

Verzamelwet VWS 2023

Verzamelwet VWS 2023

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van een aantal wetten op het terrein van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Verzamelwet VWS 2023) (36357).**

De voorzitter:

We gaan verder met het debat over de Verzamelwet VWS. Ik heet de minister van VWS en de minister voor Medische Zorg van harte welkom. We hebben een vijftal sprekers vanuit de Kamer. We gaan beginnen met de eerste termijn van de zijde van de Kamer.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De voorzitter:

Het woord is aan de heer Dijk, die spreekt namens de Socialistische Partij. Gaat uw gang.

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik maak gebruik van mijn spreektijd bij deze wet om het eigenlijk maar over één ding te hebben: het afschaffen van het eigen risico. Een op de vijf mensen mijdt zorg uit angst voor de kosten van het eigen risico. Een aanzienlijk deel komt later terug met zwaardere klachten en krijgt daardoor ook te maken met hogere kosten. Het frame dat de afschaffing van het eigen risico zal leiden tot een hogere zorgpremie is een verdraaiing van de werkelijkheid. Er is een logischer alternatief, gebaseerd op onderlinge solidariteit. In december werd een SP-motie voor het zo snel mogelijk afschaffen van het eigen risico door deze Tweede Kamer aangenomen. Meteen daarna draaiden alle liberale vrijemarktfundamentalisten overuren om te benadrukken hoe onbetaalbaar het afschaffen van het eigen risico zou zijn. Politici, zorg economen, opiniemakers die zeggen dat de kosten daardoor zouden stijgen, gaan voorbij aan het feit dat deze kosten nu ook door de betalende van het eigen risico opgebracht worden. Voor mensen met een chronische ziekte of voor mensen die de pech hebben dat ze zorg nodig hebben, is het eigen risico niets anders dan een boete op ziek zijn. Ziek zijn is geen keuze. Ook voor mensen die zelden zorg nodig hebben en altijd keurig premie betalen, voelt het eigen risico als een nare naheffing wanneer zij wel een keer zorg nodig hebben. Dat komt de onderlinge solidariteit niet ten goede.

Er is een veel logischer en doorgerekend alternatief dat gebaseerd is op onderlinge solidariteit. Hierin wordt het eigen risico afgeschaft, wordt de zorgtoeslag overbodig en wordt een inkomensafhankelijke bijdrage in de inkomstenbelasting verwerkt. De uitkomst: ruim 80% van alle inkomensgroepen gaat erop vooruit, de hoogste 20% inkomens gaat ietsje meer inkomensbelasting via de werkgever betalen.

Maar er zijn nog veel meer en makkelijkere mogelijkheden. Door een simpele belasting van 1% op de vermogens boven 1 miljoen euro, kan het eigen risico ook zonder premieverhoging afgeschaft worden. Daar heeft de SP een amende-

ment voor gemaakt. Tijdens de verkiezingscampagne had het afschaffen van het eigen risico de allerhoogste prioriteit. Met name de PVV stelde in de verkiezingscampagne dat het eigen risico morgen moest worden afgeschaft. Dus nu kijk ik ook naar de PVV: geen gedraai, geen geduik, geen gemits en gemaar meer; voeg de daad bij het woord en doe het nú. Dat de formerende partijen wezenlijk verschillen in hoe zij denken over overheidsfinanciën, is bekend. Het enige waar ze het over eens zijn, is dat ze geen lastenverzwaring voor de burger willen. Dat betekent dus: bezuinigen op sociale voorzieningen. We moeten er alles aan doen om dat te voorkomen. Daarom kiezen we voor een simpele, kleine lastenverzwaring. Die is niet voor alle burgers, maar alleen voor de aller-, aller-, allerrijksten van dit land, namelijk de miljonairsbelasting. Niet eerder was het afschaffen van het eigen risico zo haalbaar, maar dan moet het wel echt nú gebeuren.

Nogmaals, er is een ruime meerderheid van 80 zetels in deze Tweede Kamer voor het afschaffen van het eigen risico. De in december aangenomen motie, om het eigen risico zo snel mogelijk af te schaffen, werd ook gesteund door de PVV en de BBB. Deze formatie duurt nu al meer dan 120 dagen en gaat mogelijk nog maanden duren. Nog langer deze beslissingen uitstellen maakt de uitvoering ervan per januari 2025 steeds moeilijker, zo niet onmogelijk. De politiek kan niet wachten, de PVV kan niet langer wachten. Het afschaffen van het eigen risico zal voor veel mensen en gezinnen heel veel schelen in de portemonnee en het mijden van zorg tegengaan. Veel artsen en andere zorgverleners kunnen niet wachten. Mensen kunnen niet nog langer wachten. Zij rekenen nú op de PVV, voor 1 januari 2025. Ik ben razend benieuwd wat de PVV gaat doen.

De voorzitter:

U krijgt nog een interruptie van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik vraag me af hoe serieus meneer Dijk het parlement en alle rechten en plichten die daarbij horen, eigenlijk acht.

De heer Dijk (SP):

Net zo serieus als u.

Mevrouw Tielen (VVD):

"Als mevrouw Tielen", bedoelt hij.

De heer Dijk (SP):

Ja, sorry. Net zo serieus als mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

De reden dat ik het vraag, is als volgt. Er is een verzamelwet aan de orde. Dat is geen begrotingswet. Het is geen belastingwet. Het is geen wet op de zorgverzekeringen. Die wetten worden allemaal apart en zorgvuldig behandeld. Meneer Dijk koppelt dat nu allemaal samen in een wat hij een simpel amendement vindt. Ik moest het wel drie keer lezen voordat ik het begreep.

De heer Dijk (SP):

We hebben het goed uitgezocht. Dat klopt.

Mevrouw Tielen (VVD):

Daarin wil hij een paar miljard euro verschuiven, bij een wet waar dat helemaal niet bij hoort en waarbij hij noemt "bijvoorbeeld op dit of bijvoorbeeld op dat" en "wij vinden ook dit en wij vinden ook dat". Maar serieus, meneer Dijk, als wij het over serieuze wetten hebben en over serieuze bedragen — want ik denk dat een miljardje of 3,5 best wel een serieuze bedrag is — dan moeten we dat toch ook op een serieuze manier aanpakken en niet proberen om in een half A4'tje de politieke handjes op elkaar te krijgen en een mooi socialmediaberichtje te scoren?

De heer Dijk (SP):

Eigenlijk blijkt uit de toon van de bijdrage van de VVD op dit onderwerp ... Ik weet dat u niet voor het afschaffen van het eigen risico bent. Sterker nog, u bent heel vaak voor het verhogen van het eigen risico geweest, zelfs naar €500. Dat vond u allemaal hartstikke goed.

De voorzitter:

U bedoelt "mevrouw Tielen".

De heer Dijk (SP):

Dat vond mevrouw Tielen hartstikke goed, maar de toon die mevrouw Tielen van de VVD aanslaat, zegt eigenlijk alles. Ik begon mijn bijdrage met de opmerking dat een op de vijf mensen zorg mijdt. Dan ben ik trouwens best wel bescheiden of terughoudend, want eigenlijk mijdt een op de vier mensen en onder jongeren zelfs een op de drie mensen zorg, omdat ze het eigen risico niet kunnen betalen. Ja, mevrouw Tielen, dan grijp ik alles aan om dat per 1 januari 2025 geregeld te hebben. Ik heb het uitgezocht en ik heb het overal nagevraagd: wat is nog een mogelijkheid om het 1 januari 2025 te kunnen regelen? Dat betekent dat we nu dit amendement indienen en dat we bij het Belastingplan mijn voorstel voor een miljonairsbelasting nog moeten goedkeuren, maar ook daarvoor kijk ik helemaal niet naar u, want u wil dat eigen risico lekker laten bestaan. Ik snap dus dat u dit ingewikkeld en moeilijk vindt. Het is overigens geen half A4'tje. Het zijn ongeveer vijf A4'tjes. Ik snap dat het allemaal heel ingewikkeld voor u is

De voorzitter:

"Voor mevrouw Tielen."

De heer Dijk (SP):

Ik snap dat het voor mevrouw Tielen heel ingewikkeld is, maar ik vind het een uiterste noodzaak dat 1 januari 2025 het eigen risico afgeschaft wordt en ik grijp alles aan om dat te doen, alles.

