd blijft met de zorgkosten en dus met het eigen risico.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik begrijp het niet helemaal. Kunnen chronisch zieken nu wel of niet hun zorggebruik beïnvloeden of keuzes maken?

Minister **Klink**: Een ding weet je zeker: het bedrag van € 150 loopt vol. Voor die € 150 willen wij de mensen compenseren langs twee wegen, namelijk via premiereductie van € 103 en € 47 via het CAK. De inkomenseffecten zijn dus altijd geborgd. Het tweede punt is dat men altijd, evenals u en ik, voor een keuze staat bij hulpmiddelen en medicijnen. Die keuze wordt wel degelijk beïnvloed door het feit dat men wel het eigen risico moet betalen. Men wordt er vervolgens voor gecompenseerd, maar men komt uiteindelijk toch voor de kosten te staan.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister bedoelt dat chronisch zieken altijd wel die € 150 moeten betalen, maar dat het misschien iets minder snel vol loopt?

Minister **Klink**: Nee, ik vind het oneigenlijk wat u nu zegt. De hoofdzaak is dat men voor die € 150 inkomenseffecten gecompenseerd wordt. Daar wordt men voor gecompenseerd. Het is € 103 via premiereductie en € 47 via het traject van het centraal administratiekantoor.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Een van de argumenten om het op deze manier te doen, was toch dat daarmee ook het zorggebruik van chronisch zieken mogelijk te beïnvloeden was. Het was een praktische regeling en een van de mogelijkheden was dat het bij chronisch zieken ook te beïnvloeden was.

Minister **Klink**: De hoofdoverweging van het geheel is om mensen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten te compenseren voor de inkomenseffecten en de koopkrachteffecten. Dat is het hoofdelement van hetgeen wij hier willen regelen en wat hier geregeld wordt. Ik herhaal dat het gaat om € 103 via premiereductie en voor zover wij het hebben over de afbakening van deze groep, om € 47.

Mevrouw Dupuis zei dat de gezonde verzekerden dus meer gaan betalen. Dat is inderdaad waar. Ik heb het voor mezelf ook op een rij gezet. Dat betekent dat de gezonde Nederlanders vanwege deze omzetting € 50 meer gaan betalen. Tegelijkertijd gaan de chronisch zieken en gehandicapten per saldo € 100 minder betalen. Die € 150 verklaart het inkomensverschil dat overbrugd wordt van € 255 naar € 100. Het is voor ons buitengewoon belangrijk en vandaar dat wij vaart achter dit wetgevingstraject hebben willen zetten.

Mevrouw Dupuis sprak over de extra druk die op de premie komt voor € 450 per gezin per jaar. Dat is waarschijnlijk inclusief de aanvullende polis. Wij komen op ongeveer € 150 aan premieverhoging. Die premieverhoging voor gezonde Nederlanders heeft aan de ene

kant te maken met de € 50 die ik zo-even noemde, die met de omzetting van het stelsel gemoeid is, en met de stijgende zorgkosten. Toen dit kabinet aantrad en toen ik aantrad, werden wij geconfronteerd met een onvoorziene overschrijding van een miljard die wij uiteindelijk in de premie moeten opvangen. Daarvan kan men dit kabinet geen verwijt maken. Daarmee wil ik niet zeggen dat ik vervolgens anderen een verwijt wil maken, want zorgkosten stijgen nu eenmaal in Nederland.

Mevrouw Dupuis vroeg zich ook af of wij het stelsel niet complex maken met allerlei uitzonderingen. Ik heb daarover nagedacht, maar wij kennen in het stelsel dat zich nu aandient, eigenlijk niet zo heel veel uitzonderingen. Dat was in het verleden vaak het nadeel met de medicijnknaak en het specialistengeeltje. Zeker in het tweede paarse kabinet werd het een enorme kerstboom. Uiteindelijk hebben wij nu een vrij helder systeem van € 150 dat voor iedereen geldt. Het is een percentage van de zorgkosten. Van verschillende kanten is gevraagd hoe consistent ik ben met het percentage van zorgkosten in die € 150. Soms loopt met een bepaald percentage van de zorgkosten direct de € 150 vol. Dan heb je een grote klap, maar geen lange remweg. Wij willen een correctie toepassen op het generieke systeem van percentages door soms bepaalde vaste kosten te nemen van bepaalde zorgvormen en die in mindering te brengen op de € 150 eigen risico.

Mevrouw Dupuis en de heer Putters hebben gevraagd of het risico niet kan gelden vanaf een bepaalde voet in het zorgkostengebouw. Daar zitten ook nadelen aan. Het betekent namelijk dat iedereen met lagere zorgkosten – dat zijn in de regel toch de gemiddeld wat gezondere Nederlanders – niet meetelt voor het eigen risico omdat men simpelweg de voet niet haalt. Dat vind ik een nadeel bij de solidariteit tussen gezond en ziek. Om die reden hebben wij vooralsnog niet voor die voet gekozen. "Gekozen" veronderstelt wellicht meer afwegingen dan aan de orde waren. In feite is het een beperkte operatie die voorligt, namelijk het omzetten van no-claim naar eigen risico op een zodanige manier dat de inkomenseffecten beter uit komen. Natuurlijk begrijp ik deze overwegingen. Als ik zelf spreek over en kijk naar de toekomst, als ik de grondslag wil neerleggen voor een verbeterd systeem van eigen risico's, dan begrijp ik dat er ook vanuit de Kamer bepaalde ideeën worden ingebracht die naar haar mening nadere overweging waard zijn. Nogmaals, ik plaats daarbij de kanttekening dat de zorgkosten dan eerst een bepaald niveau bereikt moeten hebben vooraleer er betaald moet worden.

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben blij dat de minister ernaar wil kijken. Het ging ons erom de drempel hoger te leggen voor met name die groep die wij nu moeten compenseren omdat zij structureel en onvermijdbaar hoge zorgkosten hebben. Voor deze groep moet de drempel hoger worden gelegd, zodat zij een reële rem kunnen ervaren. Die rem zit namelijk niet in de eerste € 150; die zijn zij altijd kwijt.

Minister **Klink**: Ja, dat is de keerzijde. Dat is het voordeel van het systeem dat u bepleit en dat ook door de economen bepleit is, een systeem waarbij voor iedereen, ook voor degenen met chronisch ziekten en onvermijdelijke zorgkosten, een prikkel wordt neergelegd op grond van het feit dat men boven dat bedrag wel die inkomenseffecten ondervindt. Ik ga daar zeker naar

Klink

kijken, maar ik wil een tweede kanttekening plaatsen. Als er voor een dergelijk stelsel gekozen wordt, waarbij bijna een aan ziektebeelden gekoppelde voet wordt ingesteld in het eigenrisicostelsel, wordt het al heel snel complex. Bovendien moet er dan bijzonder sterk gedifferentieerd worden tussen mensen met verschillende ziektebeelden, omdat die kosten ook nogal uiteen kunnen gaan lopen. Dit zijn op voorhand punten die goed overwogen moeten worden voordat die stap gezet wordt. Het idee is natuurlijk heel charmant omdat het doel wordt bereikt wat je wilde bereiken: inzicht in de kosten van chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Putters** (PvdA): De minister gaat hiernaar kijken, dus ik neem aan dat wij het dan op een rijtje krijgen. Aan de andere kant kun je ook redeneren dat in die gevallen waar de minister op doelde, een ingewikkelde compensatie gedeeltelijk niet meer nodig is. Zo'n compensatie is ook belastend voor de uitvoering en de administratieve kosten die eraan verbonden zijn.

Minister **Klink**: Ja. Daar maak ik de opmerking bij dat het stelsel dat nu in het leven wordt geroepen op zichzelf niet zo ingewikkeld is. Er zijn twee punten van compensatie: de € 103 die iedereen als premiereductie krijgt en de € 47 die men via het traject van het CAK krijgt. Dat laatste oogt ingewikkeld vanwege de afbakingsvraag. Als men echter eenmaal in een FKG zit, dan is het helemaal niet ingewikkeld meer. De verzekeraar kent de bankrekeningnummers van zijn verzekerden. Die nummers zijn gekoppeld aan de FKG-bestanden. Vervolgens weet de verzekeraar ook dat er compensatie dient plaats te vinden voor die mensen die bij dat bankrekeningnummer horen. De uitvoering is daarom helemaal niet zo duur. Het CAK kan dit gewoon op basis van geautomatiseerde bestanden doen. Het oogt ingewikkeld maar dat heeft vooral te maken met de afbakingsvragen waar wij nu voor staan. In de uitvoering is het niet ingewikkeld.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik denk ook dat het uitvoeringstechnisch makkelijk is. Het heeft echter geen oog voor de groep van chronisch zieken en gehandicapten waar wij juist voor staan. Die groep is namelijk heel slecht te definiëren met de FKG's. Dat maakt het aldoor zo spannend en intrigerend. Het is mooi dat het voor de zorgverzekeraars niet ingewikkeld is, maar ik zou het veel mooier hebben gevonden als het een goed plan was geweest voor de chronisch zieken en gehandicapten.

Minister **Klink**: Ik wil u een doorkijkje geven in wat wij aan het doen zijn, vooruitlopend op de discussie van de afbakening van de FKG's.

Er zijn internationale definities van chronisch zieken en gehandicapten. Dat betekent niet dat daarmee altijd bekend is wie chronisch ziek of gehandicapt zijn. Deze groepen moeten ook geïdentificeerd kunnen worden. Definiëren is iets anders dan kunnen identificeren. In het kader van de vereveningssystematiek rondom de Zorgverzekeringswet hebben wij die groepen in beeld. Voor de zorgverzekeraars is het ook van belang om daarvoor gecompenseerd te worden in het kader van de risicoverevening. Daarin spelen die FKG's een rol, net als de DKG's die de heer Putters noemde. In het kader van dit traject en in het kader van de overheveling van de Tbu in de richting van de Wmo zijn wij nu kabinetbreed

aan het bekijken hoe wij de chronisch zieken en gehandicapten nader kunnen identificeren. Daarbij zal ook in andere trajecten – ik had het over de Tbu – gebruik gemaakt worden van datgene wat wij nu al doen voor de FKG, de DKG en de mensen die langdurig in AWBZ-instellingen zitten. Dit is de opmaat tot een verdere verfijning en verbetering, tot het completer in kaart brengen en zicht en greep krijgen op de groep van chronisch zieken en gehandicapten. Nogmaals, dit is het traject dat hier loopt, in het kader van de Zorgverzekeringswet en in het kader van die € 150 compensatie. Het is het traject dat loopt in het kader van de Tbu en de Bu die wij op het moment aan het herijken zijn. Binnen het ministerie van VWS zijn wij bezig om op basis van de internationale definitie van chronisch zieken en gehandicapten aanknopingspunten te vinden binnen onze systemen op zo'n manier dat wij de bestanden voorhanden hebben. Vervolgens kunnen wij die groepen meer gepreciseerd gaan compenseren. Met die FKG's hebben wij echter al een heel groot deel van deze groep te pakken.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Begrijp ik nu van de minister dat hij kabinetbreed bezig is met het beter definiëren van de groep chronisch zieken en gehandicapten? Hoort bij die manier van definiëren ook de inkomenspositie?

Minister **Klink**: Het doel dat wij nastreven is inkomensreparatie, zowel bij de Bu en de eventuele omzetting naar de Wmo, als bij de compensatie van chronisch zieken en gehandicapten, mensen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het gaat nu om het instrument om de groep die hiervoor in aanmerking komt, af te bakenen. Bij die nadere afbakening zijn wij langs twee trajecten bezig, namelijk via de Bu en via het eigen risico in het kader van de Zorgverzekeringswet. De trajecten lopen parallel, sterker nog, ze zijn sterk met elkaar vervlochten. De FKG- en DKG-benadering zal uiteindelijk geïntegreerd worden in de Bu-benadering. Wij zullen straks rijksbreed van één definitie uitgaan.

Het stelsel zal volgend jaar niet veranderen, nee, het stelsel zal volgend jaar completer zijn. Met die € 47 via het CAK-traject en de nadere afbakening van de groep lopen wij sterk in de goede richting. Een groot deel van de groep die straks gecompenseerd moet worden, hebben wij al in het vizier. Nogmaals, het gaat om € 47. Voor die € 103 hebben wij de hele groep in beeld.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Als de verfijning is opgetreden, zal de te compenseren groep dus groter zijn geworden. Of is het een andere groep geworden?

Minister **Klink**: De groep zal groter worden. Van meet af aan heb ik gesteld dat de afbakening op dit moment suboptimaal is. Er kunnen nog groepen toegevoegd worden. Het kabinet staat voor de afweging om door te gaan ondanks het feit dat niet iedereen in beeld is, omdat de koopkrachtwinst over de hele linie bij de chronisch zieken en gehandicapten terecht komt, of de adem in te houden en de no-claim nog een jaar laten doorlopen. Wij hebben gekozen voor invoering per 1 januari 2008 vanwege die inkomenseffecten, vanwege het feit dat wij de meeste rechthebbenden in het vizier hebben. Ik wil er nog één kanttekening bij plaatsen, die

Klink

wat mij betreft van belang is: zelfs al zouden wij niet het traject van het CAK pakken en wij zouden het laten bij de inkomenscompensatie van € 103 waarmee de premie omlaag gaat, dan nog is er winst voor de mensen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten. Degenen die onder de FKG-definitie vallen, gaan er in vergelijking met de gezonde Nederlanders € 150 op vooruit. Als wij die route van het CAK niet hadden gekozen, waren wij op € 100 uitgekomen. Gemeten aan de gemiddelde gezonde Nederlander wordt het inkomensverschil van € 100 teruggebracht naar nul. Zouden wij die route van de FKG's niet lopen, dan is dat altijd nog € 50. In die zin zijn wij ervan overtuigd dat deze route qua inkomenseffecten de beste is, nog afgezien van de structurele verbeteringen die op termijn mogelijk zijn.

Mevrouw Dupuis vroeg of ik tegen grotere volume-effecten ben. In feite ben ik dat niet. Ik gaf al aan dat op het moment dat dit een goed werkend stelsel kan zijn, je zeker niet moet uitsluiten dat, gegeven de zorgkosten die wellicht in de nabije toekomst zullen gaan stijgen, wij nog eens moeten kijken naar het eigen risico. Het kan zijn dat wij dat gaan ophogen, maar dan wel met de kanttekening dat daarbij het IZA-systeem en de eventuele franchise worden meegenomen.

Mevrouw Dupuis vroeg verder wat de nadelen zijn van het indienen van rekeningen, rechtstreeks van de zorgaanbieder naar de verzekeraar. Die rechtstreekse declaratie bij de verzekeraar leidt tot de minste uitvoeringslasten bij verzekeraars, verzekerden en zorgaanbieders. Op zichzelf is dat een groot goed, maar de rekening komt uiteindelijk terecht bij degene die van de zorg gebruik maakt. Het verplichte eigen risico zal immers geïnd moeten worden. Ik wil dat wij de komende jaren met man en macht gaan werken aan het verkorten van die termijn, zodat in feite de termijn tussen kosten die gemaakt worden door de zorgverzekeraar aan de ene kant en aan de andere kant door degene die de zorg gebruikt, zo kort mogelijk is. Grootschalige fraude door zorgaanbieders is ons niet bekend. De zorgverzekeraar, de NZa, de FIOD en de ECD controleren hier intensief op. Als een verzekerde onterecht € 150 moet betalen omdat een zorgaanbieder dat declareert bij een zorgverzekeraar, zal deze waarschijnlijk zelf wel aan de bel gaan trekken.

De heer Putters heeft gevraagd of qua eigen bijdrage een IZA-systeem of iets wat daarop lijkt een mogelijkheid is. Ik zal dit punt zeker meenemen bij toekomstige verkenningen. Belangrijk is wel dat het geheel transparant en administratief uitvoerbaar blijft. Bepaalde studies uit het verleden geven aan dat dit is in te voeren.

Kunnen risicokenmerken als leeftijd en dergelijke worden geïntegreerd in je stelsel? Op zichzelf is dat wel mogelijk. Als je objectieve maatstaven betreft bij het risico dat men dient te betalen, is dat mogelijk. Je kunt overigens jong zijn en desalniettemin hoge zorgkosten hebben. Dat maakt de regeling natuurlijk wel complexer. Jongeren zijn, als je naar ons stelsel kijkt, natuurlijk al in hoge mate nettobetalers, dus de solidariteit tussen jong en oud is al betrekkelijk groot. Als het eigen risico dan ook nog zo wordt ingekleed dat jongeren meer betalen, kun je wellicht te veel van hen vragen, waarmee de bereidheid tot betalen en daarmee de solidariteit onder druk komt te staan.

Er is gevraagd of de premiedaling geen sigaar uit eigen doos is, omdat gezonde mensen dubbel profiteren. Mensen die geen zorgkosten maken, profiteren wel. Wij hebben zoals gezegd onze berekeningen gestoeld op de

toenmalige bij ons bekende premie van € 1012. Als je die hebt gehanteerd, betaalt iedereen dat bedrag. Als je een eigen risico invoert, met gemiddelde betaling van zo'n € 103 en je hebt geen eigen betalingen, heb je een inkomensvoordeel. Dat is de keerzijde van het feit dat je die prikkel wilt en dat mensen zich bewust worden van de kosten. Verder is over een reeks van jaren genomen – tenzij je geluksvogels bent – te zien dat mensen gemiddelde zorgkosten maken. Daarbij zul je in het ene jaar op nul uitkomen en een voordeel genieten, in het andere jaar zul je op € 150 uitkomen. Het laatste zal voor de chronisch zieken en gehandicapten niet gelden, want die komen simpelweg nooit op die € 150 uit. Ik merk nog op dat de zorgtoeslag uiteindelijk niet verandert: die toeslag blijft afhankelijk van de standaardpremie, waarin de feitelijk betaalde premie en de gemiddelde eigen betalingen zitten, inclusief de € 103. Per saldo levert dat dus geen veranderingen op in het huidige stelsel.

Verschillende leden hebben gevraagd hoe wij nader gaan afbakenen. Ik heb al verwezen naar de International Classification of functioning, disability and health, van de WHO. Die gebruiken wij als referentiekader, om te kijken in hoeverre onze criteria van FKG's daarmee sporen, wat voor ons een spiegelpunt zal zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb gevraagd of het niet verstandig is om bij die indeling advies te vragen van de mensen uit het veld. In mijn bijdrage noemde ik het nationaal panel chronisch zieken en gehandicapten, dat hiernaar onderzoek heeft gedaan. Het is heel belangrijk om zo'n groep te betrekken bij dit hele plaatje. Ik blijf erbij dat gebruik van die FKG's een theoretisch model oplevert. U zei net dat er niet erg veel mensen buiten de doelgroep zullen vallen, maar dat vraag ik mij af. Wilt u dat checken bij het nationaal panel? Ik denk namelijk dat er wel een heel grote groep uitvalt.

Minister **Klink**: Dit traject gaan wij niet in, anders dan in overleg met de Chronisch zieken en Gehandicapten-raad. In die zin is voorzien in wat u beoogt. U zegt dat die FKG's zo theoretisch zijn, maar neemt u van mij aan dat de verzekeraars die in het kader van de risicoverevening gecompenseerd willen worden voor eventuele overmatige zorgkosten in het kader, erop zijn gebrand dat die verevening goed gepreciseerd wordt. Daarom kennen wij die FKG's en die DKG's. Ik word daarom graag ontslagen van de beeldvorming dat dit alles niets met de werkelijkheid heeft te maken. Maar nogmaals, dat wordt gespiegeld met de groepen die het betreft. In het kader van de buitengewone uitgaven bekijken wij, in hoeverre groepen die er wellicht nog buiten vallen via de Wmo alsnog in aanmerking kunnen komen voor compensatie. In die zin is alles erop gericht om die groep zo nauwkeurig mogelijk in beeld te brengen, eventueel met een vangnet aan de kant van de gemeenten. Dat zal zich volgend jaar voltrekken. Er is gevraagd of dat voor april in beeld kan worden gebracht, mede op basis van de motie-Van der Veen in de Tweede Kamer. Wij doen daar alles aan.

Er is gevraagd in hoeverre DKG's na, of wellicht al in 2008 als criterium voor compensatie kunnen worden gebruikt. Daar hebben wij goed naar gekeken. Immers, wij willen in feite, ook al is die afbakening nu nog geen 100%, daar naar toe groeien. Het probleem is alleen dat wij het hebben over meerjarige onvermijdelijke zorgkosten en dat wij dat voor de DKG's nog niet in

Klink

beeld hebben, omdat de gegevens van twee jaar geleden nog niet bekend zijn. Er werd toen nog onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Voor de ziekenfondsverzekerden waren de DKG's in beeld, voor de particulier verzekerden niet. Het risico dat wij lopen als wij ze toch meenemen in de afbakening voor 2008 is dat degenen die onder de diagnosegroepen vallen, maar particulier verzekerd waren, niet in aanmerking komen voor de € 47. Het bedrag van € 103 wordt geregeld via de premiereductie.

De heer **Putters** (PvdA): Het is mij helder dat het om € 47 gaat. Voor een aantal van die mensen is dit ook een hoop geld. Ik begrijp dat voor de ziekenfondsverzekerden uit die periode bekend is wie onder de DKG's vielen en voor de particulieren niet. Is daar niets op te bedenken? Je moet geen situatie van rechtsongelijkheid krijgen, maar je zou kunnen bedenken dat de particulier verzekerde op eigen initiatief moet aantonen dat hij tot de groep behoort. Of je overweegt of je niet enige coulance moet betrachten met betrekking tot die twee jaar, aangezien het een regeling is in een overgangssituatie. Het gaat hier om een groep mensen die bijvoorbeeld gedurende een jaar behandeling in een ziekenhuis heeft ondergaan. Een jaar lang is toch enigszins structureel. Ik daag de minister dus een beetje uit om iets te bedenken wat die rechtsongelijkheid wegneemt.

Minister **Klink**: Natuurlijk was dit ook mijn streven toen ik er mijn gedachten over liet gaan. Ik sta open voor elke nadere invulling die daarbij kan helpen, ook van uw kant. Een behandeling van bijvoorbeeld een jaar is echter een probleem. In de wet staat namelijk de definitie "meerjarige onvermijdelijke zorgkosten". Die meerjarigheid is niet voor niets gekozen. Het moet echt om onvermijdelijke zorgkosten gaan, niet om incidentele kosten.

Ik doe graag de toezegging dat ik deze groepen in 2008 ten behoeve van 2009 zal meenemen bij de afbakening. Deze groepen zullen integraal deel uitmaken van de groep chronisch zieken en gehandicapten. Het spanningsveld zit momenteel in de rechtsgelijkheid. Het gaat bijna om formele rechtsgelijkheid. Uit het oogpunt van materiële rechtsgelijkheid zou je het deel dat wel inzichtelijk is bij de groep voegen. Ik zou dit het liefste doen, maar juristen vertellen mij dat dit buitengewoon lastig is. Iemand die van deze regeling uitgesloten is, kan dan namelijk aanvoeren dat er op formele gronden sprake is van rechtsongelijkheid. Het spanningsveld dat hier zit, kan ik dragen om deze groep in 2009 integraal deel zal uitmaken van de te compenseren groepering.

Ik heb een verkenning laten doen naar de mogelijkheid van een systeem dat de ex-particulieren – bij hen is het niet inzichtelijk – laat aantonen dat zij in 2005 ziekenhuis-kosten hebben gehad die relevant zijn voor de DKG's. Je zou dan wel met buitenproportioneel hoge uitvoeringslasten te maken krijgen bij verzekerden, verzekeraars en het CRK, dat dit handmatig moet verwerken. Omdat het om € 47 gaat, is het de vraag in hoeverre dat tegen elkaar opweegt. Ik plaats direct de kanttekening dat voor deze groepen € 47 ook een heleboel geld kan zijn. Anders hadden wij de regeling niet in het leven geroepen.

De compensatieregeling geldt maar één jaar. Ik heb al gezegd dat wij de volgende jaren hooguit het stelsel zullen uitbouwen, maar niet werken aan een nieuw

stelsel. Ik ben ervan overtuigd dat wij, wellicht anders dan in het verleden, een betrekkelijk stabiel systeem van eigen risico neerleggen. Dat is inclusief de evaluatie.

De sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars en de kwaliteit dienen volgens mij gelijk op te lopen.

Mevrouw Slagter vraagt om het panel voor chronisch zieken en gehandicapten bij de procedure te betrekken. Zij gaf, evenals de heer Thissen, de verschillen in gezondheid aan tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status. Is dat geen aansporing voor het kabinet om hierop in te steken bij het zorgbeleid? Ik onderken dit punt graag. Ik heb de Tweede Kamer een preventienota gestuurd waarin de gezondheidsverschillen tussen mensen met een verschillende sociaaleconomische status in beeld zijn gebracht. Te zien is dat de levensverwachting behoorlijk uiteenloopt. Vandaag is gesproken van een verschil van 12 jaar. Bij de levensverwachting speelt de leefstijl een belangrijke rol. Dat is een essentieel onderdeel van mijn preventiebeleid. Ik was onlangs in Rotterdam bij een van de brede scholen in de achterstandsbuurt. Die leggen buitengewoon veel nadruk op bewegen en gezonde voeding. De insteek van de preventienota is om de handen rijksbreed ineen te slaan. Samen met scholen, werkgevers, zorgverzekeraars en wethouders moeten wij er met man en macht aan werken. Dat staat echter los van de Zorgverzekeringswet en het eigen risico. Ik zie echter ook de relatie tussen hoge zorgkosten en de hogere kans dat het eigen risico volloopt. Dit heeft onze aandacht.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat pleit er toch voor om bij afbakening van de groep het inkomensplaatje te betrekken?

Minister **Klink**: Het inkomensplaatje is een indicator voor sociaaleconomische status. Het is echter niet inkomen dat het verschil in gezondheid verklaart. Het heeft alles te maken met woonomgeving en voedingsgewoonten. Er ligt wel een relatie als het gaat om de mogelijkheid om te sporten en om lid te worden van een sportclub.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat is toch een pleidooi voor een FKG-laag inkomen?

Minister **Klink**: Ik wil niet alles in verband brengen met elkaar. De zorgtoeslag zorgt ervoor dat mensen aan de onderkant van het inkomensgebouw worden gecompenseerd. Ik onderstreep dat de zorgpremie inclusief het eigen risico van € 103 de standaardpremie vormt op basis waarvan de zorgtoeslag wordt berekend. Ook hier geldt dat het eigen risico meegenomen wordt bij bepaling van de inkomensafhankelijke zorgtoeslag.

Het voorbeeld dat mevrouw Slagter gaf, van iemand die na een auto-ongeluk een been moet missen, heeft alleen betrekking op hoge incidentele zorgkosten. De situatie is voor betrokkene natuurlijk ernstig. Op het moment dat er chronische en onvermijdelijke zorgkosten uit voortvloeien, valt dat bij medicijngebruik onder de FKG of bij een bepaald ziektebeeld onder de DKG. Wij staan nog voor een nadere afweging. Ik kan mij voorstellen dat er via de Wmo een vangnet komt voor mensen die niet onder deze categorieën vallen. Een en ander hangt af van de mate waarin onze definitie dekkend is.

Klink

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik sprak behalve over de man die een been moet missen ook over de bankdirecteur die wel een compensatie krijgt. Mensen met een heel hoog inkomen krijgen in het systeem van de minister € 47 als zij twee of meer jaar antidepressiva slikken. Dat is reden voor mij om de minister te vragen hiernaar nog eens goed te kijken.

Minister **Klink**: Zo-even zei ik dat er twee vormen van solidariteit zijn: inkomensolidariteit en de solidariteit tussen ziek en gezond. Ook al zijn mensen miljonair en hebben zij onvermijdelijke zorgkosten, wij vinden niet dat zij langs die route moeten worden aangeslagen voor een hogere zorgpremie of hogere zorgkosten. Dat is nu eenmaal begrepen in het feit dat er twee verschillende stelsels zijn: dat van de inkomensolidariteit en dat van de solidariteit tussen ziek en gezond.

Uiteindelijk gaat het bij het eigen risico ook om gedragseffecten en de daaruit voortvloeiende besparingen voor de zorg. Kun je dit niet bereiken via de versterking van de eerste lijn, van preventie enzovoort? Mijn antwoord is ja, maar deze verschillende wegen sluiten elkaar niet uit. Ik zal niet ontkennen dat deze alternatieven ook bijdragen, maar de gedragseffecten vanwege het eigen risico leveren uiteindelijk 200 mln. op. Als die er niet waren, zou dat uiteindelijk leiden tot hogere premies. En nu ontstaan er besparingen op de zorgkosten die wij alleszins kunnen gebruiken.

Van verschillende Kamerleden kwam de vraag of de Kamer nog nee kan zeggen tegen dit alles en of dit hele debat geen rituele dans is. Natuurlijk kan de Eerste Kamer nee zeggen, ook al zou dat tot buitengewoon veel uitvoeringslasten leiden bij de verzekeraars. Inderdaad ligt de polis bij sommigen al op de mat – en laten we blij zijn dat verzekeraars hun verzekerden tijdig informeren – maar uiteraard gaat de wet altijd voor. Het geheel dient volgens mij op 19 november voor de verzekeraars duidelijk te zijn. Ik wil niet kinderachtig doen door te zeggen dat een afwijzing van dit wetsvoorstel de verzekeraars voor enorme problemen zal stellen, maar feitelijk prevaleert de wet natuurlijk boven de uitvoering. Het moge overigens duidelijk zijn dat hierin geen aanmoediging moet worden gezien om het wetsvoorstel af te wijzen! Ik denk dat er inhoudelijke redenen genoeg zijn om dit wetsvoorstel te omarmen: de inkomens- en koopkrachteffecten en de structurele mogelijkheden die het wetsvoorstel uiteindelijk biedt.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Voor mijn begrip: wat betekent het voor de premie? Als de no-claim blijft bestaan, gaat de premie weer omhoog.

Minister **Klink**: Sterker nog, naar ik meen gaat de premie omhoog met € 150 à € 200. Ernstiger vind ik nog dat het inkomensverschil tussen gezonde Nederlanders en chronisch zieken € 255 zal worden in plaats van € 100. Dat is precies de reden waarom wij hier niet voor hebben gekozen. Natuurlijk heeft het kabinet gezien dat het wetgevingstraject binnen een buitengewoon krap tijdsbestek moet verlopen. Ik wil benadrukken dat wij in essentie niet meer doen dan een inkomensverschil dat heeft te maken met de vraag of iemand chronisch ziek is, terugbrengen van € 255 naar € 100 afgemeten als men gezond is, en van € 100 naar € 0 als men gemiddeld gezond is. Voor ons is dit essentieel, omdat we dit volgend jaar toch gaan doen. Waarom zou je er dan niet

al mee beginnen voor 2008, mede in de wetenschap dat met betrekking tot de € 47 – een klein deel van de inkomensachterstand die wordt ingelopen – de afbakening van de groep niet optimaal is, terwijl dit volgend jaar wel het geval zal zijn? Voor die afweging stond het kabinet, stond de Tweede Kamer en staat nu de Eerste Kamer.

Maar ik onderstreep het belang van deze vraag. Het is naar mijn overtuiging een systeem dat in zijn fundamenteel goed is en valt uit te bouwen, maar in zijn uitwerking suboptimaal uitpakt in het geval van de € 47. Als we dit niet doen vanwege de nog niet optimale afbakening, moeten we de inkomenseffecten, die ongerechtvaardigde verschillen van € 150 en € 100, maar op de koop toe nemen. U mag hierin een warm pleidooi voor de ondersteuning van dit wetsvoorstel lezen!

De heer Van den Berg haalde in zijn bijdrage een prachtig persbericht aan uit 2006 over de no-claimteruggave. Hij constateerde dat die toen werkte als verwacht. Degenen die het regeerakkoord hebben opgesteld, hebben het CPB gevraagd wat er nodig is aan eigen risico als je deze gebleken gedragseffecten wilt handhaven. Het bleek dat er geen € 255 aan eigen risico nodig was, maar € 150; dat komt doordat de prikkel dat men zelf iets moet betalen, effectiever is dan een situatie waarin men op termijn iets terugkrijgt. Vandaar dat die € 255 is omgezet naar € 150 eigen risico. De gedragseffecten zullen dus niet veranderen. Een en ander mag u opnieuw zien als een illustratie van het effect dat wij beogen: het inkomenseffect dat in onze ogen onrechtvaardig is, moet worden omgezet in rechtvaardige verhoudingen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. De minister refereert aan het CPB-onderzoek naar de 200 mln. die het moet opleveren. Nu het amendement-Van der Vlies is aangenomen, is de remweg weliswaar langer geworden, maar de remkracht kleiner: immers, bij één enkel bedrag is de remkracht groot. Denkt de minister dat het CPB in deze situatie van minder remkracht en daardoor een langere remweg met dezelfde resultaten zou komen? Ik vraag me dit des te meer af omdat ik heb gelezen dat van de veronderstelde 200 mln. van de no-claim feitelijk slechts 127 mln. is binnengekomen.

Minister **Klink**: Het CPB heeft ons erop gewezen dat de 200 mln. vanwege het gedragseffect is geëffectueerd. U heeft gelijk dat wij uitgingen van de remkracht van een bedrag dat in één keer moest worden betaald, namelijk € 150. Met de spreiding, dus de langere remweg, vanwege de percentages of de aan zorgvormen gekoppelde vaste kosten, beogen wij dat de gedragseffecten anders worden. Het kan overigens ook in positieve zin doorwerken, want men wordt langere tijd herinnerd aan de zorgkosten. Hoe het uiteindelijk zal uitvallen, lijkt mij een van de punten voor de evaluatie die ik heb toegezegd.

Aan het adres van de heer Van den Berg zeg ik dus dat de lagere bijbetaling, nu in de vorm van een eigen risico, dezelfde effecten heeft als de positieve prikkel van het vooruitbetalen van de no-claim en vervolgens de mogelijkheid om € 255 terug te krijgen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Geloof de minister dat gewoon, of berust het op empirische feiten en is het te onderbouwen?

Klink

Minister **Klink**: We hebben dit niet voor niets aan het Centraal Planbureau gevraagd. In het kader van het regeerakkoord heeft het bureau dit voor ons berekend. De vraag was: met welke omvang van het eigen risico worden dezelfde gedragseffecten bereikt, gegeven de gedragseffecten en het feit dat die 200 mln. anders naar het BKZ zou gaan en dus de premies omhoog zouden moeten?

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Het CPB heeft deze zaken berekend, onder bepaalde aannames. Andere deskundigen ontkennen echter dat dit effect zal optreden; dat blijkt uit tal van studies. Je kunt je dus afvragen waarom we de conclusies van het CPB als uitgangspunt moeten nemen, en die van andere deskundigen niet. Ik heb ook in mijn bijdrage gezegd dat je de huisartsen niet moet passeren, wil je echt een remeffect hebben. Ik begrijp nog steeds niet waarom dat niet is gebeurd, wil je straks kunnen zeggen dat het een succes zal worden. Ik heb daar grote twijfels bij.