Mevrouw Tielen (VVD):

Het is natuurlijk flauw van meneer Dijk om zo'n ad hominem te doen en om mijn fractie dan in een bijzin allerlei verwijten te maken, die ook lang niet allemaal kloppen. Ik heb graag een goed debat om het dan met elkaar over dit soort onderwerpen te hebben, want ik herken best wel wat meneer Dijk zegt, maar ik herken nog veel meer dingen en

er zijn nog veel meer onderwerpen die heel belangrijk zijn en die onze aandacht vergen. Maar we hebben als Kamer afspraken, democratische afspraken, over hoe we met elkaar omgaan en dingen regelen. Ik zou graag willen dat we dat als parlement serieus nemen en op die manier het debat aangaan. Ik verwees met "een half A4'tje" naar de motie die meneer Dijk zelf ook als argument gebruikte. Ik denk dat we ook ten opzichte van mensen buiten dit parlement eerlijk moeten zijn over wat wel of niet kan en hoe we dat op een manier doen die daadwerkelijk tot resultaat leidt en dat we niet alleen maar moeten laten zien waar we politiek staan. Dat is óók belangrijk, maar laten we ook zorgen dat we wetsbehandelingen zorgvuldig en goed doen.

De heer Dijk (SP):

Mevrouw Tielen mag mij echt heel veel verwijten. Zij mag ook zeggen: is dit nou de mooiste vorm en is dit het beste moment? Mevrouw Tielen, ik zal eerlijk toegeven dat ik dat niet weet. Ik heb het nagevraagd en dit zou het beste moment kunnen zijn om het nog voor 1 januari 2025 te kunnen regelen. Verdient het de schoonheidsprijs? Ik wil best toegeven dat dat niet het geval is — dat wil ik best doen — maar ik zei u zojuist wel dat ik er alles aan doe om het eigen risico per 1 januari 2025 af te schaffen. Een meerderheid in deze Kamer heeft gezegd: zo snel mogelijk. Dan wil ik ook dat dat gebeurt en dan grijp ik dat aan. Ik zou het ingewikkeld vinden om hier het komende jaar geen voorstel meer te kunnen doen om het eigen risico per 1 januari 2025 af te schaffen, terwijl de Kamer in meerderheid, dus ook uw mogelijke toekomstige coalitiepartner, daarmee heeft ingestemd. Dan moeten zij dat ook niet doen. Neem mij dus niet kwalijk dat ik, als er in deze Kamer een meerderheid is voor het zo snel mogelijk afschaffen van het eigen risico, alles aangrijp om dat te doen. Dat zal ik ook blijven doen.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Ik kan me voorstellen dat het voor mensen met een krappe beurs gewoon heel lastig is om het eigen risico te betalen, maar ik weet ook dat er vanuit de gemeenten bijvoorbeeld best wel veel regelingen zijn voor mensen met een krappe beurs en mensen met een chronische aandoening. Daar kunnen ze gebruik van maken om het eigen risico terug te krijgen. Je kunt bij de gemeente een verzekering afsluiten die goedkoper is. Gemeenten zijn soms ook bereid om het eigen risico van burgers te vergoeden. Is dat geen reden om daar meer ruchtbaarheid aan te geven? Want er zijn natuurlijk genoeg mensen die het eigen risico prima kunnen betalen. Je moet ervoor zorgen dat er voor de mensen die echt een krappe beurs hebben, voldoende regelingen zijn bij de gemeenten, want dat ben ik met u eens. Die regelingen zijn er nu ook al.

De heer Dijk (SP):

Een op de vier of een op de vijf mensen kan het eigen risico niet betalen. Dat zijn niet alleen mensen met een krappe beurs. Dat gaat van mensen met een laag inkomen tot en met mensen met een middeninkomen. Zelfs mensen met twee salarissen of een modaal inkomen hebben daar problemen mee omdat ze de eindjes niet meer aan elkaar kunnen knopen. Daarbij mijdt een op de drie jongeren zorg. Zij kunnen geen aanspraak maken op dit soort potjes bij de gemeente, omdat ze bijvoorbeeld studiefinanciering krijgen. Ze moeten die eerst aanspreken of een lening aangaan,

voordat ze van dit soort voorzieningen gebruik mogen maken. Ik heb veertien jaar in de gemeenteraad van Groningen gezeten. Dit is een van de gemeenten — u kent de gemeente toevallig — met een heel sociaal college. Ik denk dat ik nu wel kan zeggen dat het een van de meest sociale colleges van Nederland is. Die gemeentes hebben geen cent te makken. Ze doen hun uiterste best om ervoor te zorgen dat mensen zo goed mogelijk geïnformeerd worden via buurthuizen, wijkcentra en noem maar op. Mensen schamen zich ervoor en ze moeten hun handje gaan ophouden bij hun gemeente en vragen of ze alsjeblieft een extra bedrag kunnen krijgen als ondersteuning van het eigen risico dat ze niet kunnen betalen. Ten eerste vind ik dat denigrerend. Ten tweede vind ik het totaal onnodig. Ik vind het ridicuul dat wij in een land leven waarin mensen een drempel wordt opgeworpen om de zorg te krijgen die ze nodig hebben. De enige drempel die opgeworpen mag worden voor zorg, is een huisarts die bepaalt of je wel of geen zorg krijgt; niets anders mag dat bepalen. Er zou geen enkele financiële drempel moeten zijn. Ik vind het ongelooflijk dat een partij die het over bestaanszekerheid heeft dit niet begrijpt.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik begrijp dat wel degelijk, want ik denk echt dat de sleutel ligt in het verbeteren van bestaanszekerheid. Daar staan wij welzeker voor. Ik ben het met u eens dat mensen voldoende lucht en mogelijkheden moeten hebben in hun portemonnee, zodat ze het wel zelf kunnen betalen. Ik ben er helemaal voor dat het niet zo zou moeten zijn dat mensen voor iedere vergoeding een potje moeten aanspreken of naar een instantie moeten gaan.

Dan kom ik nu bij de volgende vraag. De mensen die echt behoefte aan zorg hebben en er dus ook echt gebruik van moeten maken, vormen een selecte groep. Niet dat ik hem te krap wil meten, maar het is wel maar een deel van de bevolking. Kijk bijvoorbeeld naar de tandartsverzekering. Die is voor kinderen gratis. Je ziet dat bepaalde groepen van de bevolking daar toch geen gebruik van maken, ondanks dat bijvoorbeeld verzekeraars erachteraan bellen. In hoeverre kunnen we er zeker van zijn dat de mensen die het ook echt nodig hebben, dat ook weten, ze gebruik kunnen maken van de zorg en ze niet alsnog drempels zien om er gebruik van te maken?

De heer **Dijk** (SP):

Ik heb moeite met de term "mensen die het echt nodig hebben", want iedereen heeft het echt nodig. Iedereen heeft het echt nodig dat er geen drempel is om zorg aan te vragen. Ik heb zonet ook aangegeven dat een op de vijf mensen zorg mijdt. Uit onderzoek van zorgverzekeraars zelf blijkt dat de helft van die mensen binnen een halfjaar terugkomt met zwaardere klachten, meer leed en hogere kosten. Het is dus ook nog goed voor de samenleving om op te houden met het eigen risico, met die onnodige drempel, die onnodige boete op ziek zijn.

Met de tandarts is het helemaal schandalig. De tandarts hoort ook in het basispakket, maar daar kunnen we een andere keer een discussie over voeren. Dat mensen niet naar de tandarts gaan omdat ze het niet kunnen betalen zien we ook geregeld terug. We zien mensen met kapotte tanden. Je kan aan iemands tanden zien hoe dik zijn portemonnee is. Sorry, maar er zijn mensen in dit land die er

keihard voor hebben gestreden dat dat niet meer nodig was, totdat er kabinetten kwamen, nogal liberale kabinetten, die zeiden: weet je wat, we gaan marktwerking in de zorg invoeren. Daar deden ze die nare, wantrouwende marktprikel in die ik het eigen risico noem, alsof mensen anders overmatig zorg zouden gaan consumeren, aangezien mensen zelfzuchtig zijn.