Minister **Klink**: Voor een deel zullen het aannames zijn van het Centraal en Cultureel Planbureau, maar dat wil niet zeggen dat ze uit de lucht gegrepen zijn. Ik weet ook niet in hoeverre het met een schaar te knippen valt, zodat het precies 200 mln. is. Die aannames zijn echter niet uit de lucht komen vallen. U noemt de huisarts, maar dat is opnieuw een illustratie van het feit dat deze wetsverandering in feite een beperkte scope heeft. Het oogmerk is namelijk het omzetten van no-claim en het daarmee gemoeide totale stelsel van eigen bijdrage met de door mij genoemde inkomensverschillen naar een eigen risico waarbij die inkomensverschillen aanmerkelijk beter zijn. Natuurlijk kunnen wij discussiëren over de huisartsen, de remweg en of het met procenten moet dan wel via een korte klap van € 150. Dat is allemaal relevant, maar in essentie ging het niet daarover bij dit wetsvoorstel. Het gaat om de koopkrachtreparatie voor de mensen die onvermijdelijke zorgkosten hebben gedurende een reeks van jaren.

De heer **Schouw** (D66): Het volume van 200 mln. in die no-claim was een zekerheid. Nu is het een verwachting. U verankert nu wel het principe van het eigen risico. Zelf zegt u dat dit toch een belangrijke structuurwijziging is en dat is ook de draaischijf waarlangs je eventuele tekorten of het niet halen van dat volume kan regelen. Dat gaan wij natuurlijk doen en dat weet u ook, maar dat zegt u alleen niet met zo veel woorden. Daar heb ik wel een vraag over. Kunt u garanderen dat het eigen risico in elk geval de komende twee jaar op € 150 blijft?

Minister **Klink**: Op dit moment hebben wij het eigen risico gekoppeld aan de stijging van de zorgkosten. In die zin is het bedrag niet geïndexeerd op de algemene prijsontwikkeling, maar op de kostenontwikkeling in het kader van de zorg. Het deel dat te maken heeft met het eigen risico in termen van de totale zorgkosten, blijft daardoor gelijk. Daardoor zal het sowieso veranderen in de komende jaren, maar dat is van meet af aan de bedoeling geweest van het kabinet. De vervolgvraag is in hoeverre wij deze systematiek gaan veranderen en in hoeverre dat eigen risico van € 150, geïndexeerd zoals ik zo-even aangaf, eventueel opgehoogd kan worden. Daarbij is de evaluatie die mevrouw Slagter heeft gevraagd, van belang. Mocht blijken dat de bedoelde

gedragseffecten optreden en sterk zijn, dan zullen er nadere afwegingen gemaakt moeten worden om te kijken in hoeverre zorgkosten langs deze weg in hand gehouden kunnen worden. Dit gegeven het feit dat wij de mensen die er niets aan kunnen doen, namelijk de mensen met meerjarige zorgkosten, gevrijwaard hebben van deze kosten en in elk geval zullen compenseren. Dan gaan natuurlijk ook alle andere zaken spelen. De fracties van PvdA en VVD hebben gevraagd naar het forfait. Verder noem ik de IZA-achtige constructies waarbij je de inkomensafhankelijkheid van de eigen bijdrage in beeld neemt. Voor die totaalafweging zie ik ons de komende kabinetsperiode nog wel een keer staan.

De heer **Schouw** (D66): Ik neem een puur speculatief geval. Stel dat het volume van 200 mln. niet wordt gehaald, omdat de zorgkosten tegenvallen. Is het dan denkbaar dat u medio 2008 met voorstellen komt om het eigen risico te verhogen of de huisarts erin te stoppen?

Minister **Klink**: Ik zie dat eerlijk gezegd niet gebeuren op basis van de gedragseffecten die wij nu ramen, alhoewel deze wel meegenomen zouden kunnen worden in de evaluatie. Wij zullen dat zeker meenemen in de evaluatie, want dat is ook gebeurd bij de no-claim. Wij hebben nu een tweede evaluatie gehad en daaruit blijkt wel degelijk dat het gedragseffecten heeft, namelijk ten aanzien van medicijnen en hulpmiddelen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Belangrijker dan alles doorschuiven naar een evaluatie, is bezinnen voor je begint. Wij hebben twee jaar gesproken over de no-claim. Zelfs de Belastingdienst zelf heeft gewaarschuwd voor de chaos bij de verwerking van de zorgtoeslag bij de Belastingdienst afdeling Toeslagen, omdat het stapelde op de polisadministratie en de operatie-Walvis. De Belastingdienst heeft gezegd dat het ongelooflijk lastig zou kunnen worden uitgevoerd. Wij kunnen evaluerend vaststellen dat dit klopte. Als dit de chambre de réflexion is, waar goed wordt nagedacht vóór wij iets invoeren over de vraag of iets ook werkt naar de maatstaven waarnaar het moet gaan werken, dan is het toch in deze Kamer de bedoeling dat wij de degens kruisen met de minister? De minister moet hier kunnen zeggen, nadat hij vooraf onderzoek heeft gedaan, dat hetgeen hij invoert, werkt en beantwoordt aan de doelstellingen die hij van tevoren heeft geformuleerd. Nu zegt de minister eigenlijk: 75 leden, spring met mij in het onzekere en het wellicht wat ondiepe, maar wij gaan evalueren en dan hebben wij het op een rijtje staan. Dat vind ik het nemen van nogal een gok met 16 miljoen burgers.

Minister **Klink**: Uw voorstelling van zaken klopt volstrekt niet. Wij veranderen het stelsel als zodanig op dit moment niet. Ik herhaal dat wij de vooruitbetaling die te maken heeft met de no-claim en die tot ongewenste inkomenseffecten leidde, omzetten in een eigen risico waarbij de inkomenseffecten vele malen beter zijn. Vervolgens creëren wij een wettelijke grondslag voor AMvB's om de remweg waarover is gesproken, te verbeteren. In essentie verandert er niets. Dat kunt u ook zien aan de huisarts die in feite buiten het eigen risico blijft en aan de gedragseffecten van 200 mln. die wij teruggerekend hebben naar die € 150. Zo zou ik meer voorbeelden kunnen geven. In essentie verandert er

Klink

niets, behalve die inkomenseffecten. Ik snap dat u er wellicht belang bij hebt om te doen of dat allemaal stapelt op iets dat een grote sprong in het duister is, maar dat is niet zo. Het stelsel als zodanig verandert niet. Wij verbeteren alleen de inkomenscompensatie voor chronisch zieken en gehandicapten.

De heer **Thissen** (GroenLinks): U voert iets fundamenteel anders in dan no-claim. No-claim betekent het volgende. Als ik mij bewust ben van mijn zorgvraag en ik probeer dat wat te verminderen, dan krijg ik op een goed moment een bepaald bedrag terug. Eigen risico betekent dat de eerste € 150 – of welk bedrag wij ook zouden kiezen – voor jou zijn. Je gaat eerst betalen. Dat is het essentiële verschil. Daar komt bij dat 95% van de zorgverzekerden in dit land niet voor een eigen risico heeft gekozen toen mensen de keuze hadden om vrijwillig een eigen risico te nemen om hun zorgpremie te mitigeren. In dit land hebben wij dus heel verstandige burgers die risicomijdend gedrag vertonen. Zij wilden geen vrijwillig eigen risico waarmee de zorgverzekeraars reclame maakten en waardoor zij minder zorgpremie hoefden te betalen. 95% van de bevolking wilde dat niet. Nu zegt u dat wij dat wel gaan opleggen. Mensen krijgen allemaal verplicht een eigen risico van € 150. Ik snap niet dat u niet snapt waar ik mij over opwind. Daar snap ik helemaal niets van!

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb de behoefte om op de heer Thissen te reageren. Die grote groep mensen gaat ook in premie omlaag en dat vinden zij ook erg belangrijk. Ik krijg ook niet vanuit de hoek van de heer Thissen te horen dat de verschillen tussen ziek en gezond evenals tussen hoge en lage inkomens afnemen. Het is misschien niet zo veel als wij samen graag zouden willen, maar het is wel een feit. Laat de heer Thissen eens uitleggen aan die 95% van de verzekerden dat hij dat punt vanavond niet wil steunen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat punt heb ik u al meegegeven. Ik ben voor afschaffing van de no-claim. Ik was namelijk ook al niet voor invoering van de no-claim. Die credits hebt u al in mijn eerste termijn gekregen. Die rode veer hebt u op uw hoed, want dat hebt u binnengehaald door deelname aan dit kabinet. Bravo! Ik wil het nog wel een paar keer herhalen.

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben niet op zoek naar rode veren, maar het gaat mij erom dat u hier de suggestie wekt dat het alleen maar om die € 150 zou gaan die mensen moeten gaan betalen, terwijl daar ook premiedaling tegenover staat. Ik heb ook mijn kritiek geuit en ik heb ook gezegd dat ik het liever hier en daar wat anders zou hebben, maar u moet wel erkennen dat die premie eerst omlaag gaat.

De heer **Thissen** (GroenLinks): De premie gaat volgend jaar niet omhoog. Dat is iets anders dan dat de premie daalt. Ik zal in tweede termijn een fantastisch redenering ten beste geven over hoeveel geld je bespaart als je allerlei zaken die volgend jaar eigenlijk omhoog zouden moeten gaan, niet omhoog laat gaan. Je kunt dan tegen alle burgers zeggen dat zij er € 2500 op vooruit gaan.

Minister **Klink**: Ik heb al gezegd dat de premiestijging niet voortvloeit uit deze maatregel. Deze maatregel pakt

neutraal uit voor de premie. De premiestijging heeft te maken met de overschrijding in het afgelopen jaar, behoudens dat er bij de gezonde Nederlanders wegens deze verandering een premiestijging van circa € 50 plaatsvindt. Voor degenen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten is er sprake van een premiereductie van € 100. Daarin zit inkomenssolidariteit ten behoeve van degenen die chronisch ziek of gehandicapt zijn en meerjarige zorgkosten hebben. Wat betreft de rode veer wil ik onderstrepen dat dit inkomenseffect zich aftekent.

De keerzijde is, dat wij er inderdaad niet voor hebben gekozen om de no-claim af te schaffen. Hoewel er sprake is van vooruitbetalen, blijkt uit de evaluatie van de no-claim dat er gedragseffecten zijn, met name bij de medicijnen en de hulpmiddelen. Het inzichtelijk maken van kosten en mensen daarmee confronteren heeft uiteindelijk gedragseffecten. Ook die willen wij handhaven en behouden. Los van de inkomenseffecten, die wij op dit moment verbeteren, zijn wij ons ervan bewust dat men in een no-claimstelsel vooruitbetaalt en naderhand geld terugkrijgt, terwijl men nu moet gaan betalen. Laat ik daarvan dit zeggen. Wij zijn zowat het enige land in de westerse wereld dat zo weinig eigen betalingen kent in het zorgstelsel. Ik vind het geen overkill om een begin te maken met een systeem van eigen betalingen, waarmee de zorgkosten voor mensen inzichtelijk worden gemaakt. Om die reden vind ik het percentage belangrijk, evenals de langere remweg, want anders is men in één keer door het bedrag van € 150 heen. Nu blijft men zich langer bewust van de zorgkosten. Als wij het percentage koppelen aan de prijsliberalisatie die wij voorstaan, gaat het ook nog eens verschil uitmaken bij wie men zijn zorg afneemt.

Dat stelsel als geheel is redelijk evenwichtig, maar de essentie was vooral het terugbrengen van de onrechtvaardige inkomensverschillen. Natuurlijk zal hier en daar het debiteurenrisico van verzekeraars toenemen. Dat geef ik de heer Van den Berg graag toe. Als keerzijde daarvan zal het zo zijn dat bepaalde mensen niet zullen betalen. Ik zie ook dat gemeenten daarop voorsorteren, zoals Rotterdam en Amsterdam. Ik ga ervan uit dat het gemiddeld genomen in Nederland nog steeds zo is dat, als mensen een rekening gepresenteerd krijgen, zij die ook betalen, gegeven het feit dat de inkomensplaatjes voor de komende jaren bij dit kabinet – dat bedoel ik niet ter onderscheiding van andere – toereikend zullen zijn. Mensen kunnen het simpelweg betalen. Ik maak er bezwaar tegen dat wordt gezegd dat wij een rekening voor zorgkosten van € 150 bij mensen neerleggen. Daarmee zouden wij een grote gok nemen, omdat mensen weleens zouden kunnen afhaken omdat zij het niet kunnen of willen betalen. Waarom eigenlijk? Het is een reguliere rekening die wij presenteren voor de zorgkosten die wij met zijn allen hebben. De inkomenseffecten zijn gewaarborgd in het stelsel zelf en via de algemene koopkrachtmaatregelen en het algemene inkomensbeleid.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik ga weer terug naar de 95% van de burgers in dit land. Zij willen dit liever gewoon per maand betalen, door middel van een hogere premie. Dat is gebleken bij de invoering van de Zorgverzekeringswet. Mensen zijn niet gek. Zij hebben begrepen dat kabinetten hen achtereenvolgens hebben aangespoord om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen, niet te veel risico te nemen en zo zelfredzaam

Klink

mogelijk te zijn. Wij hebben met elkaar de balans opgemaakt. U zou de mensen moeten prijzen! U zou voor hen een standbeeld moeten oprichten. De mensen hebben geen vrijwillig eigen risico genomen en betalen dus liever per maand iets meer. Binnen twee jaar krijgen zij vervolgens van het kabinet – in dit geval een kabinet dat anders is dan de voorgaande kabinetten; dat moet u tegen uw minister-president zeggen – te horen dat zij eigenlijk verplicht zijn om een eigen risico te nemen. Dat gaat dwars in tegen het verstandige gevoelen en de verstandige praktijk van de burgers in het land. In plaats van hen te prijzen, prijst u ze op een andere manier, namelijk door hun een rekening te presenteren. Dat is het fundamentele bezwaar dat ik hiertegen heb.

Minister **Klink**: Ik doe dat niet om mij van u te onderscheiden, maar hier staat wel een minister die niet alleen moet bezien welke individuele afwegingen mensen voor zichzelf maken, maar ook moeten kijken naar het algemeen belang, naar de zorgkosten en naar de groei en het volume daarvan, ook in de toekomst. Als blijkt dat de zorgkosten met een eigen risico uiteindelijk beter in de hand te houden zijn, sta ik ervoor dat het eigen risico wordt geïmplementeerd en dat het inderdaad verplicht wordt opgelegd. Dat staat los van de individuele afweging die mensen zelf maken, maar heeft alles te maken met de collectieve verantwoordelijkheid die wij hebben. U kunt daar met goede motieven anders tegenaan kijken. U staat ook voor het algemeen belang. Maar hetzelfde algemeen belang, en de zorgkostenontwikkeling die ons allemaal raakt, motiveren ons om een vorm van eigen risico in stand te houden, zonder dat wij de no-claim afschaffen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Was het maar zo wat de heer Thissen zegt, namelijk dat 95% van de bevolking destijds bewust heeft nagedacht over de vraag of men wel of geen vrijwillig eigen risico wilde bij de eerste invoering van de zorgverzekering. Ik ben er zelf bij betrokken geweest en mijn stelling is dat het met name komt door de voorlichting door de zorgverzekeraars. Zij zeiden tegen mensen die ziekenfondsverzekerd waren dat men het beste uit was door een pakket te nemen. Het was toen volstrekt onduidelijk. Ik denk dat wij pas in de toekomst kunnen zeggen of mensen wel of niet vrijwillig een eigen risico nemen. Ik denk dat het feit dat 95% vrijwillig ervoor koos om geen eigen risico te nemen, vooral voortvloeit uit de grote mate van onzekerheid bij het overstappen op het nieuwe zorgverzekeringsstelsel.

Minister **Klink**: Ik teken daarbij aan dat, nu wij in het systeem een eigen risico vlechten, dit zich veel beter verhoudt tot het vrijwillige eigen risico. Ik sluit zeker niet uit dat meer mensen voor het eigen risico zullen kiezen, omdat verzekeraars dat veel beter kunnen integreren in hun polissen en in hun administratie.

Ik heb al gewezen op het debiteurenrisico dat de heer Van den Berg noemde. Op het einde van zijn betoog zei hij: wij staan voor de zwakke Nederlander. Hij had het over een schild voor de zwakken. Het leek erop dat hij dit bedoelde als confrontatie met het kabinetsvoorstel. Ik zou dit echter juist naar mij toe willen halen. Dit is nu juist een van de motieven waarom deze verandering in het leven is geroepen.

De heer **Van den Berg** (SGP): Dat is de exegese van de

minister. Ik heb juist willen zeggen: kabinet, het is uw verantwoordelijkheid om voor de zwakken op te komen. Uit mijn voorgaande betoog moge blijken dat wij ons daarover zorgen maken. Dit heeft geweldig ter discussie gestaan en daarbij is de vraag aan de orde geweest wat de mogelijkheden zijn om de hele groep te compenseren. Wij hebben daarover nu uitvoerig gesproken. U moet niet de toepassing losmaken van mijn preek.

Minister **Klink**: Dat is een vertrouwde term. Ik voeg mij graag naar de strekking van de preek.

De heer Van den Berg vroeg ook naar de relatie tussen de no-claim en het eigen risico. In het no-claimsysteem is de premie gedefinieerd. Vervolgens wordt de zorgtoeslag afgeleid van de gemiddelde no-claimteruggave van € 91. In het systeem van een verplicht eigen risico wordt de gemiddelde premie gehanteerd, plus de gemiddelde eigen betalingen. Het zijn dus twee formules, die uiteindelijk op hetzelfde bedrag uitkomen. In de zorgtoeslag, en daarmee in de solidariteit, verandert er vanwege deze systeemomzetting helemaal niets.