Overigens ligt dat mensbeeld van de zelfzuchtige mens die onnodig zorg gebruikt, ook ten grondslag aan het toeslagenschandaal. We moeten kappen met dit mensbeeld en met het idee dat er een eigen risico nodig is om een drempel op te werpen omdat mensen anders onnodig zorg gaan gebruiken. Het wordt ook remgeld genoemd. Sorry, maar ik vind dit soort termen als het gaat over mensen die zorg nodig hebben zeer onwenselijk. U had het daar zonet ook over. Ik vind het echt politiek zeer onwenselijk dat er zo naar mensen wordt gekeken. Volgens mij moet je mensen het vertrouwen geven. De huisarts kan bepalen of je wel of geen zorg nodig hebt. Sterker nog, ik zou eigenlijk ook gewoon alle premies willen afschaffen. Dan betalen we het allemaal via een inkomensafhankelijke bijdrage en kan iedereen de zorg krijgen die hij nodig heeft. Dan hoeven we ook niet allemaal speciale voorzieningen, bureaucratie en extra toeslagen op te tuigen om ervoor te zorgen dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben.

De **voorzitter**:

Dank voor uw antwoord en voor uw inbreng.

De heer **Dijk** (SP):

Dat was trouwens kort hè, voorzitter? Ik had tien minuten spreektijd maar ik heb het in vier minuten gedaan.

De **voorzitter**:

Ja, maar door de lange antwoorden op de interrupties bent u daar weer ruim overheen gegaan. Het is dus maar hoe je het bekijkt. De heer Bushoff is de volgende spreker. Hij spreekt namens GroenLinks-Partij van de Arbeid.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag ligt er een verzamelwet op het terrein van VWS voor. Die omvat een heel aantal wetten die vooral technisch gewijzigd worden, en een aantal kleine inhoudelijke wijzigingen. De Raad van State geeft daar, zoals gebruikelijk, advies over en heeft daarbij een enkele opmerking geplaatst. De minister heeft de wet naar aanleiding van die opmerking ook weer iets aangepast. Ik wil de minister vragen of het ook gelukt is om de wet op dat punt van de Raad van State te verbeteren. Gelet op de kleine inhoudelijke wijzigingen, een aantal technische wijzigingen en het verwerken van de opmerking van de Raad van State, zou je zeggen dat de Kamer voor deze wet stemt en kan zeggen: daarmee is het afgerond. Toch is er nog een viertal punten waar ik me graag even op wil focussen.

Voorzitter. Het eerste punt gaat over de bevoegdheid die wordt gecreëerd voor de NZa om een bestuurlijke boete op te leggen aan zorgverzekeraars die hun premie niet tijdig bekendmaken. Dat raakt aan een breder punt over de ondoorgroondelijkheid en onduidelijkheid voor ons als mensen, als consumenten die een zorgverzekering moeten

afsluiten, van de hoogte van de premie en de verzekerde zorg. Dat bredere punt wil ik zo nog even aanpakken.

Een ander punt is dat het vanuit Europees recht wordt geregeld dat mensen die al meer dan vier maanden onder de werksfeer van het Nederlandse zorgstelsel vallen toch in aanmerking kunnen komen voor een vergoeding. Die mensen moeten binnen vier maanden een zorgverzekering afsluiten. Dat regelt deze wet vanwege Europees recht. Ik wil daar even kort bij stilstaan.

Ten derde wil ik stilstaan bij de amendementen die wij hebben ingediend. Die lossen een probleem in de huidige wetgeving op. Er is namelijk een jaarverantwoording voor zorgaanbieders, die onevenredig zwaar uitpakt voor kleine zorgaanbieders. Die is zo zwaar dat de minister eigenlijk ook heeft gezegd: ik druk even op de pauzeknop. Ik vind het goed dat de minister dat heeft gedaan, maar die pauzeknop is tijdelijk. We moeten dus met een definitieve oplossing komen. We hebben gepoogd om dat met de ingediende amendementen te doen.

Tot slot wil ik het hebben over visuele armoede.

Maar eerst dus dat eerste punt over de bevoegdheid voor de NZa om een bestuurlijke boete op te leggen als zorgverzekeraars niet snel of tijdig genoeg de hoogte van hun premie bekendmaken. Ik denk dat dat heel goed is. Zoals ik al zei, is er op dit moment heel veel onduidelijkheid voor ons als consumenten, voor ons als mensen in Nederland die een zorgverzekering moeten afsluiten. Die onduidelijkheid kan veroorzaakt worden doordat je niet weet wat de hoogte van de premie is. Het is dus heel goed dat voor de NZa de mogelijkheid gecreëerd wordt om daarop te handhaven.

Maar wat ook vaak gebeurt, is dat de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgverleners niet tijdig rond is. Als je dan een zorgverzekering afsluit, weet je niet tijdig waarvoor je je eigenlijk verzekert. Dan heb je af en toe ook nog eens te maken met budgetplafonds. Dan kan het voorkomen dat je als patiënt zorg nodig hebt en naar degene toegaat die zorg kan leveren, maar dat die dan geen contract blijkt te hebben. Dan kan het zijn dat je voor vervelende, onverwacht hoge kosten komt te staan. Dat vinden we als GroenLinks-PvdA onwenselijk. Daarom hebben we ruim een jaar geleden gevraagd een offerteplicht in het leven te roepen. Als je naar een zorgaanbieder gaat omdat je zorg nodig hebt, regelt zo'n offerteplicht dat je op papier toegezonden krijgt wat dat gaat kosten en of jouw zorg vergoed wordt. Als die zorg niet vergoed wordt, zou moeten worden aangegeven hoeveel je zelf zou moeten betalen. Dan kom je niet voor onverwachte, hoge zorgkosten te staan. Die motie hebben wij ingediend. Die is ook aangenomen. Die motie zou bij mijn weten besproken worden aan de thematafel van het IZA afgelopen februari. Ik ben heel benieuwd wat daaruit is gekomen. Gaan we nu over tot het instellen van die offerteplicht?

Voorzitter. Dan ga ik naar mijn tweede punt. Uit het Europese recht volgt dat mensen die al langer dan vier maanden onder de werksfeer van ons zorgstelsel vallen, alsnog in aanmerking kunnen komen voor een vergoeding als zij zorg hebben gebruikt. Ze kunnen ook binnen vier maanden alsnog een zorgverzekering afsluiten. Dat raakt aan een wat breder punt, namelijk dat er meer mensen in Nederland

zijn, vaak van buitenlandse komaf, die eigenlijk een beetje tussen de wal en het schip vallen als het gaat om het gebruiken van zorg. Dat betreft dan de groep ongedocumenteerden. Deze mensen hebben helaas te vaak geen toegang tot zorg. Dat komt mede doordat de druk op de zorg heel hoog is, maar er zijn nog drie andere redenen. Die zorg wordt namelijk niet op de reguliere wijze vergoed, maar via het CAK. Er zijn eigenlijk drie redenen waarom dat heel ingewikkeld is. Eén: de regeling van het CAK is bij heel veel zorgverleners niet bekend. Twee: de regeling is onnodig ingewikkeld. Drie: de vergoeding is niet toereikend. In 2022 heeft de minister al toegezegd dit te gaan verbeteren en dit probleem aan te pakken. Tijdens de behandeling van een verzamelwet die hierop toezag, heb ik daar ook naar gevraagd en ben ik daarop ingegaan. Maar op dit moment hoor ik uit het veld dat er nog niks veranderd of verbeterd is. Ik zou de minister dus willen vragen welke stappen er op dit vlak zullen worden gezet. Zijn er al stappen gezet? Zo ja, hoe kan het dat het veld dit nog niet merkt? En als er nog geen stappen zijn gezet, op welke termijn gaat de minister dan wel stappen zetten? Naar mijn weten is dat eerder toegezegd.