De opmerking van de heer Van den Berg over de extra zorg waarop mensen een beroep doen op grond van het feit dat zij toch het eigen risico van € 150 al hebben opgemaakt, was ook een preek, althans een bestraffend element van een preek. Voor zover dit mechanisme zich al voordoet, zal de langere remweg blokkerend werken. Hetzelfde geldt voor de no-claim. Als mensen toch al niet kunnen rekenen op een teruggave van € 255, staat hen niets in de weg om naar de arts te gaan. Qua afweging verandert er dus niet zo heel veel, zij het dat directe kosten sneller aankomen en prikkelender werken dan uitgaven die men naderhand kan declareren.

De heer Thissen stelde vragen over zorgtoeslag en debiteurenrisico's. Men zou betalen voor de € 150, wat eventueel risico's met zich brengt. Voor zover ik weet, is het plafond van € 500 voor het vrijwillige eigen risico niet veranderd. Hooguit veranderen de bedragen van € 255 en € 150.

De CDA-fractie stelde een vraag over medicijngebruik. De compensatie verloopt automatisch. Als men tot een FKG- of een DKG-groep behoort, zijn de gegevens bekend bij de verzekeraar en het CAK. Als men vermoedt in aanmerking te komen voor compensatie op basis van het gebruik van 180 dagdoseringen van medicijn x, kan de verzekerde dit navragen bij de zorgverzekeraar die hier ongetwijfeld op kan antwoorden.

In hoeverre kunnen de eigen bijdragen met elkaar cumuleren en in hoeverre doet dit afbreuk aan de transparantie? Eigen bijdragen zien wij onder andere in de AWBZ. Hierachter zit vaak een besparingsmotief. Schoeisel bijvoorbeeld moet toch gekocht worden. Als men hiervoor gecompenseerd wordt, is het onevenredig dat de reguliere kosten die hiermee gemoed zijn, niet in mindering worden gebracht. Dergelijke eigen bijdragen zullen betaald moeten blijven worden. Daarnaast kennen wij een eigen bijdrage in het kader van de Zorgverzekeringswet, de ggz en de kraamzorg en dergelijke. Hierbij geldt eveneens dat de cumulatie zich ook voordeed bij de no-claim. Ook op dit punt hebben wij met dit wetsvoorstel niet direct willen ingrijpen. Het ging ons om de kern van de zaak die ik al enige malen heb toegelicht. Als wij de eigen bijdragen hadden afgeschaft, had dit opbrengstverlies met zich meegebracht. Dit had

Klink

weer geleid tot premieverhoging en daarvan hebben wij afgezien.

De gedragseffecten van 200 mln. zijn gebaseerd op berekeningen van het CPB.

Bij het wetsvoorstel heeft niet meegespeeld dat de premies anders aanmerkelijk zouden stijgen. Toen wij aantraden was het regeerakkoord al gemaakt. Hierin stond dat de no-claim per 2008 zou worden afgeschaft en dat chronisch zieken en gehandicapten zouden worden gecompenseerd. Pas in februari wisten wij dat er een overschrijding was van 1 mld. Deze overschrijding is voor een deel doorberekend in de premies. Voor zover het al passend is om deze zaken te combineren, kan ik stellen dat zij geen rol hebben gespeeld in de afwegingen, omdat er chronologisch geen verband is.

Naar aanleiding van de motie-Wiegman-van Meppelen Scheppink hebben wij toegezegd dat de hulpmiddelen betrokken worden bij de afweging of de compensatieregeling niet moet worden toegesneden op degenen die er gebruik van maken. Het maakt deel uit van de nadere afbakening van de groep mensen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten. In het kader van de risicoverevening worden op dit moment Hulpmiddelen Kosten Groepen voorbereid, zodat wij straks niet alleen FKG's en DKG's, maar ook HKG's hebben. In het kader van de buitengewone uitgaven en ter compensatie van het eigen risico willen wij dit allemaal preciseren en verfijnen.

Er werd een opmerking gemaakt over het samenvallen van dbc's en de gevolgen van maatstafconcurrentie. De vraag was wat er gebeurt bij overschrijding, als dit wordt teruggenomen door de zorgaanbieders. Dit heeft geen effect op het eigen risico en de kosten die ermee gemoeid zijn. Individuele declaraties zullen niet worden verrekend en er vindt geen correctie of terugstorting plaats. Voor de zorgverzekeraars en de zorgvragers biedt dit zekerheid.

Er werd gevraagd of bij mensen met een buitenlands paspoort geen eigen bijdrage wordt geïnd. Toeristen die korte tijd in Nederland verblijven, zal om praktische redenen geen eigen bijdrage gevraagd worden. Buitenlanders die langer in Nederland verblijven, zullen worden geconfronteerd met de eigenbijdrage-systematiek.

Wat betreft de vraag over bij de AWBZ verblijvenden met of zonder thuiswonende partner, merk ik op dat wij een onderscheid hebben willen maken tussen kortdurend verblijf en langdurig verblijf. Dit heeft niet te maken met het gegeven of men een partner thuis heeft of niet. Bij langdurig verblijf word je gecompenseerd voor de zorgkosten die voortvloeien uit het eigen risico. Dat heeft er weer mee te maken dat wij op zoek zijn naar mensen met meerjarige onvermijdelijke zorgkosten. Dat is wat ons betreft het criterium.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Klopt het dat voor compensatie een verblijf van meer dan een half jaar, ongeacht of men thuis woont of niet, het criterium is?

Minister **Klink**: Dat klopt.

Op zichzelf vinden wij aftrek van premie voor herverzekering ongewenst. Wij zullen met de staatssecretaris van Financiën bezien hoe dit voorkomen kan worden. Dit vraagstuk zal terugkomen bij het Belastingplan.

De heer **Klein Breteler** (CDA): U hebt één vraag overgeslagen die ik wel essentieel vind. Ik heb gezegd dat de CDA-fractie meent dat boter bij de vis misschien wel de beste remwerking heeft. Het is al een aanmerkelijke verbetering dat de periode dat een rekening voor het eigen risico kan worden ingediend, is bekort van vijf jaar naar een jaar. Ik denk niet dat dit anders kan voor 2008. De vraag was of u bereid bent om vanaf 1 januari 2009 de uiterste termijn waarbinnen het eigen risico nog in rekening kan worden gebracht terug te brengen van een jaar naar zes maanden na afloop van het kalenderjaar.

Minister **Klink**: Ik zeg toe dat ik daar nog een keer naar zal kijken. Het principe van boter bij de vis is natuurlijk wel belangrijk. Naarmate de afstand tussen het maken van de kosten en het in rekening brengen hiervan bij de zorggebruiker groter is, zal het bewustwordingseffect dat wij willen bereiken minder ingrijpend zijn. Wij hebben nu al een slag gemaakt door het amendement dat in de Tweede Kamer is ingediend te steunen. Wat mij betreft kan de periode al snel worden teruggebracht van een jaar naar een half jaar. Ik vind dat van belang. Wij zullen dit zeker meenemen. Het moet echter administratief wel mogelijk zijn.

De zorgverzekeraars hebben hier overigens wel belang bij. Het debiteurenrisico dat u schetste, ligt natuurlijk bij de verzekeraars in eerste aanleg. Naarmate zij langer wachten met het in rekening brengen van de kosten nadat de dbc is gesloten, lopen zij een groter risico dat mensen daarvan weglopen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): U bent niet ingegaan op het bijeffect dat ik schetste. Een debiteurenrisico bij het eigen risico – ik leg toch even een relatie met het wetsontwerp over het incassoregime dat wij nog moeten bespreken – wordt in wezen na een half jaar toch overgenomen door het zorgvereveningsfonds, mits de verzekeraar voldoende incassoactiviteiten heeft ontpleoid. Het zou dus heel goed zijn als de verzekeraars op het hart wordt gedrukt dat zij het eigen risico binnen een half jaar na afloop van het kalenderjaar moeten binnenhalen. Anders zou er immers een verkeerde incentive zijn om het risico door te schuiven naar het zorgvereveningsfonds, al zullen weinig verzekeraars dat doen. In het zorgvereveningsfonds gaat nu al 65 mln. om en die worden omgeslagen over alle inwoners van dit land.

Minister **Klink**: Waarbij wel onderscheid moet worden gemaakt tussen aan de ene kant wanbetalingen in termen van premie en aan de andere kant wanbetalingen in termen van eigen risico. Voor het eerste geldt wat u zegt, namelijk dat het Zorgvereveningsfonds na een halfjaar zal bijspringen. Ik plaats daarbij echter wel de kanttekening dat wij volgend jaar wel naar een bronheffing overgaan. Dat betekent de facto dat wanbetalers wel degelijk hun premie zullen gaan betalen, maar dan via de belastingen, met daarbovenop een bepaalde boete.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb hierover ook de vraag gesteld omdat ik de relatie nog niet helemaal duidelijk vind of een wanbetaler met een eigen risico wel of niet zou kunnen overstappen. Daarop bent u nog niet ingegaan. Wij spraken daarnet over de eigen bijdrage. In

Klink

ieder staat wel in de AMvB onder punt i in de toelichting dat er ook iets is met een eventuele partner.

Minister **Klink**: Ik zal hier zo dadelijk op terugkomen. Wat de bronheffing betreft is het antwoord op uw vraag dat men de facto niet kan overstappen. Terwijl een wanbetaler die niet aan zijn verplichtingen voldoet nu elk jaar van verzekeraar kan wisselen, moet hij bij zijn verzekeraar blijven. Anders zou er een carrousel ontstaan van wanbetalingen. Dat gaan wij vermijden. Wij komen hierover nog uitvoerig te spreken bij de behandeling van het wetsvoorstel dat volgend jaar aan de orde komt. Op dit moment geldt ook al dat men als wanbetaler niet kan wisselen van verzekeraar. Dat zal zo blijven. Daaraan wordt toegevoegd de inning aan de bron, maar ook dat zullen wij nog met elkaar bespreken. Wij zullen alleszins proberen een carrousel te vermijden.

Wat de kennelijk cryptisch opgevatte beantwoording van vragen over het amendement-Van der Vlies betreft, heb ik er al even op geduid wat wij daar beogen te zeggen. In de regel zal een bepaald percentage van de zorgkosten in het eigen risico vloeien om een langere remweg te krijgen. Soms zijn de zorgkosten dusdanig hoog dat je direct aan het bedrag van € 150 zit, ook al neemt je daarvan 5% of 10%. Daar nemen wij een vast bedrag teneinde ook daar die langere remweg te kunnen verzekeren. Wij moeten dit nog uitwerken in de AMvB die de Kamer zal ontvangen.

De heer **Klein Breteler** (CDA): De kwestie van een vast bedrag begrijp ik nu. Kan de minister – in de veronderstelling dat deze Kamer wellicht akkoord gaat met dit wetsvoorstel – zeggen wanneer de percentages ongeveer bekend zullen worden? Het is al snel 1 januari. De nacht van 31 december op 1 januari is al een beruchte nacht voor allerlei ongelukken. Er moeten toch al percentages bekend zijn. Weet de minister daar al iets meer over? Verzekeraars zullen deze informatie in de komende weken toch ook moeten doorgeven aan hun verzekerden, die hierover ook transparantie en helderheid moeten krijgen.

Minister **Klink**: Misschien kan ik een misverstand uit de wereld helpen. De percentages en de zorgvormen waarvoor eventueel vaste kosten zullen worden bepaald zullen pas ingaan in 2009. Dit is dus niet iets wat in 2008 al gaat spelen. Dat geeft ons ruimschoots de tijd om hierover met u van gedachten te wisselen. Wij hopen voor de zomer een AMvB in deze Kamer voor te hangen.

De heer Schouw heeft gevraagd of de 180 dagdoseringen niet bijna uitlokking zijn om aanmerkelijk meer medicijnen te gaan gebruiken. De FKG's zijn ontworpen om chronisch medicijngebruik te voorspellen. Mensen die in een FKG zitten kunnen niet zelf bepalen hoe veel medicijnen zij nodig hebben. Als verzekerden in een FKG zijn ingedeeld, hebben zij per definitie 180 dagdoseringen in een jaar nodig. Eigenlijk veronderstelt men dan al dat mensen vanwege het feit dat hieraan een bepaalde compensatie vastzit en dat zij 180 dagdoseringen zullen gaan gebruiken mitsdien tot een FKG behoren. Dat kan iemand niet zelf bepalen, maar dat bepaalt diens arts. Mensen die 100 dagdoseringen nodig hebben, vallen overigens niet onder FKG's.

Bij het eigen risico is het wat mij betreft van belang dat de laagdrempeligheid van de eerstelijnszorg intact blijft. Dat is een beleidsmatige afweging. Daarnaast geldt

– dit is meer een afweging die met dit wetscomplex te maken heeft – dat wij allerlei discussies rondom het eigen risico en de no-claim met rust hebben willen laten. Wij hebben met name willen mikken op de inkomens-effecten die ik zo-even heb genoemd en op compensatie bij de no-claim in de richting van het eigen risico. Daarbij betaalt men de facto een deel van de zorgkosten.

De heer **Schouw** (D66): Zegt u nu met zo veel woorden dat u in de tijd dat u minister bent voor dit beleidsveld niet zult komen met de huisarts in relatie tot het eigen risico?

Minister **Klink**: Ik gaf al de beperkte scope van deze wetswijziging aan, die te maken heeft met de inkomens-effecten en met de verankering van een wettelijke grondslag voor een aantal structurele slagen die wij willen maken in de richting van een langere remweg. Ik hecht heel sterk aan de laagdrempeligheid en de toegankelijkheid van de huisarts. Wanneer wij verdergaan met het eigen risico zal dit zonder meer een van de afwegingen zijn die additioneel meespelen. Dan gaat het om de vraag voor welke zorgvormen wij de facto een eigen risico willen hanteren. De huisarts speelt daar een rol, maar ook preventie. Volgend jaar komen wij voor de afweging te staan in hoeverre bijvoorbeeld bewegen op recept of afkicken van roken in het basispakket komt. Ook dan zullen wij de afweging moeten maken of wij hieraan nu een eigen risico moeten koppelen of niet. Met dat gedrag wil men een leefstijl bevorderen. Wanneer je een drempel neerlegt in de zorgkosten om van die mogelijkheden gebruik te maken, gaan die twee tegen elkaar in werken.

De heer **Schouw** (D66): U zegt eigenlijk met zo veel woorden dat het niet ondenkbaar is dat dit een van de variabelen is om nog eens naar te kijken wanneer dit principiële systeem van het eigen risico er ligt, opdat de remwerking en de remweg verder kunnen worden versterkt als dat nodig is.

Minister **Klink**: Ik ben meestal geneigd om naar veel elementen te kijken. Ook dit zal ik zonder meer meenemen als het eigen risico in de breedte gaat spelen. Ik teken daarbij wel aan dat ik op dit moment geen enkele motivatie voel om de huisarts onder het systeem van het eigen risico te brengen. Integendeel, ik vind de laagdrempeligheid van de eerstelijnszorg buitengewoon belangrijk.

De heer Schouw heeft verder gevraagd of mensen het nog kunnen overzien als volgend jaar weer veranderingen plaatsvinden. Ik heb geprobeerd omstandig aan te geven dat naar mijn stellige overtuiging volgende jaren geen veranderingen van het stelsel zullen plaatsvinden. Wij leggen nu een structuur neer die vervolgens vervolmaakt kan worden en die nadere verfijning en precisering met zich mee kan brengen, alhoewel daaraan telkens nadere afwegingen ten grondslag zullen liggen. Ik meen dat de transparantie van het stelsel dat wij nu kiezen in beginsel groot is en dat het een uitbouw-mogelijkheid met zich brengt.

De vergadering wordt van 19.40 uur tot 20.45 uur geschorst.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. Ik begin met een punt van orde. De VVD-fractie ontvangt vanavond al haar oud-senatorencollega's aan de overkant. Vandaar dat nu verder niemand van mijn fractie aanwezig is. Men stelt het op prijs als ik de reden daarvan vermeld. Het zou heel ongestuurd zijn om de oud-senatoren niet in grote getale te verwelkomen. Daarom moet ik het verder in mijn eentje doen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Maar wij zijn heel erg blij dat mevrouw Dupuis in ons midden is.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Heel erg vriendelijk van u. Dank u wel.

De minister heeft volstrekt consistent en helder geantwoord op onze inbreng. De minister ziet dit wetsvoorstel – ik citeer hem zo ongeveer – in de kern als een bijdrage van het kabinet aan een meer evenwichtige inkomenspolitiek. Hij wil met dit wetsvoorstel de onredelijke effecten van de ziektekostenverzekeringen terugbrengen en de als onrechtvaardig ervaren inkomensverschillen repareren. Dat betekent dat het kabinet de solidariteit die op dit moment door de oude regeling is ontstaan niet voldoende vindt. Het kabinet wil meer solidariteit. De vraag doet zich voor wat er tegen meer solidariteit kan zijn, omdat dit op zichzelf een heel mooie deugd is en een hoge waarde. Niettemin wil ik namens mijn fractie nog een aantal kanttekeningen plaatsen.