Voorzitter. Dat brengt mij bij mijn derde punt voor dit debat. Dat punt gaat over de amendementen die wij zelf hebben ingediend. Op dit moment geldt er een jaarverantwoording voor eigenlijk alle zorgaanbieders. Er kan hierbij geen onderscheid worden gemaakt tussen microzorgaanbieders, kleine zorgaanbieders en grotere zorgaanbieders. Dat zorgt ervoor dat de jaarverantwoording onevenredig zwaar belastend zou zijn voor kleine zorgaanbieders. Daarom heeft de minister ook gezegd: we drukken de pauzeknop in, we gaan nu niet om de jaarverantwoording vragen. Dat is heel goed. Maar dit brengt ons bij een dilemma. Aan de ene kant wil je zorgverleners voldoende vertrouwen geven en de bureaucratische lasten en de verantwoordingsdruk zo ver mogelijk terugdringen. Aan de andere kant wil je een mate van verantwoording en toezicht hebben om fraude in de zorg tegen te gaan. Vanochtend zagen we weer berichtgeving over fraude met zorggeld. Dat is volstrekt onwenselijk. Tegelijkertijd wil je dat dat niet doorslaat en dat daardoor de bureaucratische lasten en de verantwoordingsdruk enorm toenemen. Daarover horen we als Kamerleden ook elke dag berichten van zorgverleners. Als Kamer willen we, bijna collectief, de bureaucratische last juist verminderen. Daarom lag er een amendement van mijn voorgangers, mevrouw Van den Berg van het CDA en mevrouw Ellemet van GroenLinks. Zij probeerden daarin de balans te vinden, om handen en voeten te geven aan hoe we die jaarverantwoording in de wet zouden regelen. Alleen, het punt was nou net dat het amendement dat voorlag, eigenlijk ook allerlei onwenselijke uitwerkingen had. Eigenlijk was het zorgveld er niet echt tevreden mee, zoals ook bleek uit de vele berichtgeving daarover. De technische briefing die mede door het ministerie over dit amendement werd georganiseerd, wees uit dat dit amendement voor het ministerie en ook voor de toezichthouder wel wat wrong. Daarom doe ik het voorstel om dat amendement in te trekken. Daarover heb ik samen met mijn collega Harmen Krul van het CDA een bericht gestuurd. We trekken dat amendement dus in. Volgens mij moet ik dat plenair nog even benoemen en dan staat dinsdag op de stemmingslijst dat wij de Kamer verzoeken om het amendement in te trekken. Mocht daar geen bezwaar tegen zijn dan wordt dat ingetrokken.

De voorzitter:
Dit gaat over het amendement op stuk nr. 11.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Dank u wel, voorzitter. Ik heb geen blaadje voor me, dus een beetje hulp is wenselijk. Dat amendement trekken we dus graag in. De jaarverantwoording blijft echter wel bestaan. Dat probleem wilden we eigenlijk toch wel tackelen. Hoe zorgen we er nou voor dat er aan de ene kant een proportionele verantwoording is en dat die aan de andere kant niet onevenredig zwaar uitpakt voor kleine zorgaanbieders en microzorgaanbieders? Daarvoor hebben we een amendement ingediend.

Ik moet mijn dank uitspreken voor de hulp van ministerie, want dat heeft hiernaar gekeken. Ook de Eerstelijnscoalitie heeft hier echt hard aan meegeholpen. Mijn medewerker, die achter in de zaal zit, heeft hier ook heel veel tijd aan besteed. Bovendien zei de toezichthouder: met dit amendement kunnen wij wel uit de voeten. Volgens mij is het met dit amendement gelukt om zo goed en kwaad als het gaat een balans te vinden tussen aan de ene kant het organiseren van een voldoende mate van verantwoording en toezicht in de zorg en aan de andere kant het ervoor zorgen dat dit proportioneel is, zodat microzorgaanbieders en kleine zorgaanbieders niet onevenredig hard gepakt worden. Dat beoogt dit amendement echt. Mocht dit amendement worden aangenomen, dan krijgt de minister de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen de mate van het vragen van verantwoording per type zorgaanbieder. Wanneer zou de minister met de uitwerking daarvan kunnen komen? Hoelang gaat dat nog duren?

De voorzitter:
Dit ging over het amendement op stuk nr. 14.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Ja, ik zie een vraag daarover.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Vroeg de voorzitter of dit om het amendement op stuk nr. 14 ging?

De voorzitter:
Nee, hij zei: dit ging over het amendement op stuk nr. 14.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ja, precies. Ik heb daar een paar inhoudelijke vragen over. De heer Bushoff refereert volgens mij inderdaad terecht aan de enorme administratieve lastenverhoging die het amendement op stuk nr. 11 opwierp. We hopen dat dit amendement dat minder doet. Mijn eerste vraag daarover is: is meneer Bushoff niet bang dat er daardoor willekeur ontstaat? We zien weleens dat als je een harde grens stelt met een groot verschil tussen regels voor kleinere versus grotere organisaties, grotere organisaties soms een manier vinden om in heel veel kleine organisatietjes opgeknipt te worden. Dat bereikt niet alleen in z'n totaliteit niet altijd het doel, maar daarmee worden ze ook onttrokken aan wat we graag willen. Dat is namelijk, zoals meneer Bushoff ook zei, de zekerheid dat de financiën goed besteed worden. Ik zou

daar nog aan willen toevoegen dat de kwaliteit van zorg die daarbij hoort, overeind moet blijven.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Eigenlijk heb ik twee punten in antwoord op deze vraag. In de eerste plaats was het natuurlijk in het verleden al zo dat er een jaarverantwoording werd gevraagd en dat daarbij geen onderscheid werd gemaakt. Eigenlijk is het in de wet vastgelegd dat je geen onderscheid mag maken. Daardoor kwam de jaarverantwoording die eigenlijk in de wet stond opeens rauw op het dak van al die kleine zorgaanbieders. De situatie uit het verleden wijst eigenlijk niet uit dat het probleem dat mevrouw Tielen schetst, zich gaat voordoen. Daarnaast denk ik dat het heel erg veel voeten in de aarde zal hebben om als grote zorginstelling je bedrijfsvoering helemaal op te splitsen in allerlei kleine deel-bv'tjes. Dat is bijna ondoenlijk en brengt zo veel meer problemen met zich mee dat het zich in de praktijk niet heel snel zal voordoen, denk ik. Dat zal zeker niet de uitwerking zijn van dit amendement, want grote zorgaanbieders worden absoluut niet zo onevenredig zwaar gepakt dat dat opweegt tegen je in allerlei van dit soort bochten wringen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Nee, dat waardeer ik inderdaad ook aan de memorie van toelichting die meneer Bushoff erbij heeft staan. Het ene stuk is: gaat het gebeuren of niet? Er zit altijd een kristallenbol-element in. Maar ik ben ook een optimist, dus dat scheelt. Het andere punt — en ik denk dat meneer Bushoff dat goed benoemt — is dat het verschil ook niet heel groot moet zijn. Het zou dus voor alle zorgorganisaties behapbaar moeten zijn.

Een andere vraag die ik heb, is de volgende. Daar kom ik zelf straks op terug, tenzij dat niet nodig is. We doen dit inderdaad om aan de ene kant te weten dat de financiële stabiliteit en daarmee ook de kwaliteit van zorg overeind blijven, ook bij kleine zorgorganisaties. Dat zien we toch ook nog vaak fout gaan. Dat is ook een reden waarom we met die verantwoordingsplicht komen. Stel nou dat je als huisartspraktijk — ik noem maar een voorbeeld; ik weet niet of dat precies een goed voorbeeld is — jaar na jaar de goede verantwoording doet. Ziet meneer Bushoff ook niet in dat als je het altijd goed doet, de frequentie waarmee je met je administratieve ordnertjes naar de toezichthouder moet wellicht weleens omlaag kan? Dat is dan vanuit het vertrouwen in iemand die bewezen te goeder trouw is.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Op zichzelf vind ik dat eigenlijk heel redelijk klinken en op zichzelf ben ik daar ook niet op tegen, zij het dat dit punt ook aan bod kwam bij de technische briefing. Dat punt werd onder de aandacht gebracht bij de toezichthouder, waarop de toezichthouder zei: je kan natuurlijk iets aan de frequentie veranderen, maar als je zegt dat je op een gegeven moment überhaupt geen jaarverantwoording meer gaat vragen, dan heb je helemaal geen mogelijkheden meer om toezicht te houden. Dan kan het misschien twee jaar op rij goed gaan en dan kunnen mensen daarop inspelen, om vervolgens na twee jaar te denken: nu heb ik helemaal vrij spel. Ik vind het dus lastig om te zeggen: als je het goed doet, hoef je helemaal geen verantwoording meer af te leggen. Maar ik kan best meevoelen met het punt van mevrouw Tielen dat als bijvoorbeeld een huisarts het een langere tijd goed doet,

je dan misschien wel wat kan doen aan de frequentie. Als mevrouw Tielen in haar inbreng die vraag wil stellen aan de minister, dan vind ik dat een goed idee. Anders ben ik bij dezen benieuwd of de minister dat misschien mee kan nemen in de vraag die ik net stelde over hoe snel zij komt met de eventuele uitwerking van hoe die verantwoording er dan uit moet komen te zien, mocht dit amendement worden aangenomen.

De voorzitter:

Heel goed. Volgens mij kunt u uw betoog vervolgen.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Dan ga ik nog even kort in op het andere amendement dat we hebben ingediend.

De voorzitter:

Het amendement op stuk nr. 15, zeg ik er even bij.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ja, het amendement op stuk nr. 15. Dat gaat over het introduceren van een vergunningplicht voor mensen die zorg willen gaan verlenen, voor nieuwe zorgaanbieders. Het was volgens mij mijn voorganger — of nou ja, niet mijn voorganger, maar een van onze voorgangers in deze Kamer — mevrouw Van den Berg van het CDA die ooit heeft gezegd: het is in Nederland makkelijker om een zorginstelling te openen dan een snackbar. Zij vond dat onwenselijk. Ik kan wel een beetje met haar meevoelen. Eigenlijk zou je een vergunningplicht willen introduceren om het kaf van het koren te kunnen scheiden en te voorkomen dat allerlei zorgcowboys zich in ons Nederlands zorgstelsel begeven. Dat betekent dat iedereen die begint met het verlenen van zorg of een zorginstelling wil beginnen, dan een vergunning moet aanvragen. Op het moment dat iemand geen goeie plannen heeft, kun je de vergunning ook weigeren. Om te voorkomen dat ook dit onevenredig uitpakt en alle huidige zorgaanbieders opnieuw een vergunning moeten aanvragen, wat praktisch gewoon onuitvoerbaar is, zeggen we in het amendement dan ook dat iedereen die al zorg verleent, in principe gewoon rechtshalve een vergunning krijgt toegewezen. Dat is de toelichting voor dit amendement. Ik zie dat iemand daar een vraag over heeft.

De heer Claassen (PVV):

Een van de 36 minions wil graag samenwerken — dat hebben we ook al gedaan — en even kort met elkaar over dit amendement spreken. Ik denk dat het an sich een goed amendement is. Maar ik heb er ook een vraag over, misschien ook wel aan de minister. Aan de ene kant kan het schuren. Ik denk dat beide partijen het erover eens zijn dat de regeldruk naar beneden moet. Aan de andere kant willen we de dingen die bijvoorbeeld vanochtend in het nieuws kwamen, ook voorkomen. Ik denk dat dat goed is. Maar het kan schuren als het gaat over de regeldruk. Hoe zou je daarop reflecteren? Misschien kan een van de ministers daar straks ook haar licht op laten schijnen.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik wil in deze commissie graag samenwerken, hoor, dus laten we dat vooral goed blijven doen, zou ik zeggen. Het

is een terechte vraag van de heer Claassen van de PVV. Je wil niet dat het eventueel introduceren van extra regelgeving, zoals met de invoering van een vergunningsplicht, tot extra, eigenlijk onnodige bureaucratische last leidt en het onaantrekkelijk maakt om in de zorg te gaan werken. Het gaat om een eenmalige vergunningsplicht, die dus geldt bij de start van je zorgonderneming, als je een zorginstelling wil beginnen. Dan moet je één keer iets regelen, maar daarna heb je die vergunning ook. Ik denk dus dat die bureaucratische last heel erg beperkt is tot het moment dat je een zorginstelling start of zorg gaat verlenen. Daarmee vind ik het dus heel evenredig.

Om te voorkomen dat het een te grote belasting legt op alle huidige zorgaanbieders, zeggen we ook dat iedereen die nu al actief is in het zorgveld, rechtshalve gewoon zo'n vergunning toegewezen krijgt. Daarmee hebben we volgens mij wederom de balans gevonden: aan de ene kant zorgen we dat we voldoende middelen in handen hebben om zorgcowboys te weren en fraude tegen te gaan, en aan de andere kant leggen we niet onevenredig veel bureaucratische last op de schouders van zorgaanbieders. Sterker nog, we willen die last verminderen. Dat doen we ook, met het andere amendement dat we hebben ingediend. Volgens mij zijn allebei de amendementen dus in balans en brengen ze elkaar ook nog wat meer in balans.

Voorzitter. Dat over de ingediende amendementen. Tot slot zou ik graag een laatste punt willen aanstippen, namelijk over visuele armoede. Heel veel mensen hebben een bril nodig of zijn slechtziend, maar op dit moment kan een groeiende groep mensen geen beroep doen op een bril omdat zij daar geen financiële middelen voor hebben. Helaas geldt dat ook voor heel veel kinderen. Er komen mij steeds meer schrijnende verhalen ter ore van kinderen die slechtziend zijn maar van wie de ouders geen geld hebben om een bril aan te schaffen. Het is zelfs zo ernstig dat ook de voedselbank al twee keer een actie heeft moeten organiseren om te zorgen dat kinderen toch aan een bril kunnen komen.

Moet je je voorstellen dat je als kind in de klas zit met -3 en het bord niet kan lezen. Dan kan het zomaar zijn dat je dus niet mee kan komen op school, niet mee kan doen met sport en niet mee kan doen in de samenleving. We zien dit probleem groeien. Het is schrijnend dat kinderen dus eigenlijk de dupe zijn van de dikte van de portemonnee van hun ouders. Ze kunnen misschien geen bril krijgen omdat de ouders daar geen geld voor hebben. In ons Nederlandse zorgstelsel is het doorgaans goed geregeld voor kinderen. Ze zijn bijvoorbeeld uitgezonderd van een eigen bijdrage voor het eigen risico en binnen de Wlz. Voor tandartsen zijn ze meeverzekerd. Voor hulpmiddelen zoals gehoorapparaten en rolstoelen hoeven ze geen eigen bijdrage te betalen. Maar als het aankomt op een bril, iets wat hoogstnoodzakelijk is om te kunnen functioneren op school, bij sport en in de samenleving, dan wordt ouders nog wél gevraagd om een eigen bijdrage. Dat leidt er dus toe dat de dikte van de portemonnee van de ouders bepaalt of een kind kan meedoen op school, aan sport en in de samenleving, en of ze dus een bril kunnen aanschaffen of niet. Ik vind dat onwenselijk. Ik ben benieuwd of de minister dit probleem ook ziet en of zij ook erkent dat we dit probleem moeten aanpakken.

Ja, er kan een medische noodzaak zijn. Dan kun je wel een vergoeding krijgen voor een bril, maar die medische noodzaak houdt in dat je ongeveer, even plat gezegd, steekblind moet zijn om in aanmerking te komen voor een bril. Dat geldt namelijk pas vanaf -6 of +6, of andere ernstige oogafwijkingen. Ik kan u vertellen dat je met -3 het bord van achter in de klas al niet kunt lezen. Dus de richtlijnen om te kunnen zeggen dat iemand een medische noodzaak heeft voor een bril, zijn echt veel te scherp gesteld. Die zorgen er nu voor dat heel veel kinderen helaas niet in aanmerking komen voor de vergoeding van een bril, en dus moeilijk kunnen meedoen op school, aan sport en in de samenleving. Ziet de minister dit probleem? Is zij bereid om dit op te lossen?

Tot zover.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw inbreng. De volgende spreker is mevrouw Jansen namens Nieuw Sociaal Contract.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Voorzitter. Nieuw Sociaal Contract heeft kennisgenomen van de verzamelwet en kan zich grotendeels vinden in de wijzigingen die worden voorgesteld. Ik wil echter graag twee onderdelen aan de orde stellen. Een van de wijzigingen in de verzamelwet betreft het instellen van effectieve sancties door de regering indien de zorgverzekeraar de premie voor het jaar erop te laat bekendmaakt. Dat juichen we van harte toe. Het is belangrijk dat burgers op tijd worden geïnformeerd, zodat er voldoende tijd overblijft om een weloverwogen keuze te maken.