Uit gegevens van de Gehandicaptenraad weten wij dat 10% van de Nederlandse bevolking of chronisch ziek of gehandicapt is, volgens de in de wet gestelde normen. Deze groep komt aan 30% van de ziektekosten, los van de AWBZ, waar een groot deel van deze groep ook nog vergoedingen uit krijgt, en los van de 6 mld. aan zorgtoeslag. De vraag is of dit zo slecht is. Wij vinden dit een fantastische mate van solidariteit. Het betekent dat de gezonde mensen in hoge mate bijdragen aan de lasten van de permanent zieken of gehandicapten. Is het dan een keer genoeg? De VVD is van mening dat het bedrijven van inkomenspolitiek via de ziektekostenverzekeringen sowieso niet goed is, maar ook in meer brede zin bekritisieren wij de inkomenspolitiek van dit kabinet zwaar. Heel veel zaken zijn inmiddels inkomensafhankelijk. De positie van de zwakkere wordt op die manier zwaar gesteund. Dat is op zichzelf een goede zaak, maar het gaat wel erg ver. Ik denk niet alleen aan de zaken binnen het domein van de ziektekostenverzekeringen, maar ook aan zaken als huur, het kindgebonden budget en de aftrek van de pensioenpremie. Die zaken betreffen allemaal inkomensafhankelijke politiek. Het is een economisch gegeven – feiten tellen in een debat als dit – dat dit bij mensen de prikkel vermindert om meer te willen verdienen en zich op te maken voor een opmars in de samenleving. Het is verder evident dat de armoedeval door deze inkomensafhankelijke regelingen en subsidie-regelingen veel te groot wordt.

Niet iedereen in Nederland is echter of heel erg arm of heel erg rijk. Dat was een beetje de suggestie in het debat in eerste termijn, namelijk dat er heel veel zielige arme en zieke mensen zijn en heel veel mensen die ontzettend veel geld hebben. Van de laatste groep zou dus nog veel kunnen worden gevraagd, maar zo is het niet. In Nederland bestaat het grootste deel van de

bevolking uit mensen die tot de middengroepen behoren, mensen die zo rond de € 30.000 tot € 35.000 verdienen. Dan kun je echt niet van grote welstand spreken. Toch wordt deze groep door alle maatregelen die dit kabinet neemt, het zwaarst getroffen. Wij vragen daar aandacht voor, want dit is niet vanzelfsprekend. In de media wordt de indruk gewekt dat er mensen zijn met gigantische inkomens en dat dit normaal is, maar dat is het niet. De VVD vindt dat ook geen normale zaak, maar laten wij vooral beseffen dat de meerderheid van de Nederlanders niet bestaat uit zeer goed verdienende mensen, maar uit mensen die vaak net de inkomensgrens overschrijden, waardoor zij meteen allerlei toeslagen en inkomensverbeteringen mislopen. Is dat wat wij willen?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Dit soort betogen doet mij altijd een beetje met de mond vol tanden staan.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is prachtig voor mij.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Maar het zijn valse tanden, dus ze klapperen een beetje.

Tegenover de subsidie van arme groepen staat natuurlijk ook de subsidiëring van heel veel rijke mensen met dure huizen en hoge hypotheeklen. Dat zou mevrouw Dupuis er ook bij moeten betrekken.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw Slagter heeft gelijk als zij wijst op de kwestie van de hypotheekrenteaftrek. Er zijn inderdaad zaken die de andere kant opgaan, maar dat debat moeten wij maar niet openen.

Ik blijf aandacht vragen voor de middengroepen die er bij deze inkomensgerichte politieke standpunten altijd het meest bekaaid afkomen. Ik kan mij niet voorstellen dat deze Kamer niet met die groepen begaan is. Het is namelijk een groot deel van de bevolking. Het gaat niet alleen om kiezers, maar om mensen die, omdat ze net iets te veel verdienen, vaak aan het kortste eind trekken. De VVD-fractie vindt dat onverteerbaar.

Alles gaat vandaag kennelijk over de solidariteit en de grenzen daarvan, maar ik heb namens mijn fractie duidelijk gemaakt dat wij vinden dat die grenzen te weinig beargumenteerd te ver worden opgerekt. Collega-Kamerleden zullen dit wel een asociaal standpunt van de VVD vinden, maar het tegendeel is het geval. Als je werkelijk oog hebt voor de noodzaak om reële remmen op het gebruik van de gezondheidszorg aan te brengen, ben je heel sociaal bezig. Dat betekent dat je streeft naar een duurzaam solidair systeem van gezondheidszorg, maar volgens ons wordt dat systeem door de voortdurende poging om de lasten van de lager betaalden op te vangen, op losse schroeven gezet. Op termijn is onze visie echt sociaal. Veel partijen in de Kamer zeggen te gaan voor de zieken en de gehandicapten. De VVD wil gaan voor alle burgers.

□

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Wij danken de minister voor de antwoorden die hij in eerste termijn heeft gegeven. Ik zal kort ingaan op een aantal voor ons nog belangrijke punten.

Eerst iets over het herstel van de solidariteit qua inkomen tussen zieken en gezonden dat met deze

Putters

regeling ook wordt beoogd. Ik begin met de kwestie van het inkomen. De minister heeft helder uiteengezet hoe het staat met het verschil tussen de € 255 no-claim en die € 150 eigen risico. Daardoor wordt het verschil qua inkomen tussen zieken en gezonden verkleind. De minister heeft ook helder uiteengezet dat de zorgtoeslag zowel de premie als de eigen betalingen betreft. Dat stelt ons gerust. Dat vinden wij belangrijk.

Over het bedrag van € 47 hebben wij in eerste termijn een beetje gesteggeld. Ik heb sommigen horen zeggen dat het een theoretische zaak is en dat het beter is om van principes uit te gaan. Tegelijkertijd zijn het wel 47 harde euro's. Mijn fractie kan niet om dat in onze ogen positieve effect op de inkomensverschillen heen. De minister heeft daarbij aangegeven dat hij in de geest van het IZA-model de inkomensafhankelijkheid van eigen betalingen als optie voor het volgend jaar wil meenemen. Dat vinden wij een positief signaal, al timmert de minister dat nogal dicht met zijn begrip van de verfijning. Wij willen dat het punt van de inkomensverschillen principieel aan de orde komt bij de afwegingen voor het systeem in 2009. Om dat te onderstrepen zal ik zo meteen een motie indienen, waarin ook een aantal andere punten is opgenomen.

Op het punt van de risicosolidariteit heeft de minister aangegeven dat hij ook wil kijken naar een eventueel hogere drempel voor chronisch zieken en gehandicapten voor het eigen risico. Wij kunnen de consequenties daarvan op dit moment niet helemaal overzien, maar wij vinden het signaal van de minister belangrijk. Wanneer kunnen wij de overwegingen van het kabinet verwachten?

Wij hebben een flinke discussie gehad over de categorieën in de compensatieregeling. Wij waarderen het dat de minister zich inzet voor een regeling voor degenen die voor compensatie in aanmerking zouden moeten komen. Die intentie vinden wij heel belangrijk. Hij heeft allerlei complicaties en beperkingen aangegeven waardoor dit bij de invoering van de DKG's in 2008 nog niet zou kunnen. Hij heeft wel aangegeven dat hij die groepen wil uitbreiden in het systeem van 2009. Dat is winst. Toch menen wij dat er voor 2008 nog wel iets moet worden gedaan. De minister komt met de rechtsongelijkheid. Op dat punt zouden wij nog wel een uiteenzetting willen. Je kunt uitgaan van formele rechtsongelijkheid, maar dat is een sterk juridisch argument. Waar is de minister nu eigenlijk bang voor? Vreest hij claims omdat het systeem discriminerend zou werken? Daarover kan nog wel een discussie worden gevoerd. Als je DKG's gebruikt, komt een grote groep wel voor compensatie in aanmerking. Wij hebben gesproken over de ziekenfondsverzekering. Wellicht kan voor die groep de afbakening heel strak worden gemaakt. Voor een andere groep zou je enige souplesse moeten betrachten, zoals ik bij interruptie heb voorgesteld. Dat is de groep waarvan niet over twee jaar alle gegevens bekend zijn. Het gevolg zou kunnen zijn dat de ene groep wat krijgt door enige souplesse, terwijl voor de andere groep, waar alles strak geregeld is, die souplesse niet betracht zou worden. Voor de rechter kan dan de vraag worden gesteld of dit onderscheid te rechtvaardigen is. Het antwoord kan voor onze fractie heel goed "ja" zijn. Je kunt heel goed beargumenteren dat de maatregel een noodverband is, dat eenmalig wordt aangewend. Incidenteel neem je op de koop toe dat de uitkomst niet altijd helemaal gelijk is. Je kunt

echter in het vooruitzicht stellen dat je dit na 2009 goed regelt. Zo'n argumentatie zou ook nog wel eens houdbaar kunnen zijn. Wil de minister een beetje dapper zijn en niet al te bang zijn voor het juridische argument van een mogelijke ongelijkheid? Wil hij goed kijken of enige souplesse, bijvoorbeeld het op aanvraag werken voor de particulier verzekerden of door in de sfeer van de terugwerkende kracht een alternatief te zoeken, nog iets voor die groep kan opleveren? Met de wil die de minister in zijn eerste termijn heeft getoond, moet dat volgens ons lukken. Ook dat hebben wij in de motie ondergebracht.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik popel om enige toelichting te krijgen. Misschien staat die ook wel in de motie, maar ik heb de tekst nog niet gezien. Ik ben heel benieuwd of de inkomensafhankelijkheid een harde voorwaarde van de fractie van de PvdA is om in te stemmen. Eigenlijk geldt dat ook voor het tweede punt.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Ik stond op het punt om de motie aan u te overhandigen.

Motie

De **voorzitter**: Door de leden Putters, Klein Breteler, Meurs, Van den Berg, Meindersma en Van Driel wordt de volgende motie voorgesteld:

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat herstel van solidariteit tussen zieke en gezonde Nederlanders een belangrijk uitgangspunt in het regeringsbeleid is;

indachtig dat daarbij het verschil in draagkracht tussen hoge en lage inkomens ook van belang is;

indachtig de verfijning van het systeem van eigen risico en eigen bijdragen die de regering reeds heeft aangekondigd per 1 januari 2009;

overwegende dat de regering bij de verandering in dit systeem de inkomensafhankelijkheid van eigen bijdragen/eigen risico betreft zoals deze ook in de geest van het IZA-model werden gehanteerd;

overwegende dat de regering daarbij tevens overweegt of het eigen risico voor mensen met structureel hoge en onvermijdbare zorgkosten vanaf een hoger bedrag kan beginnen in plaats van aan de voet;

verzoekt de regering, in 2008 uit te gaan van een compensatieregeling die niet alleen gekoppeld is aan FKG's en langdurig AWBZ-verblijf, maar welke ook die groepen betreft die wel structureel onvermijdbare hoge zorgkosten hebben maar niet in eerdergenoemde categorieën vallen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt F (31094).

Putters

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. De zorgverzekeraars krijgen de mogelijkheid om te sturen met het eigen risico. De minister heeft, ook in antwoord op onze vragen, heel duidelijk gezegd dat dan de kwaliteit van de zorg waarmee die verzekeraars sturen inzichtelijk moet zijn. Hij is geneigd om dat te koppelen aan het doorgaan van het systeem in 2009. Wij vinden dat een duidelijke toezegging, die wij zo interpreteren dat wanneer verzekeraars de kwaliteit van de zorg waarmee zij via het eigen risico willen sturen niet inzichtelijk kunnen maken, dat per januari 2009 niet mogelijk is. Wil de minister dat bevestigen? Wanneer kunnen wij van hem de criteria daarvoor ontvangen?

Per saldo is voor mijn fractie bij de afweging van wat vanavond voorligt ongelofelijk belangrijk dat de inkomensverschillen groter blijven als wij niet met het voorstel instemmen en dat de verschillen tussen ziek en gezond ook groter blijven. Dat kan worden afgedaan als theoretisch of principieel onjuist, maar wij vinden heel belangrijk dat de solidariteit met de regeling die nu voorligt voor een stukje kan worden hersteld. Aangezien wij voor het systeem dat in 2009 moet worden ingevoerd een aantal opties zien om zowel de risicosolidariteit als de inkomenssolidariteit te verbeteren en te verfijnen, zoals wij in de motie hebben verwoord, kunnen wij instemmen met het voorstel als de minister instemt met de motie en aangeeft die te zullen uitvoeren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mevrouw de voorzitter. Ik vind dat de minister nog onvoldoende geantwoord heeft over de overhaaste invoering en de druk die op deze Kamer is gelegd om ermee in te stemmen. Ik heb gesproken over de marginalisering van de rol van deze Kamer en heb dit geadstrueerd aan de AMvB die niet terecht al voorgehangen is terwijl er nog geen wet was. Ik wil graag dat de minister daar nog een antwoord op geeft.

De minister heeft een toezegging gedaan over het evaluatiekader. Daar was ik blij mee. Hij sprak over binnenkort. Ik vertaal dat met "voor het eind van het jaar". In mijn bijdrage heb ik een aantal punten genoemd waarop geëvalueerd moet worden. Het zou fijn zijn als de minister dit straks expliciet benoemt.

Over de uitvoering heeft de minister gezegd dat hij met ons de mening deelt dat de groep chronisch zieken en gehandicapten beter afgebakend moet worden. Daarom is het belangrijk om samen met de andere ministeries die ook iets doen met deze groep, tot een gezamenlijke afbakening te komen. Er moet niet over verschillende groepen gesproken worden. Ik heb de minister in elk geval horen beamen dat er een verband is tussen de sociaaleconomische status en gezondheid. Ik heb ook gehoord dat hij mensen uit de praktijk om advies vraagt. Naast de chronisch zieken en gehandicapten zijn het zeker ook de mensen van Divosa die er heel betrokken ter zake kundige dingen over kunnen zeggen. Ik zeg dit nog eens omdat ik vind dat in de afbakening ongelijkheid heerst, juist binnen de groep die recht zou moeten hebben op de tegemoetkoming. De minister heeft gezegd dat het rechtsongelijkheid gaf, omdat de DKG's nog onvoldoende duidelijk zijn. Op deze manier

geeft het natuurlijk even goed rechtsongelijkheid. Het is maar de vraag welke rechtsongelijkheid belangrijker is.

In de motie wordt de regering verzocht in 2008 uit te gaan van een compensatieregeling die niet alleen gekoppeld is aan FKG's enzovoort. Ik ga ervan uit dat de strekking van de motie is dat het inderdaad in 2008 gebeurt en dat de ondertekenende partijen niet akkoord gaan met de wetwijziging als het niet wordt toegezegd.

Ik blijf het een tijdelijke regeling vinden, waarbij ik het signaal dat wij uitzenden dat het tijdelijk is en dat het wordt aangepast, geen goed signaal vind. Maar goed, daarover kunnen wij van mening verschillen.

Ik vind wel heel belangrijk – een punt dat collega Thissen naar voren heeft gebracht – het begrip "risicogedrag" en de verschillende signalen die dit kabinet uitstraalt richting mensen die een krappe beurs hebben. Het maakt toch wel uit of je iets al betaald hebt, zoals bij de no-claim, en het geld niet aan iets anders kunt uitgeven of dat je geld dat je al aan iets anders hebt uitgegeven omdat je een smalle beurs hebt, zoals bij het eigen risico, moet bijbetalen. Dat heeft te maken met de kale kip of vet op de botten. In ieder geval verheug ik mij er niet op dat ik in mijn spreekkamer met een patiënt moet discussiëren of iets onder het eigen risico valt, als ik aanvullend onderzoek voorstel of medicatie wil voorschrijven.

Wij hebben drie jaar geleden tegen de no-claim gestemd. Het was een heel fundamenteel bezwaar. Wij vinden dat ziek of gezond zijn geen keuze en geen prestatie is. Wij vonden het toen en ook nu niet goed dat zieke mensen betalen voor het feit dat zij ziek zijn. Toch is het ingevoerd. Het curieuze is dat wij drie jaar later van de partij die toen zo voor was, horen dat het afgeschafte moet worden omdat het onrechtvaardig is en er bovendien geen maatschappelijk draagvlak is. Dat geldt voor het eigen risico evenzo. Als men doorgaat op deze weg, gaat het lijken op het beeld van Nebukadnezar: dat had lemen voeten. Die lemen voeten zijn dan de eigen bijdrage of de no-claim of in elk geval de foute premisse dat je zou moeten betalen als je ziek bent en dat dit een eigen keuze is. Dat is de voornaamste reden waarom wij tegen het wetsvoorstel zullen stemmen. Overigens weet de minister wel wat er met het beeld van Nebukadnezar is gebeurd.

De heer **Van den Berg** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Ik hoop niet dat het beeld van Nebukadnezar geassocieerd wordt met mijn optreden nu! Je weet het maar nooit in de politiek.

Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Het is een hele discussie geweest, soms ook een wat vermoeiende discussie. Het is hem misschien ontgaan dat onze fracties hebben gevraagd of je het niet op een heel andere wijze zou moeten insteken. Ik heb aan de hand van de nieuwe zorgverzekering, zoals wij die nu kennen en die nu gewijzigd wordt, geprobeerd het uit te leggen. Die is mede ingevoerd om de grote problemen van aanbodgeïndiceerde vraag in de zorg tegen te gaan. Ik heb toen gevraagd waarom wij er niet voor kiezen om de zorgverzekeraars veel meer naar de aanbieders te laten gaan met slimme contracten: goede kwaliteit en goede prijs belonen en straffer optreden bij slechte kwaliteit en een slechte prijs. Maar goed, dit is een beetje bezijden de discussie. Wij zouden veel meer daarvoor gekozen

Van den Berg

hebben, omdat je dan dit soort discussies wellicht niet had gehad. Dan was dat misschien niet nodig geweest.

Wij hebben echter goed begrepen dat dit kabinet een andere keuze heeft gemaakt. De minister heeft die ook te vuur en te zwaard verdedigd. Hij heeft allerlei argumenten gebruikt. Het zij zo; daar moeten wij het op dit moment mee doen. Wij hebben de motie medeondertekend om een aantal effecten die wij niet goed vonden, op termijn weg te werken. Wij hopen dan ook dat de minister de motie zal overnemen. Onze fracties willen een goede zorg voor mensen die het nodig hebben, die er gebruik van moeten kunnen maken en geen onnodige inkomenseffecten.