Wat echter resteert, is de onzekerheid, de grote onduidelijkheid, over welke zorg het hele jaar beschikbaar is en vergoed wordt binnen een natura- en combinatiepolis. Informatie hierover is voor een deel van de verzekerden nog steeds onvoldoende beschikbaar. Nieuw Sociaal Contract is van mening dat bij een verwijzing naar een andere zorgverlener voor de verzekerde duidelijk moet zijn of de zorg vergoed wordt binnen zijn naturopolis of combinatiepolis. Deze informatie hoort voor alle verzekerden in één oogopslag te vinden te zijn. Dit is niet altijd het geval. Patiëntenfederatie Nederland heeft vorig jaar laten zien dat bijna de helft van de verzekerden die naar een niet-gecontracteerde medisch specialist, wijkverpleegkundige of zorgverlener binnen de ggz ging, er niet van op de hoogte was dat hun verzekeraar geen contract had met hun zorgverlener. Ruim 40% van deze verzekerden kreeg dit pas te horen toen de zorg al bezig was en ruim een derde pas toen de zorg al was afgerond en ze onverwachts een rekening op hun deurmat kregen. Uit het onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland wordt duidelijk dat veel deelnemers aan dit onderzoek onvoldoende informatie konden vinden over specifieke vergoedingen. Ook misten zij informatie over contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners, omdat deze vaak nog niet rond waren ten tijde van de overstap.

Alhoewel er het afgelopen jaar flinke stappen zijn gemaakt door zowel zorgverzekeraars als zorgverleners, zijn verbeteringen in een tijdige informatievoorziening nog steeds wenselijk. Ook komen verzekerden nog te vaak voor verrassingen te staan, omdat tegen het eind van het jaar opeens geen budget meer beschikbaar is voor het verlenen van zorg en er ook geen doorleverplicht is. Er zijn schrijnende

gevallen bekend, bijvoorbeeld dat een terminale patiënt te horen kreeg dat hij niet thuis verzorgd kon worden, omdat er geen budget meer was voor nachtzorg, of dat huisartsen al in juli het verzoek kregen van de zorgverzekeraar om hun patiënten tot het eind van het jaar niet meer naar het plaatselijke ziekenhuis te verwijzen, omdat onvoldoende zorg was ingekocht.

Zorgverzekeraars moeten aangeven dat zij plafonds hebben afgesproken, maar doen dat in de praktijk niet altijd. Daarnaast is ook deze informatie voor veel verzekerden lastig te vinden. Niet iedere verzekerde is in staat om zelf in de polisvoorwaarden op zoek te gaan om te zien of ze te maken zouden kunnen hebben met omzetplafonds. Het gevolg is dat je wel verzekerd bent, maar dat je als verzekerde in veel gevallen eigenlijk nooit helemaal zeker bent of het wel verzekerd is. Dat wil Nieuw Sociaal Contract veranderen. De zorgverzekeringspolis moet glashelder zijn.

Om de informatievoorziening rondom vergoeding van niet-gecontracteerde zorg te verbeteren, heeft Patiëntenfederatie Nederland vorig jaar al een aantal suggesties gedaan, die door verschillende partijen kunnen worden opgepakt. Graag hoor ik van de minister welke aanbevelingen inmiddels zijn opgepakt en wat de plannen op de korte termijn zijn om deze informatievoorziening verder te verbeteren, zowel wat betreft de timing als de inhoud en de duidelijkheid. Zou de minister willen bevestigen dat zij bereid is moeite te steken in het bevorderen dat zowel verwijzers, zorgverzekeraars als vergelijkers beschikken over dezelfde betrouwbare informatiebron waaruit zij verzekerde patiënten snel en juist kunnen informeren over de vraag of en hoeveel mensen moeten bijbetalen als ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan? Een goed en tijdig contracteerproces is afhankelijk van de inzet van zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder, maar ook van de overheid.

Mevrouw Tielen (VVD):

Nog even over het vorige puntje. Mevrouw Jansen noemde volgens mij drie partijen die informatie zouden moeten geven aan de verzekerde over de voorwaarden en de gecontracteerde zorg, maar ik miste in dat rijtje de zorgaanbieder zelf. Is mevrouw Jansen het met mij eens dat ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders zelf een verantwoordelijkheid hebben om hun patiënt of zorgvrager te wijzen op het feit dat zij geen contract hebben met de zorgverzekeraar waar de patiënt verzekerd is, en dat dat dus ook consequenties heeft?

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Dat ben ik helemaal met mevrouw Tielen eens. De zorgaanbieder hoort daar ook bij. Het is inderdaad duidelijk dat iedereen die op dat moment met de zorg te maken heeft, daarvan ook op de hoogte moet zijn, het liefst natuurlijk van dezelfde informatie. Daar ben ik het dus helemaal eens.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Het contracteerproces in de Zorgverzekeringswet verloopt in een jaarcyclus, waarbij het de begrotings- en pakketcyclus van de overheid volgt. Heeft de minister zicht op de knel-

punten bij de betrokken partijen in het gehele contracteerproces? Erkent de minister dat het contracteerproces een keten is die stopt indien ook maar één schakel niet goed gaat? Welke mogelijkheden ziet de minister om ervoor te zorgen dat het strakke contracteerproces iets meer lucht krijgt? Ziet de minister bijvoorbeeld een mogelijkheid om iets te wijzigen in de timing van de begrotings- en pakket-cyclus, zodat de zorgverzekeraars eerder kunnen beginnen aan het contracteerproces? Of kan de minister bijvoorbeeld iets meer druk zetten op het tijdig aanleveren van gegevens over tarieven en offertes door zorgaanbieders die nodig zijn voor het contracteerproces?

De tweede wijziging die ik aan de orde wil stellen, betreft een wijziging van de Alcoholwet. In de tweede nota van wijziging worden de artikelen 14 en 15 van de Alcoholwet zo gewijzigd dat er uitzonderingen komen op het verbod op kleinhandelsverkoop in horecalokaliteiten, artikel 14, en in horecapanden, artikel 15. Die uitzonderingen betreffen de verkoop van tabaksproducten. In de nota van toelichting wordt uitgelegd dat de achterliggende gedachte is om te vermijden dat er een dubbel verbod op verkoop van tabaksproducten komt te gelden met elk een eigen toezicht-houder, namelijk de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit voor het komende verbod op grond van de Tabaks- en rookwarenwet en de gemeente voor het bestaande verbod op grond van de Alcoholwet. Om zo'n dubbel verbod en dubbel toezicht te voorkomen, worden tabaksproducten uitgezonderd van het kleinhandelsverbod in horecalokaliteiten en horeca-inrichtingen in de Alcoholwet. De verkoop van tabaksproducten en aanverwante producten wordt wel verboden op grond van de Tabaks- en rookwarenwet. De NVWA zal toezicht houden op dit verbod.

Voorzitter. Het is onwenselijk om in de Alcoholwet expliciet te bepalen dat je tabaksproducten in de horeca mag verkopen en in de Tabaks- en rookwarenwet te bepalen dat dat verboden is. Dat leidt tot ongewenste situaties. Daarom stel ik in een amendement voor om de voorgestelde uitzonderingen ten aanzien van tabaksproducten en aanverwante producten te laten vervallen. Ik ontvang graag van de minister een reactie op mijn voorstel.

De voorzitter:

Dit is het amendement op stuk nr. 16, voor alle duidelijkheid.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ja, dat klopt, denk ik. Ik geloof u.

De voorzitter:

Zeker. Gaat uw gang.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Tot slot, voorzitter. Er liggen twee belangrijke moties voor over het uitvoeren van een integraal oversterfteonderzoek en het beschikbaar stellen en houden van de data die daarvoor nodig zijn. De minister heeft aangegeven deze moties niet uit te voeren en dat vinden wij niet acceptabel. De moties zijn met een ruime meerderheid aangenomen. Graag ontvang ik daarom van de minister een toezegging dat zij voor 27 maart een brief stuurt over hoe ze beide moties concreet gaat oppakken.

De voorzitter:

Dank voor uw inbreng. Mevrouw Tielen gaat spreken namens de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie, zoals zij het graag hoort. Gaat uw gang.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. De voorliggende Verzamelwet is eigenlijk een set technische aanpassingen, een verzamelwet immers, in zo'n zestien wetten. Volgens mijn fractie had het ook best een hamerstuk kunnen zijn, maar er liggen ook een aantal amendementen voor. Het zijn een aantal serieuze amendementen en een second dribble van meneer Dijk, maar daar hebben we al een interruptiedebatje over gehad. Voor de niet-basketballers onder ons: een second dribble is het fenomeen dat iemand een dribbel uitvoert, vervolgens de bal met beide handen vastpakt en in plaats van 'm door te zetten onreglementair opnieuw begint te dribbelen. Die metafoor had ik bij het amendement van meneer Dijk.

Ik heb een aantal inhoudelijke vragen gesteld als het gaat over het amendement van meneer Bushoff op stuk nr. 14 over de administratieve last. Ik ben niet tegen, maar ik ben nog niet helemaal overtuigd dat het onderscheid maken tussen kleine en grote zorginstellingen het grote verschil gaat maken. Ik vroeg het ook al aan de heer Bushoff, maar ik stel de vraag ook graag aan de ministers. We hebben in dit huis de mond vol over het uitgaan van vertrouwen. Als iemand bewezen te goeder trouw is, moeten we dat vertrouwen misschien soms ook omzetten in minder verantwoordingsplicht. Dat kan op heel veel vlakken. Dat betekent niet dat je het weghaalt, maar wel dat je de frequentie kan verlagen. Dat kan een serieuze vermindering van de administratieve last betekenen. Het moet uiteraard niet zomaar willekeurig, maar het kan misschien wel als iemand heeft bewezen zich gewoon netjes aan de regels te houden. Ik denk dat het overgrote deel van de zorginstellingen dat zal herkennen. Ook vanuit die overtuiging zullen ze het vervolgens makkelijker vinden om te voldoen aan de verantwoordingsplicht die elk jaar nodig is.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Toch nog even een vraag. Ik snap heel goed de zorgen die mevrouw Tielen uit en de wens om te bekijken of je iets aan de frequentie kunt doen. Wat me nog niet helemaal duidelijk is, is wat het doorslaggevende argument is waarom mevrouw Tielen nog niet helemaal denkt dat dit een goed amendement is. Het amendement regelt minder verantwoordingslast voor microzorgaanbieders en wellicht ook voor kleine zorgaanbieders. De verantwoordingsdruk blijft hetzelfde voor grote zorgaanbieders, die dezelfde verantwoordingsdruk al tijden hebben, dus daar verandert eigenlijk niks aan. Waar zit nou de bottleneck voor mevrouw Tielen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Misschien al in de bijzin van meneer Bushoff zelf. Microzorgaanbieders zijn heel klein en misschien wel zzp'ers. En wellicht gaat het ook om kleine zorgaanbieders. We zijn nu bezig met een wet. Waar gaan we de grens leggen en is het een verantwoorde grens? Ik refereer toch eventjes stiekem aan een mondelinge vraag waarvoor we eerder deze week in de zaal stonden. Juist micro-instellingen kunnen soms dingen doen waar wij in dit huis niet blij van worden.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dat snap ik, maar de grenzen tussen microzorgaanbieders en kleine zorgaanbieders hebben wij niet zelf verzonnen. Dat zijn grenzen die voortkomen uit Europese wet- en regelgeving en daar kunnen wij dus ook niet zo heel veel aan veranderen. Maar we kunnen er wel voor zorgen dat in ieder geval de administratieve last niet doorslaat voor die ene huisarts waar eigenlijk nooit fraude bij plaatsvindt. Dat doen we met dit amendement. Aan de andere kant houden we wel iets in stand om juist die onwenselijke praktijk van fraude, soms ook bij hele kleine zorgaanbieders, toch op te kunnen laten sporen door de toezichthouder. Hebben wij dus niet eigenlijk de meest ideale of de minst slechte variant gekozen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Wellicht gaat het wel samen, hè. Nogmaals, ik zeg niet dat ik het er niet mee eens ben. Ik denk dat meneer Bushoff een heel goed betoog had. Hij gaf daarin een aantal punten aan die we, denk ik, allemaal veel terug hebben gehoord uit de praktijk. Het is zoeken naar hoe we het zo kunnen snijden dat het ook goed klopt en aansluit. Ik zeg dat ook, omdat dat verschil tussen micro en klein en wellicht klein en groot ook weer niet te groot moet worden. Volgens mij zijn we samen bezig met een goede zoektocht en daar dragen ook dit soort interruptiedebatjes aan bij. Ik kan me voorstellen dat de twee samengaan: aan de ene kant een wat lichtere administratieve last voor kleinere organisaties en aan de andere kant een wat lagere frequentie wanneer je jaar op jaar laat zien "te goeder trouw" te zijn. Dat zou samen wel eens goed kunnen bijdragen aan het in stand houden van ons zorgsysteem, om maar eens een heel groot woord te gebruiken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen vervolgt haar betoog.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan de bestuurlijke boete. Mevrouw Jansen sprak daar ook over en ook ik ben voorstander van de mogelijkheid dat de NZa een bestuurlijke boete oplegt aan zorgverzekeraars. Maar ik zou de zorgaanbieders daar ook bij willen betrekken, want een contractonderhandeling is meestal iets tussen twee of meer partijen. En als die onderhandelingen vertragings oplopen, liggen de oorzaken daarvan meestal aan beide kanten. Ik zou in een bijzin zachtjes willen zeggen: dat zien we bij de sluis ook. Ik heb het nu in alle bijdragen gehoord, maar ik deed in eerdere debatten ook al de oproep: als verzekeren een contract aan moeten gaan met hun zorgverzekeraar, dan moeten ze wel weten wat het inhoudt. Dat heeft te maken met de premie, maar ook met de contractvoorwaarden en de vraag waar je wel of niet terecht kan. Ik sluit me daar dus bij aan.

Ik zet er ook wel wat vraagtekens bij, want recent zagen we ook dat de Nederlandse Zorgautoriteit het soms lastig vindt om — ik zeg het in mijn woorden — de instrumenten die ze krijgt, daadwerkelijk wat feller in te zetten. We zagen dat bij de zorgplicht, want het heeft maar liefst achttien jaar geduurd voordat de Nederlandse Zorgautoriteit bij de zorgplicht voor zorgverzekeraars echt een stap zette die wat verder ging dan "we zien wat u doet en het moet beter". Toen ik die twee dingen bij elkaar bracht, vroeg ik me dus af of het niet een idee is om de Nederlandse Zorgautoriteit

ook het instrument van de bestuurlijke boete te geven bij het niet nakomen van de zorgplicht. Of is wat we nu al hebben voldoende? Of weten we dat pas over een halfjaar wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit gaat rapporteren over wat ze heeft gezien bij de zorgverzekeraars? Of kunnen we daar iets meer mee?

Dat waren mijn vragen, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank. Tot slot is in deze eerste termijn van de zijde van de Kamer het woord aan de heer Claassen, die het woord voert namens de Partij voor de Vrijheid.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter. Voor de mensen thuis en voor de mensen op de publieke tribune: we vergaderen niet vaak over een verzamelmwet. Een verzamelmwet strekt er immers toe in een aantal wetten op het terrein van VWS wijzigingen door te voeren. Zoals gebruikelijk zijn het inhoudelijk beperkte wijzigingen en technische verbeteringen. Ik heb er even naar gekeken en er is niet gemorrelt met het begrip "moeder" en zo. Het is vandaag dus allemaal veilig; er is niks aan de hand. Naast mijn inhoudelijke vragen over het hergebruik van hulpmiddelen zal ik ingaan op de twee amendementen van GroenLinks-PvdA.

Mijn eerste punt is het hergebruik van hulpmiddelen. De opmerking die ik daarover wil maken, gaat over de eerste nota van wijziging bij de Wet medische hulpmiddelen, de Wmh. Daarin is opgenomen dat herverwerking en verder gebruik van hulpmiddelen eenmalig is toegestaan in Nederland. Ik ga niet al deze veldpartijen opnoemen, maar sommige veldpartijen hebben hier wel hun zorgen over geuit. De wetswijziging geeft onvoldoende duidelijkheid over de traceerbaarheid, aansprakelijkheid en patiëntveiligheid. Kan de minister hierop ingaan? Het roept namelijk een aantal vragen op. "Hergebruik" klinkt heel sympathiek, met name als het zou bijdragen aan het oplossen van problemen door tekorten. Maar de PVV-fractie vindt ook dat de patiëntveiligheid voorop zou moeten staan. Zo moeten chirurgen erop kunnen vertrouwen dat hun messen niet zijn afgestompt door de herhaalde sterilisatieprocessen. Uit studies is namelijk gebleken dat op meer dan 50% van de gehersteriliseerde instrumenten besmettingen konden worden aangetoond. Ook corrosie en contaminatie worden aangetoond op schroeven en andere materialen na hersterilisatie. Ik verwijs naar een onderzoek uit 2020. Dan is de vraag of de patiëntveiligheid wel is geborgd en niet wordt opgeofferd aan de duurzaamheidshype. Graag krijg ik daarop een reactie van de minister.