De minister legde de nadruk op de remwerking. Hij zei dat gedragsbeïnvloeding het moest doen. Wij zijn daar sceptisch over. Dat hebben wij ook laten doorklinken.

De minister heeft nog een vraag van ons niet beantwoord. De minister heeft herverzekering van het eigen risico toegestaan. Ik heb het voorbeeld van grote gemeenten genoemd, maar ik zei ook dat grote bedrijven staan te trappelen om het ook voor medewerkers in collectieve contracten te regelen. Wij hebben het ook gezien bij de invoering van de basisverzekering. Toen was er ook een discussie of de collectieve contracten niet een zodanig onderdeel gingen vormen dat zij ten nadele zouden zijn van de individuele contracten. Als fracties zien wij dit ook weer gebeuren. Dat betekent dat de grote werkgevers zullen herverzekeren en dan is de rem weg. Wat vindt de minister hiervan?

Wij hopen dat de minister de motie overneemt.



De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Ik verklaar bij dezen dat ik mij niet meer onder druk laat zetten om een wetsvoorstel maar aan te nemen, met als doorslaggevend argument dat wanneer het wordt verworpen, dit tot gigantische uitvoeringsproblemen leidt. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet twee jaar geleden leidt nu nog steeds tot uitvoeringsproblemen. Dat is dus geen argument. De uitvoeringsproblemen van nu worden afgewenteld. Eén op de drie burgers in het land moet de toeslag terugbetalen. Achthonderdduizend mensen krijgen nu pas, in november 2007, te horen waar zij in 2006 recht op hadden.

Wij hebben met z'n allen een systeem ingevoerd dat nog niet adequaat functioneert. Het levert administratieve problemen op bij zorgaanbieders die te laat nota's insturen, bij zorgverzekeraars die deze nota's te laat verwerken, en bij de Belastingdienst, afdeling Toeslagen, die de zorgtoeslag, de huurtoeslag en de kindertoeslag niet adequaat, precies en vlekkeloos kan overmaken. Het lijkt erop dat de vermindering van de administratieve lastendruk is verplaatst van de rijksoverheid naar de professionele uitvoerders, die het vervolgens als een hete aardappel heel snel doorverplaatsen naar de burgers. Zo lijkt het minder op te vallen. Wij kunnen beter uitgaan van een goed onderzoek vooraf, zonder aannames van het CPB, dan in de evaluatie over twee jaar moeten concluderen dat wij toch te vlug over één nacht ijs zijn gelopen. Ik vind dat een zorgvuldiger politiek dan datgene wat vanavond voorligt.

Dit raakt ook de rol van deze Kamer, wat de zorgverzekeraars daar ook van vinden in hun stelligheid dat het eigen risico wordt ingevoerd. Overigens, die stelligheid halen zij ook van de website van het

ministerie van VWS. Daar staat al te lezen dat er een eigen risico wordt ingevoerd per 1 januari aanstaande. Ook bij VWS zullen wij er, ondanks het feit dat deze minister een verleden heeft in deze Kamer, regelmatig op moeten wijzen dat er ook nog een Eerste Kamer is. Wij zijn, en dan maken wij onze rol waar, of wij doen dat niet, maar dan moeten wij ook niet meer zijn.

Ik constateer overigens dat de doelstelling van het invoeren van het eigen risico is veranderd gaandeweg het proces van de afgelopen weken. Aanvankelijk moest een eigen risico verplicht worden ingevoerd om burgers te leren bewuster met zorg om te gaan en om ze te leren wat het kost. Vanavond hebben wij echter gehoord dat dit wetsvoorstel staat voor een rechtvaardiger inkomenspolitiek. Mijn fractie vindt dat er sprake is van gelegenheidsargumenten om deze regeling via een meerderheid in deze Kamer ingevoerd te krijgen.

Ik geef een voorbeeld van de administratieve last. In jaar x krijgt verzekerde z te horen dat hij in jaar y het eigen risico nog moet betalen. Even later in datzelfde jaar x krijgt dezelfde verzekerde z van de Belastingdienst, afdeling Toeslagen, te horen dat hij te veel zorgtoeslag heeft ontvangen. In het beste geval kan hij via een terugbetalingsregeling gespreid terugbetalen. Het is ook mogelijk via een wat hogere premie datgene te betalen wat je eigenlijk te weinig hebt betaald. Ondertussen loopt de maandelijkse betaling van de zorgpremie gewoon door. In jaar y zal dat bedrag ook wel weer hoger zijn. Verzekerde z krijgt minder zorgtoeslag, omdat de Belastingdienst de achterstallige betaling verrekent. Het probleem dient zich aan dat mensen toch maar één maandbudget hebben waar zij alles van moeten doen. Als de administratie in het systeem niet op orde komt, zal het aantal mensen met probleembetalingen toenemen.

Ik heb een inkomensvoordeel. Ik hoef volgend jaar € 103 minder zorgpremie te betalen. Ik probeer volgend jaar ook geen gebruik te maken van zorg. Dat levert mij ook nog € 150 op. Ik verdien volgend jaar dus € 253. Ik was van plan mijn tuin op te knappen. Dat zou mij € 15.000 kosten. Ik doe het niet: ik heb € 15.000 verdiend. Wat een redenering! Het zet alle sluizen open. Eigenlijk zouden wij volgend jaar de burger meer belasting moeten laten betalen. Wij doen het niet: de burger heeft een voordeel. Eigenlijk moet de burger meer accijns op brandstof gaan betalen. Wij doen het niet: de burger heeft weer een voordeel. Eigenlijk zou de btw veel verder omhoog moeten, maar wij doen het niet, dus de burger heeft een inkomensvoordeel. Eigenlijk zouden wij de basisbeurs moeten afschaffen en het onderwijsgeld moeten verhogen. Wij doen het echter niet: de burger heeft een voordeel. Eigenlijk moet de burger meer huur gaan betalen. Wij zouden de huur met 6% willen verhogen, maar wij doen het niet. Eigenlijk zouden wij ook de hypotheekrenteaf trek willen verminderen. Wij doen het niet: de burger gaat er volgend jaar € 6500 op vooruit! Dat is de redenering die ik hier vandaag gehoord heb.

Mensen worden in toenemende mate aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid om zelfredzaam te zijn. Zij wonen in een huurhuis, waarvan zij de huur niet kunnen betalen. Zij hebben dus huurtoeslag nodig. Zij hebben kinderen en krijgen hun gezinsbudget niet rond. Zij krijgen een kindtoeslag. Zij moeten zich verplicht verzekeren als gevolg van de Zorgverzekeringswet. Zij kunnen de premie niet in volle omvang betalen, en de

Thissen

zorgkosten stellen hen ook voor problemen. Zij krijgen een zorgtoeslag. Om hun kinderen te laten meedoen aan culturele evenementen, aan recreatie of sportclubs, krijgen zij via de gemeenten via de minimapas of de participatieregeling budget. Burgers worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid, zij moeten zelfredzaam zijn, maar op al deze terreinen hebben zij het gevoel dat zij de noodzakelijke kosten van het bestaan niet kunnen betalen. Heel veel mensen werken, maar kunnen niet rondkomen. Dat stapelt zich op.

Met een aantal interrupties – tegen de fractievoorzitter van het CDA zeg ik dat het er misschien veel waren – heb ik geprobeerd duidelijk te maken dat mensen risico's willen mijden. Zij kiezen liever massaal voor de naturapolis. Zij kiezen er liever voor om niet vrijwillig een eigen risico te lopen. De minister dwingt de burgers echter tot risicogedrag. Dat is de fundamentele reden waarom mijn fractie volgend week tegen zal stemmen. Wij vinden dat dit niet kan. De burgers in dit land worden door Donner en Aboutaleb opgevoed om geen leningen aan te gaan als zij het niet kunnen betalen, om zich niet in de schulden te steken, om risico's te mijden, maar door deze minister worden zij verleid tot risicogedrag. Met name aan het adres van de PvdA-fractie zeg ik dat dit de laatste keer is dat ik dit gezegd heb.

Het risicoplafond wordt € 650, terwijl bij de invoering van de Zorgverzekeringswet de voorganger van deze minister heeft gezegd dat een vrijwillig eigen risico van € 500 het maximum was. Deze minister doet er bij handhaving van die € 500 € 150 bovenop. Het plafond wordt dus € 650, terwijl € 500 in het verleden al onverantwoord werd geacht.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Als € 500 het maximum is en € 150 verplicht is, blijft er toch € 350 vrijwillig over?

De heer **Thissen** (GroenLinks): Nee, want er kan gestapeld worden. Kijkt u maar naar de website van DSW en andere verzekeraars. Er kan vrijwillig worden gekozen voor een eigen risico van € 500, en de minister legt als deze Kamer volgende week akkoord gaat, nog eens € 150 verplicht op, dus dat is € 650. Ik heb op een goede basisschool op Roermond gezeten, dus ik kan nog wel optellen!

Wat heeft de kritiek van PvdA en CDA nu eigenlijk opgeleverd? Ik hoorde beide fracties grote aarzelingen formuleren, met name over de wellicht te korte termijn van invoering, met de daarbij behorende problemen. Verder hoorde ik twijfels over de vraag of het instrument van het verplichte eigen risico werkt in het licht van het beteugelen van overvloedige zorgconsumptie en een bovenmatige stijging van de zorgkosten. Ik heb de minister daar geen definitieve afrondende antwoorden op horen geven, op het verwijzen naar de evaluatie na. Het was een politieke keuze om een no-claim in te voeren, het is een politieke keuze om haar af te schaffen. Het is een politieke keuze om een eigen risico in te voeren, het is geen package deal. Wij zouden ook kunnen beslissen tot het afschaffen van de no-claim, wat geld uitspaart, en te wachten met het invoeren van het verplichte eigen risico. Dat kunnen wij vanavond doen, als wij onze rol als Eerste Kamer blijven waarmaken en niet wachten totdat er ooit een desastreuze uitslag komt uit een evaluatie.

□

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Ik heb de afgelopen uren geïnteresseerd en eigenlijk ook wel wat gebiologeerd geluisterd naar de beantwoording van de minister. Daarbij ben ik tot de conclusie gekomen dat deze minister als lid van de Eerste Kamer absoluut niet heeft zitten slapen. Volgens mij heeft hij, al die andere ministers uit die vorige kabinetten voorbij zien trekkend, een conclusie getrokken over wat een succesvolle strategie is om een politiek lastig onderwerp door de Kamer te loodsen. Daarbij kwamen drie elementen naar voren. Om te beginnen: ontwikkel een redenering waar niemand tegen is. Wat voor woorden gebruik je daarbij? Het woord "solidariteit", je hebt het voortdurend over "minder kosten" en je zegt ook dat het effect hetzelfde blijft. Dus waarom zouden wij het niet doen? Verder herhaal je die redenering oneindig, ook als niemand erom vraagt. Heb het voortdurend over die € 103 en die € 47, tel die bij elkaar op tot € 150, en trek die € 47 er weer vanaf. Blijf dat vervolgens herhalen, en op een gegeven moment gaat iedereen dat geloven. Als derde: laat vooral weg waar het echt om gaat, namelijk een fundamenteel besluit voor de invoering van een eigen risico, en het introduceren van een sturingsinstrument, door te gaan spelen met de hoogte van het eigen risico om zo de groei in de consumptie van zorg af te remmen. Ik heb zeer veel waardering voor de gekozen strategie, maar ik leg haar wel even bloot. Ik denk dat die buitengewoon succesvol heeft gewerkt.

D66 en de OSF vinden het goed dat die principes worden vastgelegd. Verder is het goed als het kabinet wat eerlijker wordt over het gebruik van het instrument van het eigen risico als sturingsinstrument. Op mijn vraag of gegarandeerd kan worden dat dat eigen risico van € 150 blijft bestaan, kwam een heel mager antwoord. Eerlijk gezegd ben ik daar blij mee: experimenteer maar met de hoogte van dat eigen risico en met het verder onderzoeken of de huisarts daarin kan worden ondergebracht. Ik heb gemerkt dat de minister daarvan geen principiële tegenstander is. Kijk maar eens of wat meer zaken inkomensafhankelijk kunnen worden gemaakt, en bekijk heel goed in het kader van die evaluatie of het nu werkelijk een rem is op de zorgconsumptie. Wij denken dat het werkt, maar wij moeten dat wel blijven volgen.

Wij zijn tevreden met de zoektocht van deze minister naar een andere afbakening van het begrip "chronisch ziekten", wat in een internationale context wordt geplaatst. Kan de minister garanderen dat dat voorjaar 2008 klaar kan zijn? Hoe toekomstbestendig is de omschrijving daarvan? Ik heb de minister weinig horen zeggen over eventuele implementatieproblemen, en hoe hij is omgegaan met de verzwaren van de administratieve lasten. De minister heeft wel gezegd dat iets heel ingewikkelds toch misschien heel makkelijk is te koppelen, maar ik herinner aan het advies van Actal om dit niet in te voeren. Graag daar nog een reactie op. Het zou fijn zijn als de minister benadrukt dat preventie het belangrijkste punt is om chronisch ziek zijn te voorkomen.

Bij de motie heb ik een gek gevoel, ook in het licht van de inbreng in eerste termijn van de drie fracties die deze motie zo fijn in het geniep hebben voorbereid. Deze drie fracties hebben hoog van de toren geblazen. De PvdA-fractie heeft gezegd dat de zaak moet worden

Schouw

uitgesteld, waarvoor drie redenen zijn genoemd: twijfel over de effectiviteit, de solidariteit en de toekomstbestendigheid. Ik hoor nu van de PvdA dat het uitstel van tafel is, vanwege de solidariteit in dit wetsvoorstel. Maar er is volgens mij wat dat betreft geen enkel nieuw argument naar voren gebracht. De motie komt op mij over als een doekje voor het bloeden om de PvdA mee te krijgen. Ik heb er moeite mee om met zo'n symboolmotie aan de gang te gaan, zodat ik de minister oproep dat ding over te nemen, waarna zij kan worden ingetrokken. Dan is dat vuiltje weggevoerd.

De heer **Putters** (PvdA): Deze kwalificaties zijn voor uw rekening. Ik heb in eerste termijn niet gezegd dat de Partij van de Arbeid uitstel wil. Ik heb heel duidelijk aangegeven welke randvoorwaarden wij hebben voor instemming met dit voorstel. Die randvoorwaarden zijn vastgelegd in de motie. Daar kunt u meewarig over doen, maar voor ons zijn ze belangrijk. Ik wacht heel netjes af wat de minister daarvan zegt. Wij hebben dat niet in het geniep gedaan. Mijn inbreng in eerste termijn was heel helder.

De heer **Schouw** (D66): Als er moties worden ingediend, is het een goed gebruik dat iedereen daarover wordt geïnformeerd, maar dat is niet gebeurd. Laat uw eerste termijn eens door een ander lezen en vraag hoe die ander dat zou interpreteren. U hebt met kracht van argumenten gezegd dat uitstel moet plaatsvinden, maar dat gebeurt niet. Er zijn geen nieuwe argumenten aangevoerd.

De heer **Putters** (PvdA): De heer Schouw heeft ongelijk. Ik heb het wel over uitstel gehad, ik heb de minister gevraagd wat de consequenties daarvan zijn, maar ik laat mij niet iets aanmeten wat ik niet heb gezegd. Ik heb aangegeven wat onze randvoorwaarden zijn om in te stemmen met het voorstel.

De heer **Schouw** (D66): Ik doe de suggestie om de Handelingen op dit punt nauwkeurig na te lezen. Ook bij oppervlakkige lezing zal blijken dat het gelijk meer aan mijn kant ligt, dan aan de uwe.

□

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn uitvoerige beantwoording. Verder dank ik de minister dat hij mij erop heeft gewezen dat het amendement-Van der Vlies pas ingaat op 1 januari 2009. Dat betekent overigens wel dat er voor 2008 een grotere remkracht, maar ook een kortere remwerking is.

De voorzitter haalde in haar ontzettend vriendelijke praatje na afloop van mijn eerste termijn, over mijn cv, een uitspraak aan van de commissaris van de Koningin in Zuid-Holland, de heer Franssen. Hij zei eens over mij: "als het niet kan zoals het moet, moet het maar zoals het kan". Ik moet eerlijk zeggen dat ik mij afvroeg of ik mij daarin herkende. Nu herken ik mijzelf er wel in. Ik moet mijzelf de vraag stellen of dit principe in de Eerste Kamer eigenlijk wel mogelijk is. In de provinciale staten kon dit wat makkelijker dan in deze chambre de réflexion.