Voorzitter. Ik kom bij de twee amendementen van collega Bushoff. Het amendement op stuk nr. 14 wil kleine zorgverleners tegemoetkomen in de administratieve lasten door een beperkte jaarverantwoording in te voeren zonder of met een gedeeltelijke openbaarmakingsplicht. Als iets administratieve lasten in de zorgsector omlaag kan brengen, dan is de PVV-fractie daar een warm voorstander van, maar er moet wel een balans zijn tussen het verantwoorden van de bestedingen van publieke middelen en daarmee gepaard gaande administratie. Mijn vraag aan de minister is dan ook: wat betekent het als dit amendement wordt aangenomen voor het toezicht van de NZa en de IGJ? Als dit het toezicht bemoeilijkt, wat zijn dan de mogelijke risico's? Uit

de brief van de minister over de invoeringstoets Wtza wordt duidelijk dat ook zij de regeldruk wil verminderen. Daartoe lopen er verkenningen en onderzoeken. Hoe staat het daarmee? Is het niet verstandiger om te wachten op de uitkomsten van de onderzoeken die nog lopen? Ten aanzien van de jaarverantwoording is door de ministers al een pauzeknop ingevoerd. Hoe verhoudt zich dat tot dit amendement? Kortom, het amendement wordt breed gedragen in het veld en heeft zeker onze sympathie, maar wij zijn benieuwd naar de antwoorden van de minister.

Dan het amendement op stuk nr. 15. Net als de indiener van dit amendement zijn wij voorstander van het verlagen van de regeldruk in de zorg. Ik heb het eerder gezegd in een interruptie. De uitleg van de collega over waar dat zou kunnen schuren, was helder. Ik ga mijn tekst daarover verder ook niet oplezen, maar wacht de reactie van de minister hierop af.

Dan ben ik door de twee appreciaties en vragen rondom het amendement van de heer Bushoff heen. Daarmee ben ik ook aan het einde van mijn termijn gekomen.

De voorzitter:

U krijgt toch nog een interruptie van de heer Dijk.

De heer Claassen (PVV):

Nou, daar was ik al ... Daar was ik niet bang voor, maar die had ik natuurlijk wel zien aankomen.

De voorzitter:

We denken dat het om het eigen risico gaat. Meneer Dijk, gaat uw gang.

De heer Claassen (PVV):

Shoot!

De heer Dijk (SP):

Klopt, voorzitter. Wat vindt de PVV daarvan?

De voorzitter:

Meneer Claassen, wat vindt de PVV daarvan?

De heer Claassen (PVV):

Van wat?

De voorzitter:

Ik denk het eigen risico.

De heer Claassen (PVV):

Het eigen risico? Het amendement? Ja, weet u, de afgelopen weken en maanden bent u daar — terecht overigens, en dat waardeer ik ook zeer — vanuit de standpunten van de SP heel fanatiek mee bezig. Het standpunt van de Partij voor de Vrijheid is niet veranderd, maar we zitten wel in de situatie dat er onderhandelingen zijn. We hebben gisteren meegemaakt dat we gelukkig de stap hebben kunnen maken om over de inhoud te gaan onderhandelen. Daar ligt het

op tafel. Ik geef u vast een winstwaarschuwing: u kunt daar nog een heleboel interrupties aan wijden, maar dan ga ik dit mantra herhalen.

De heer Dijk (SP):

Ik ga het toch doen, voorzitter. Ik vond het trouwens wel grappig dat u minions als een soort koosnaampje gebruikt, want ik heb zelf ook een geuzenaampje en ik heb zelf ook positieve associaties bij de minions. Ik zou hem ook omarmen als ik u was.

De voorzitter:

De heer Claassen, hè.

De heer Dijk (SP):

De heer Claassen inderdaad. Maar de heer Claassen van de PVV zat volgens mij halverwege december ook in deze zaal. Toen stemde u zelf ook mee met het voorstel om het eigen risico zo snel mogelijk af te schaffen. Ik vind het toch wel belangrijk om ook uit uw mond te horen: als we dat niet doen bij deze wet — ik heb het nagevraagd en helemaal uitgezocht — welke kans gaat de PVV dan aangrijpen om het eigen risico per 1 januari 2025 af te schaffen? Of zegt u: nou, weet u, zo belangrijk vinden wij dat ook weer niet? Het wordt 1 januari 2026. Dat is namelijk wel het gevolg als u nu duikt.

De voorzitter:

"Als de heer Claassen duikt." Ik vraag u toch om elkaar aan te spreken met de naam en niet met "u".

De heer Claassen (PVV):

Ik zal me niet laten verleiden om mee te gaan in uw zienswijze en uw betoog door hier nu allemaal technische of inhoudelijke antwoorden op te geven. Ik ga mijn mantra dus herhalen: het standpunt van de PVV is niet veranderd; het ligt nu op de onderhandelings tafel. Dat heeft collega Agema uittentreuren met u bediscussieerd. Dat heeft de heer Wilders ook uitermate goed toegelicht. Ik ga hier dan niet in detail op al uw vragen in. Het is wat het is.

De voorzitter:

De heer Dijk heeft tot slot nog een vraag.

De heer Dijk (SP):

Het spijt me, maar ik ga er wel echt op door.

De heer Claassen (PVV):

Doe maar.

De heer Dijk (SP):

Want ik vind dit antwoord gewoon onvoldoende van een Kamerlid dat hier zijn hand opsteekt als er een voorstel wordt gedaan om dat zo snel mogelijk af te schaffen. Dit is een Kamerlid dat weet dat hier een amendement voorligt om dat per 1 januari 2025 te doen en dat dit de laatste mogelijke kans is. Dan moet u mij zeggen wanneer u dat dan gaat doen. Ik heb het al eerder gezegd: "Ga lekker

onderhandelen. Doe dat lekker. Maar val mensen daar niet mee lastig." U valt mensen daar nu mee lastig. Dat doet de partij van de heer Claassen op dit moment. Die valt mensen daarmee lastig door nu te duiken. Als u nu dus geen kleur bekennt, dan wil ik horen wanneer u dat wel gaat doen. Welke gelegenheid gaat de heer Claassen dan aangrijpen om dat wel te doen? De heer Claassen moet daarover hebben nagedacht.

De heer **Claassen** (PVV):
Het ging bijna goed, maar het blijft soms oefenen. Ja, weet u, de PVV heeft nog steeds het standpunt ...

De **voorzitter**:
Dan moet u ook "de heer Dijk" zeggen.

De heer **Claassen** (PVV):
Meneer Dijkstra, ja.

De **voorzitter**:
Nee, meneer Dijk.

De heer **Claassen** (PVV):
O ja, meneer Dijk en minister Dijkstra.

De heer **Dijk** (SP):
We wennen wel aan elkaar!

De heer **Claassen** (PVV):
Ja, dat komt helemaal goed. Maar de PVV-fractie heeft nog steeds hetzelfde standpunt. Ik ga mijn mantra maar weer herhalen, wat u al had kunnen weten toen u de eerste keer naar voren liep: het ligt op de onderhandelings tafel. We gaan het er daar over hebben.

De **voorzitter**:
Echt tot slot, de heer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):
Er wordt door de PVV weer keihard gedoken. Dit is de laatste keer dat het mogelijk is en u doet het gewoon niet.

De heer **Claassen** (PVV):
Ik feliciteer de heer Dijk alvast met het filmpje dat hij op Twitter kan zetten.

De **voorzitter**:
Dank voor uw inbreng. We zijn nu toe aan een schorsing, omdat we de eerste termijn van de zijde van de Kamer hebben voltooid. Er is behoefte aan ongeveer twintig minuten voorbereiding om alle vragen te kunnen beantwoorden. Dan krijgen we van de bewindslieden een appreciatie op de vier amendementen, die op de stukken nrs. 13, 14, 15 en 16. We gaan nu even tot 15.35 uur schorsen, tot mijn spijt, zeg ik tegen de mensen die net binnenkomen op de

publieke tribune. Maar ja, we kunnen niet doorgaan omdat u hier zit. Er komt dus over twintig minuten een vervolg.

De vergadering wordt van 15.16 uur tot 15.35 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van een verzamelwet op het terrein van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We zijn toe aan de termijn van de regering. Ik ga zo de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het woord geven. Daarna zal de minister voor