Ik heb verteld dat de CDA-fractie deze wet op het gebied van de zorg afmeet aan vier kernwaarden: de toegankelijkheid, de kwaliteit, de vrije artskeuze en de solidariteit. Wij realiseren ons dat wanneer wij het

wetsvoorstel niet aanvaarden, wij het no-claimsysteem in stand houden. Ik herinner eraan dat de vorige minister, de heer Hoogervorst van de VVD, spijt had van één ding in de nieuwe Zorgverzekeringswet, namelijk de introductie van de no-claim. Ook onze voorman Maxime Verhagen, voor wie ik veel respect heb, riep indertijd dat als er één ding fout was in de Zorgverzekeringswet, dit de no-claim was.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb de neiging om "bah" te roepen. Maar goed, dat helpt niets. Je kunt ook gewoon een wet aanvaarden waarin staat dat de no-claim wordt afgeschaft. Punt.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Wij gaan er dan te veel aan voorbij dat enige bewustwording van kosten bij verzekerden een goede zaak is. Doen wij dit niet, dan bereiken wij het tegenovergestelde. Dat zou mevrouw Slagter moeten aanspreken. Ik ben ervan overtuigd dat met de aanstaande vergrijzing en de daaruit volgende zorgconsumptie het Nederlandse systeem, dat op de tweede plaats staat van de European Consumer Health Index, op termijn niet meer houdbaar is. Wij hebben een collectieve plicht om dit systeem, dat in het land zeer hoog aangeschreven staat, houdbaar te houden.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Iedereen met een bovenmodaal inkomen heeft hier geen last van. Slechts een bepaalde groep heeft hier last van. U ziet dit niet onder ogen. Bovendien is aangetoond dat het effect van een eigen bijdrage heel erg klein is. Dit treft met name de mensen met een inkomen beneden modaal. Daarnaast zijn er heel veel maatregelen te bedenken die veel beter kunnen werken. Wij zouden daar veel meer op moeten inzetten. De maatregel is niet onderbouwd en niet goed onderzocht. Hij gaat uit van een aantal premissen die niet goed onderzocht zijn.

De heer **Klein Breteler** (CDA): U hebt uiteraard recht op uw eigen conclusies. Als wij geen oog zouden hebben voor wat u zegt, had de CDA-fractie deze motie ook niet mede ondertekend. Wij hebben er wel degelijk oog voor.

Wij hebben ook benadrukt dat de Zorgverzekeringswet uit drie pijlers bestaat. De eerste pijler is het inkomensafhankelijke deel. Dit betaal je in loondienst en wordt door de werkgever gecompenseerd. De tweede pijler is de zorgtoeslag. Ook daarin zit een belangrijke inkomensafhankelijkheid. De derde pijler is de eigen bijdrage, tenminste, als wij dit wetsvoorstel aannemen. De CDA-fractie vindt dat met name in het inkomensafhankelijke deel en in de zorgtoeslag de draagkracht al in belangrijke mate is meegewogen. Omdat wij vermoeden dat de eigen bijdrage op termijn moet stijgen, heeft de CDA-fractie de motie mede ondertekend. Op termijn moet namelijk gekeken worden of draagkracht het systeem handhaafbaar maakt.

Bij het principe dat gezonde Nederlanders met gemiddelde zorgkosten een even hoge premie betalen als chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten met onvermijdbare zorgkosten is ons leitmotiv dat "het moet zoals het kan".

Wij tekenen daarbij het volgende aan. Er moet goed naar de door de minister genoemde verfijningen en fasering gekeken worden. Bij de evaluatie wil mijn fractie meedenken over de criteria.

Klein Breteler

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat is mij veel te vrijblijvend. Welke eisen stelt de heer Klein Breteler?

De heer **Klein Breteler** (CDA): De minister heeft al iets gezegd over de evaluatie en de criteria. In de memorie van antwoord staat dat de Eerste Kamer de monitor gelijk met de Tweede Kamer zal ontvangen. Ik denk dat de minister in tweede termijn wel wil uitleggen welke rol de Eerste Kamer kan spelen. Wij moeten helder hebben wat geëvalueerd wordt. Hij heeft daar ook belang bij. Als de Kamer de criteria van het evaluatie-rapport niet kent, geeft dat immers alleen maar problemen.

Waarom is zorg zo ingewikkeld? Dat komt omdat alles in de zorg uiteindelijk terug te leiden is tot die ene patiënt die wij allemaal in onze familie of kennissenkring hebben. De vraag is dan of het rechtvaardig is. Het probleem is dat vele zorgaanbieders in de kern overproductie leveren, zonder enige vorm van betaling, omdat individuele patiënten en bewoners niet uit te leggen valt dat de contracteerruimte onvoldoende is. Deze zorgaanbieders worden geconfronteerd met de individuele patiënt. Dat maakt de zorg zowel ingewikkeld als mooi.

Wanneer is voor de CDA-fractie dit wetsvoorstel een succes? Ten eerste moet de verzekerde inzicht krijgen in kwaliteit en kosten van de geconsumeerde zorg en moet de verzekerde een afweging kunnen maken. De verzekerde moet de kwaliteit en de kosten kennen. Dat is nu absoluut niet het geval. Ten tweede moet het eigen risico van € 150 beteugeld kunnen worden. Daar maak ik mij zorgen over met het oog op de toekomst. Ten derde moet, conform de motie, de compensatieregeling beter uitgelijnd worden. Dat kan mede aan de hand van de ervaringen die in het jaar 2008 worden opgedaan.

Het geheel overwegende, zal ik mijn fractie adviseren om dit wetsvoorstel te aanvaarden.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik wil graag weten hoe de heer Klein Breteler de laatste frase van de motie uitlegt.

De heer **Klein Breteler** (CDA): De zorgcompensatie moet terecht komen bij mensen met onvermijdbare zorgkosten. Daarvoor moeten instrumenten gevonden worden. Het instrument dat objectief het best te hanteren valt, is dat van de FKG-lijst. Er zijn andere suggesties gedaan en die worden volgend jaar onderzocht. Ik sluit niet uit dat er mensen met onvermijdbare zorgkosten zijn die niet in een FKG- of DKG-index te vangen zijn. Dat mag ons er niet van weerhouden, te bekijken hoe wij die mensen alsnog kunnen bedienen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): In het jaar 2008?

De heer **Klein Breteler** (CDA): Dat weet ik niet.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Dat staat in de motie.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Dat moeten wij dan maar doen. Ambitie is altijd goed. Als wij ons geen doel stellen voor het jaar 2008, lopen wij immers de kans dat het jaren later wordt.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik heb drie opmerkingen voordat ik de afzonderlijke vragen van de leden van mijn antwoorden zal voorzien.

Mijn eerste opmerking. In de discussie van vandaag over het eigen risico ontstaan gemakkelijk vragen naar de betaalbaarheid daarvan op termijn: in hoeverre worden mensen geconfronteerd met zorgkosten die zij, zeker vanwege de volgtijdelijkheid, uiteindelijk moeilijk zullen kunnen opbrengen? Ik wil onderstrepen dat uit allerlei onderzoeken blijkt dat het Nederlandse zorgstelsel zeer solidair is, dat de toegankelijkheid ervan groot is en dat de kwaliteit goed is. Ik herhaal graag de woorden van de heer Klein Breteler, dat de mensen in de zorg de eersten zijn die voor die kwaliteit zorg dragen en alle complimenten daarvoor verdienen.

Het tweede wat ik wil melden betreft de kwestie van de algemene maatregelen van bestuur. De heer Thissen vroeg mij of de Eerste Kamer ertoe doet. Als de zorgverzekeraars hun polissen aanbieden terwijl een wetsvoorstel als dit nog in behandeling is, zouden zij eigenlijk op zijn minst met een asterisk kunnen aangeven dat een en ander nog aanhangig is bij de Staten-Generaal, zoals de heer Thissen zei. Mij lijkt dat gepast; niet alleen als signaal aan de Kamer, maar ook simpelweg aan de verzekerden, die zich moeten realiseren dat het wetgevingstraject nog niet ten einde is. In mijn contacten met de zorgverzekeraars zal ik dit zeker nog melden, zodat dergelijke fouten in de komende jaren niet meer zullen worden gemaakt. Die asterisk is gewoon valide en op zijn plek: hij geeft aan dat een en ander nog onderhevig is aan het voorbehoud van de behandeling in de Tweede en Eerste Kamer. Ik zeg dit de voorzitter graag toe, die mij dit in de eerste pauze ingaf. De heer Thissen gaf het vehikel van de asterisk aan.

Daarmee hangt samen de kwestie van de AMvB: in hoeverre is het onheus om voor te hangen als dit het wetsvoorstel hier aan de orde is? Voor zover ik mijzelf goed heb laten informeren en mijn staatsrechtelijke kennis daarvoor toereikend is, geldt volgens mij dat de AMvB die is voorgehangen zijn grondslag vindt in artikel 124 van de Zorgverzekeringswet. Deze schrijft namelijk voor dat er bij risicoverevening en wijzigingen daarin dient te worden voorgehangen. Ik zeg dit met enige nadruk, omdat deze AMvB is ontleend aan en gebaseerd is op de Zorgverzekeringswet zoals we haar nu kennen.

Verder is er de AMvB voor de zorgvormen die buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico blijven. Die AMvB dient krachtens de nieuwe wet geslagen te worden – althans, die interpretatie is mogelijk. In dat geval moet het echter niet worden gezien als het voorhangen van een AMvB, maar als het geven van inzicht in hetgeen wij beogen op basis van de wet. Die wet is er immers nog niet, er is nog geen AMvB die is gebaseerd op de wet, maar mede omdat de Tweede Kamer ons dit vroeg om inzicht te krijgen in die AMvB, hebben we hem inzichtelijk gemaakt. Nogmaals, formeel is hierbij geen sprake van voorhangen, maar van het in kennis stellen van het concept-AMvB, samenhangend met de afwegingen rondom deze wetgeving.

Ik wil hierbij wel erkennen dat de eerste AMvB waarover ik sprak, die zijn grondslag vindt in de Zorgverzekeringswet, materieel mede wordt bepaald door dit wetsvoorstel inzake de verevening. We moeten die weliswaar krachtens de Zorgverzekeringswet

Klink

voorhangen, maar de inhoud ervan is mede ontleend aan en ziet mede op de wetgeving die vandaag aan de orde is. Formeel gaat het echter om een AMvB die krachtens de bekende Zorgverzekeringswet hier dient te worden voorgehangen. Ik ben me er verder van bewust dat dit wetgevingstraject met het oog op 1 januari 2008 buitengewoon snel moet worden doorlopen. Een bredere tijdspanne was ook mij lief geweest. Ik herhaal: in formele zin is de voorhangende AMvB in de eerste plaats vooral noodzakelijk krachtens de Zorgverzekeringswet; in de tweede plaats, voor zover hij betrekking heeft op deze wet, betreft het een ontwerp-AMvB.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Is hij nu wel of niet voorgehangen?

Minister **Klink**: De eerste wel, de tweede niet.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): In de brief staat namelijk dat hij is voorgehangen. U kunt ook gewoon "sorry" zeggen; dat accepteren we wel.

Minister **Klink**: Ik wil dat "sorry" wel toelichten. Formeel is dat "sorry" eigenlijk niet op zijn plaats. De eerste AMvB over de verevening heeft daadwerkelijk te maken met de Zorgverzekeringswet, die zelfs voorschrijft om voor te hangen. De AMvB preludeert dus niet op een wet die hier nog aan de orde is. De AMvB die ermee is verknoopt, die gaat over de zorgvormen die worden uitgezonderd van het vrijwillige risico en het verplichte risico, is eerder een kennisgeving van een AMvB die samenhangt met de nieuwe wet. Voor zover die AMvB in de toekomst moet worden voorgehangen, is dat krachtens de wet die nu aan de orde is. Uit hoofde daarvan rust op ons de verplichting om voor te hangen. Nu is die verplichting er nog niet, want de wet is er nog niet. Daarom stellen wij u in kennis van de AMvB, mede op verzoek van de Tweede Kamer, teneinde u in staat te stellen om een bredere en betere afweging te maken omtrent de nadere invulling van de wet. Het is allemaal wat ingewikkeld, maar ik denk dat het staatsrechtelijk wel klopt.

Tot zover mijn drie prealabele opmerkingen. Mevrouw Dupuis sprak over de solidariteit. Ik geef toe, wij kennen een zorgstelsel dat rijkelijk is ingekleurd met solidariteit. Er is terecht gewezen op het kindgebonden budget en de huurtoeslag, maar hierbij gaat het met name om solidariteit tussen ziek en gezond; de ongezonden, die nooit zorgkosten kunnen vermijden, worden gecompenseerd door middel van voorliggende regeling.

De duurzaamheid van het zorgstelsel op termijn is ook mijn zorg. Daarom vind ik dat wij echt met een eigen risico moeten werken, zodat de inzichtelijkheid van de zorgkosten ook voor de afnemers van zorg van belang wordt. De noodzaak tot duurzaamheid op de lange termijn onderschrijf ik dus, maar deze regeling staat die niet in de weg.

De heer Putters sprak van het herstel van solidariteit en het terugbrengen van inkomensverschillen, voor zover deze gemoeid zijn met onvermijdelijke zorgkosten voor zieken. Dat is inderdaad de kern van het wetsvoorstel. Is dit een theoretische exercitie? Voor degenen die de € 47 incasseren, is dat natuurlijk niet het geval. Wij hebben niet stilgehouden bij de premiereductie met € 103, maar hebben ook het traject van het CAK gekozen om met de resterende € 47 de € 150 vol te maken.

Hij refereerde aan het IZA-model, de inkomensafhankelijkheid van eigen bijdragen en het inbouwen van een eventueel forfait met betrekking tot eigen risico. Ik wil de Kamer toezeggen dat ik in de loop van het voorjaar met een nadere verkenning kom van het eigen risico, en hoe dit kan functioneren binnen ons zorgstelsel. Deze elementen zullen daarin een zware rol spelen; een en ander tegen de achtergrond van de genoemde percentages met betrekking tot de zorgvormen, de kosten die daarmee zijn gemoeid en de inzichtelijkheid die dit kan opleveren voor de duurzaamheid en houdbaarheid op de lange termijn van ons zorgstelsel. Het IZA-model zal serieus worden gespiegeld aan hetgeen nu voorligt, om te bezien hoe dit daarin kan en dient te worden vervlochten en wat daarvoor en daartegen pleit.

Nu de categorieën mensen die in 2008 dienen te worden gecompenseerd. Ik word aangespoord om mijn uiterste best te doen voor de DKG's. Ik wil van harte toezeggen dat wij, ook tegen de achtergrond van de internationale criteria en de internationale indicatoren voor gehandicapten, er alles aan zullen doen om ze zo doortimmerd mogelijk te maken. De DKG's worden dus in 2009 zonder meer meegenomen. Op het moment dat zij voor 2008 al daadwerkelijk deel zullen moeten uitmaken van die groep, dan ben ik bang dat je met rechtsongelijkheid komt te zitten en dat het een buitengewoon grote uitvoeringslast met zich meebrengt. Ik zal vóór april 2008 het totaalbeeld schetsen van de personen en categorieën die uiteindelijk de compensatie van € 47 zullen krijgen.

De heer **Putters** (PvdA): Ik heb gezegd dat u nog eens heel goed moet kijken naar dat punt van rechtsongelijkheid en de uitleg daaromtrent. Ik heb een aantal manieren geschetst waarop je daarmee om zou kunnen gaan en waarop je een argumentatie kunt opzetten waarom dat bij de rechter te rechtvaardigen zou zijn. Dat is ook de achtergrond voor de uitspraak die wij met de motie vragen. Ik vraag u om niet alleen dat formele, juridische argument te hanteren.

Minister **Klink**: Ik zal dat zeker doen. Sterker nog: ik zal mij er op zeer korte termijn in verdiepen, met de intentie om er zo mogelijk ook voor 2008 invulling aan te geven. Die intentie was er al, maar deze wordt door u nog eens extra onderstreept en geactiveerd, ook in het licht van de motie.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Mij lijkt dat de motie dan moet worden aangepast. Er staat nu "in 2008". Ik zou graag van de indieners van de motie horen hoe zij dit punt wegen. De minister spreekt over rechtsongelijkheid, maar je kunt net zo goed zeggen dat er sprake is van rechtsongelijkheid als mensen volgend jaar of het jaar erop horen dat zij er eigenlijk bij hadden gehoord, maar er nog niet in konden worden geplaatst bij gebrek aan een goed systeem. Het is maar net hoe je dat bekijkt en hoe ruimhartig je bent.

Minister **Klink**: Ik wil u niet verhelten dat ik met de volgende gedachte heb gespeeld, omdat ik deze debatten al in de zomer aan zag komen. Wij hadden kunnen zeggen dat wij het vooralsnog zouden houden bij het bedrag van € 103 waarmee de premie wordt verlaagd om het CAK-traject dan in 2009 met een volledig

Klink

afgebakende groep in te gaan. Dat had gekund, omdat de inkomensvoordelen voor de chronisch zieken en gehandicapten dan toch waren neergekomen op € 100 vergeleken met de huidige situatie. Wij hadden dan een perfecte rechtsgelijkheid gehad, want voor iedereen was de premie met € 103 naar beneden gegaan. Toen stonden wij voor de afweging om de groep die ook recht heeft op de aanvulling van € 47, voor 2008 zo veel mogelijk te definiëren of dat niet te doen. Uiteindelijk heb ik daar wel voor gekozen. Dat kun je rechtsongelijkheid noemen, omdat je bepaalde groepen niet meeneemt, maar in begunstigende zin gaan wij zo ver mogelijk met het verstrekken van die € 47. Dat er bepaalde groepen buiten vallen die wij in 2009 wel kunnen meenemen, nemen wij in zekere zin als keerzijde van die strategie mee. De rechtsgelijkheid was perfect gediend geweest als wij het gelaten hadden bij die € 103. Nu nemen wij de overigen voor 80% en misschien wel meer mee via de FKG's en de AWBZ-instellingen. Natuurlijk is het zo dat een kleine categorie nog niet wordt gevangen in deze definitie en de bestanden die wij hebben. Dat repareren wij in 2009. Ik zeg de heer Putters en de andere ondertekenaars van de motie gaarne toe dat er als het even kan ook voor 2008 aanvulling plaatsvindt met de DKG's. Ik ga daar serieus naar kijken. Criteria daarbij zijn rechtsongelijkheid en vooral de uitvoerbaarheid van een en ander. Als het ook maar even uitvoerbaar is, doe ik het.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik weet niet of het kan, maar ik zou hierop graag commentaar horen van de indieners van de motie. De minister sprak net over de AWBZ. In eerste termijn hadden wij het over het punt met of zonder echtgenoot. Kan de minister hier snel antwoord op geven?

Minister **Klink**: In de AMvB wordt er daadwerkelijk verwezen naar de partner. Wij zullen die verwijzing eruit halen. Wij hebben nu een peilmoment van langer dan een half jaar en dan kom je ervoor in aanmerking. Wij zullen die AMvB dus herzien.

De heer **Klein Breteler** (CDA): Ik roerde dit punt ook aan in de eerste termijn en raad de minister aan om nog eens goed te kijken naar de memorie van antwoord. Daar staat het dan verkeerd in.

Minister **Klink**: Wij corrigeren onszelf op dit punt. Daarmee is in feite hetgeen in de memorie van antwoord staat door mij hernomen.

Ik onderstreep dat de kwaliteit en de inzichtelijkheid parallel moeten lopen. Ik wil competentie op basis van kwaliteit en niet alleen competitie op basis van doelmatigheid. Daarmee is in de kern gezegd wat daarmee werd beoogd.

Mevrouw Slagter sprak van overhaaste invoering. Het is een haastige invoering. Overhaast doet echter veronderstellen dat er allerlei feilen in zitten en daar wil ik afstand van nemen op grond van de volgende feiten. Ik herhaal het nog maar even. Het is voor iedereen inzichtelijk dat het met € 103 naar beneden gaat. Ik heb mijn redenering gegeven ten aanzien van de € 47. Ten aanzien van de uitvoering verwijs ik naar de heer Schouw, die sprak over Actal. Dit heeft Actal gedaan op basis van de eerste voorstellen en op basis van de ervaringen die men met de no-claim had. Vervolgens

hebben wij vrij precies in de memorie van antwoord aangegeven op welke punten hier in feite sprake is van vereenvoudiging. Ik zal die punten niet allemaal herhalen, maar ik ben ervan overtuigd dat dit wetsvoorstel qua administratieve lasten vrij overzichtelijk en adequaat is.

Ik zeg gaarne toe dat ik de Kamer zo spoedig mogelijk en mogelijk nog voor het einde van het jaar een brief doe toekomen met de criteria op basis waarvan wij gaan evalueren. Dit is naast de studie van volgend jaar over het totaalbereik van het eigen risico en de bredere benadering die ik de heer Putters heb toegezegd.

Mevrouw Slagter en ik verschillen van mening over de tijdelijkheid van de regeling, want ik denk niet dat het een tijdelijke regeling is. Ik denk dat de regeling al in de basis tijdsbestendig zal zijn en dat wij die nader gaan verfijnen en uitbouwen.

Dan kom ik op het risicogedrag. Het is inderdaad zo dat wij een rekening bij mensen neerleggen. Dat daar een debiteurenrisico uit voortvloeit, moge ook duidelijk zijn. Het moge ook duidelijk zijn dat sommige mensen dat waarschijnlijk niet zullen betalen. Voor wat betreft mijn inschattingen daarvan ben ik echter minder somber dan mevrouw Slagter en de heer Thissen.

De heer Van den Berg koos een andere benadering. Ik vind niet dat het eigen risico en de benadering van zorgverzekeraars die proberen via een adequate manier van zorg contracteren de kosten van de zorg te drukken, elkaar uitsluiten. Sterker nog: de agenda is er de komende jaren met name op gericht om de contracteer-vrijheid van zorgverzekeraars via maatstafconcurrentie, uitbreiding van het zogenaamde vrije B-segment en de kwaliteitscriteria als het ware materieel in te vullen met het oog op kostenreductie en kwaliteitsvergroting. Ik denk dat die twee elkaar dus niet bijten. Wij zullen elkaar de komende jaren nog met enige regelmaat treffen om te spreken over zorgaanbieders die contracteren op basis van doelmatigheid, kosteneffectiviteit en kwaliteit. Veel van de bekostigingsveranderingen die zich nu aftekenen, zijn met name daarop toegesneden. Al was het alleen maar vanwege het integreren van de kapitaallasten in de tarieven. Dit traject loopt op dit moment en snijdt nogal hevig in het zorgveld in.

Vervolgens kom ik op de mogelijkheid om het eigen risico te herverzekeren. Wij hebben op dit moment nog geen signalen dat werkgevers daar grootscheeps mee bezig zijn. Mochten zij daartoe overgaan, dan betekent dit voor bedrijven dat zij het eigen risico moeten afkopen of dekken voor een premie die bijna kostendekkend is. Hier ben je bijna zeker van het feit dat de kosten daadwerkelijk zullen worden gemaakt. Ik betwijfel daarom of het nu zo aantrekkelijk is voor werkgevers. Het is wel zo dat gemeenten op dit moment voor met name minima kijken in hoeverre men voor hen een contract kan afsluiten en dus tot herverzekering kan overgaan.

De heer Thissen sprak met enige verve over de inkomenseffecten. Ik memoreer dat de zorgtoeslag, de kindertoeslag en de huurtoeslag zeer reële en gerichte bijdragen vormen aan de inkomens van de mensen met een smalle beurs. Ik vond het wel een mooie beeldspraak: er komt een belastingverhoging, maar weet je wat, wij doen het niet, en vervolgens hebt u een voordeel. Zo werken de zorgtoeslag en de kindertoeslag echter niet. Het deed mij een beetje denken aan Yes, minister. Toen ging het over de reductie van het aantal ambtenaren. Op papier was er een reductie voorzien van

Klink

5000 à 10.000 ambtenaren. Vervolgens gingen de plannen niet door. In de kranten werd daar vervolgens goede sier mee gemaakt: er was enorm veel werkgelegenheid gecreëerd bij het openbaar bestuur.

De risicomijsding schat ik anders in dan de heer Thissen. Dan kom ik op het plafond van € 500 voor het vrijwillige eigen risico dat hij noemde. Het is maar hoe je het bekijkt. Met cijfers kun je bijna alles aantonen. De no-claimteruggave was € 255. Met € 500 eigen risico erbij maakt dat € 755. € 500 vrijwillig eigen risico en € 150 verplicht eigen risico maakt € 650. Het plafond is dan weer € 105 lager. Zo kun je alles van verschillende kanten bekijken. Ik denk niet dat de heer Thissen door mijn argumentatie is overtuigd, maar ik ben ook niet overtuigd door die van hem op dit punt.

De heer Schouw probeerde mijn betoogtrant bloot te leggen en gaf aan dat wij het nu wel weten. Welnu, het is meer dan een strategie; het is ook een overtuiging, namelijk dat je een verhaal en een lijn moet hebben voordat je met een dergelijke wetsvoorstel naar buiten komt.

Ik heb de heer Putters al gezegd dat wij met een nadere verkenning komen van het eigen risico en van de wijze waarop dit in ons stelsel zal kunnen functioneren. De punten die hij heeft aangestipt zal ik daarin zeker meenemen. Over de huisarts heb ik al gezegd dat ik er sterk aan hecht dat deze laagdrempelig en toegankelijk is. Ik heb ook gezegd dat je preventie niet moet belasten met een financiële drempel. Ik zal daarom ook de vraag meenemen welke zorgvormen geëigend zijn voor het eigen risico en welke beperkte zorgvormen eigenlijk niet. Ik wil in dat stelsel een systematiek aanbrengen voor de komende jaren. Op die basis wil ik de zaak doordenken. De eigen bijdrage in de ggz zal ik daarin ook meenemen. Het wordt dus een integraal verhaal over het functioneren van het eigen risico in ons zorgstelsel.

De afbakening van de chronisch zieken vindt plaats in het licht van de internationale context. De heer Putters verwees naar het negatieve advies van Actal. In de memorie van toelichting hebben wij aangegeven op welke punten de administratieve lasten een stuk minder zijn dan Actal aanvankelijk heeft aangegeven. Ik noem ze nog even snel op. De ICT-systemen van de zorgverzekeraars zijn ingesteld op het eigen risico. De Zorgverzekeringswet bood al de keuze voor een eigen risico. Als wij een eigen risico verplicht opleggen, hoeven de systemen niet te worden aangepast. De gekozen vorm van compensatie is voor de zorgverzekeraars het minst belastend, omdat men over de benodigde bestanden beschikt. Deze bestanden gaan naar het CAK, dat welhaast volautomatisch de compensatie van € 47 toekent.

Het verplichte eigen risico geldt voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder. Zorgverzekeraars hoeven daarom geen onderscheid te maken in hun verzekerdenbestand. Dat zou anders zijn geweest als wij hen van het eigen risico hadden uitgezonderd. Dan hadden wij die complexiteit wel gehad. Voor de burger zijn de lasten nog beperkter, omdat hij voor de compensatie geen enkele handeling hoeft te verrichten. Hij hoeft geen formulieren in te vullen. De compensatie wordt automatisch op zijn rekening bijgeschreven. Als hij het idee heeft dat hij niet wordt meegenomen op basis van de FKG's kan hij wel terecht bij de verzekeraar.

De afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten die in aanmerking komen voor compensa-

tie is op zich genomen niet onduidelijk. Onvolledig is iets anders dan onduidelijk. De onvolledigheid gaan wij volgend jaar opheffen. Actal heeft overigens geen nieuw advies uitgebracht, maar deze argumenten zijn naar onze stellige overtuiging zo overtuigend, dat daaruit een positief oordeel zou zijn voortgevloeid.

Tegen de heer Klein Breteler zeg ik dat wij in 2008 een kortere remweg hebben en dan is de werking misschien hier en daar ook wat effectiever, maar pas in 2009 bereiken wij de percentages die er door de heer Van der Vlies bij amendement zijn ingebracht.

Over de evaluatie en de rol van de Eerste Kamer kan ik op dit moment niet zoveel zeggen, maar ik kan mij voorstellen dat een en ander bij een beleidsdebat naar aanleiding van de begroting terugkomt en dat wij er dan iets uitvoeriger over kunnen spreken. Ik zeg wel toe dat wat hierover aan de Tweede Kamer wordt gemeld, natuurlijk ook naar de Eerste Kamer zal worden gestuurd. Op verzoek van de heer Putters zal ik in de breedte naar het eigen risico kijken, en dat gaat sowieso naar de Eerste Kamer, want dat is een verzoek van de Eerste Kamer.

Er is gezegd dat het zwaartepunt is verschoven naar inkomensreparatie. Dat was een belangrijke motor voor dit wetsvoorstel. Het feit dat wij het eigen risico in stand lieten en niet alleen hebben gekozen voor het afschaffen van de no-claim geeft ook aan dat wij de remweg wel degelijk van belang vinden. Wij zullen nadere verkenningen doen naar de eigen bijdrage, tegen de achtergrond van de inkomensafhankelijkheid, die wellicht ook een rol kan spelen.

Wanneer is dit wetsvoorstel een succes? Ik denk dat dit het geval is als de solidariteit tussen gezond en ziek daadwerkelijk van de grond komt. Ik ben ervan overtuigd dat dit zal gebeuren. De remweg zullen wij meenemen bij de toegezegde evaluatie.

Daarmee heb ik de vragen van de Kamer beantwoord.

De heer **Putters** (PvdA): De minister weet hoe wij de motie wegen en waarom wij deze hebben ingediend. Gelet op de intentie die spreekt uit de reactie van de minister op de motie zullen wij in de fractie een afweging maken. Ik heb de minister heel duidelijk horen zeggen dat hij de intenties deelt. Ik heb gezegd dat het formele ongelijkheidsargument niet één op één het argument kan zijn om een en ander niet te doen. Hij heeft mij toegezegd, te bezien of hij daarmee soepel kan omgaan. Dat vind ik heel belangrijk. Mijn fractie zal afwegen hoe zij het antwoord van de minister moet beoordelen. Volgende week zal ik dat in een stemverklaring meedelen.

De heer **Schouw** (D66): De minister zegt dat invoering in 2008 niet uitvoerbaar is, omdat er eerst iets moet worden bestudeerd. Dat kan in 2008, en dan wordt de maatregel zo snel mogelijk na de bestudering ingevoerd. Zie ik dat goed? Is het zo dat de minister de strekking van de motie gewoon overneemt, als de maatregel na grondige bestudering kan worden ingevoerd?

Minister **Klink**: Ja, maar wel met één aanvulling die u zeer serieus moet nemen. Ook in de Tweede Kamer speelde de vraag in welke mate onze definitie dekkend is voor de groep. Die speelt hier opnieuw. De Eerste Kamer heeft de AWBZ-instellingen erbij gevoegd. Als ik maar enige kans zie om al voor 2008 de DKG's in te voegen in

Klink

dit geheel, zal ik dat niet nalaten. Ik ga daar goed naar kijken.

Ik wil ook nog iets zeggen over de opmerkingen van de heer Klein Breteler naar aanleiding van de motie. Het kan zijn dat blijkt dat bepaalde personen niet in de categorieën te vatten zijn en toch op basis van onder ander ziektebeeld en ziektelast moeten worden aange-merkt als mensen met meerjarige onvermijdelijke zorglasten en de kosten die daaruit voortvloeien. Als dat het geval is, is mijn intentie om er alles aan te doen om een soort vangnet, bijvoorbeeld in de Wmo, te creëren zodat de regeling in elk geval toereikend wordt. Ik vind dat ook van belang.

Ik vind zelf namelijk dat ik op langere termijn niet verder kan gaan met het eigen risico, bijvoorbeeld met uitbreiding daarvan, als deze groep niet is gevrijwaard van kosten. Het invoegen van de DKG's in 2009 lukt sowieso. Ik ga bekijken of dit ook al mogelijk is in 2008. Op langere termijn spelen die hiaten die dan eventueel in de afbakening zitten een rol. Zo versta ik deze motie en zo zal ik deze meenemen in het nader overleg in het kabinet.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Begrijp ik goed dat u zegt dat het in 2008 mogelijk niet lukt maar in 2009 wel?

Minister **Klink**: Ja, er is mij gevraagd om voor 1 april 2008 met deze afbakening te komen. Wij zullen er alles aan doen om dit te realiseren. Voor 2009 moet het sowieso gebeurd zijn, dat is volstrekt helder.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor zijn reactie in tweede termijn.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: De SP-fractie heeft in het College van Senioren vanmiddag reeds aangegeven hoofdelijke stemming over het wetsvoorstel te wensen.

Ik stel voor, de stemming over het wetsvoorstel en over de motie volgende week te doen plaatsvinden.

Daartoe wordt besloten.

Sluiting 22.25 uur

Besluiten en ingekomen stukken

Lijst van besluiten

De Voorzitter heeft na overleg met het College van Senioren besloten om:

a. de plenaire behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op 6 november 2007 (hamerstukken)

Wijziging van de Militaire ambtenarenwet 1931 en intrekking van de Wet voor het reservepersoneel der Krijgsmacht in verband met onder andere de invoering van een flexibel personeelssysteem voor de krijgsmacht (30674);

Wijziging van de Rijksoctrooiwet 1995 en enige andere wetten naar aanleiding van de evaluatie van de Rijksoctrooiwet 1995 van 2006 (Evaluatie 2006 Rijks-octrooiwet 1995) (30975, R1821);

Wijziging van de Wet op de bedrijfsorganisatie met betrekking tot de ministeriële goedkeuring van besluiten van bedrijfslichamen (31039);
13 november 2007 (hamerstukken)

Wijziging van de Wet op de omzetbelasting 1968 in verband met richtlijn nr. 2006/112/EG van de Raad van de Europese Unie van 28 november 2006 betreffende het gemeenschappelijke stelsel van belasting over de toegevoegde waarde (PbEU L 347) (aanpassing aan de BTW-richtlijn 2006) (31121);

Wijziging van de Comptabiliteitswet 2001 houdende bepalingen inzake de invoering van een tweetal nieuwe begrotingen (Vierde wijziging van de Comptabiliteitswet 2001) (31204);

4 december 2007 (onder voorbehoud)

Regels inzake het gebruik van het burgerservice-nummer in de zorg (Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg) (30380);

b. het voorbereidend onderzoek van het volgende wetsvoorstellen door de vaste commissies voor Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu/Wonen, Wijken en Integratie

te doen plaatsvinden op 6 november 2007:

Regels omtrent de basisregistraties adressen en gebouwen (Wet basisregistraties adressen en gebouwen) (30968);

Onderwijs, Cultuur en Wetenschapsbeleid

te doen plaatsvinden op 6 november 2007:

Algemene bepalingen met betrekking tot de erkenning van EG-beroepskwalificaties (Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties) (31059);

Justitie

te doen plaatsvinden op 6 november 2007:

Aanvulling van de Algemene wet bestuursrecht (Vierde tranche Algemene wet bestuursrecht) (29702);

Wijziging van de Wet op de rechtsbijstand houdende herijking van de verlening van rechtsbijstand door de raden voor rechtsbijstand en de invoering van een lichte adviestoevoeging, alsmede de regeling van de vergoeding van conflictbemiddeling (30436);

Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu/Wonen, Wijken en Integratie

te doen plaatsvinden op 13 november 2007 (i.p.v.

6 november 2007):

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

Sociale Zaken en Werkgelegenheid

te doen plaatsvinden op 13 november 2007:

Wijziging van de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen in verband met het afschaffen van de mogelijkheid om eigenrisicodrager te worden voor de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de Inkomensverzekering voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten in het kader van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, het afschaffen van de premie-differentiatie voor de Arbeidsongeschiktheidskas en enige andere wijzigingen (31050);

Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat/Algemene Zaken en Huis der Koningin

te doen plaatsvinden op 27 november 2007: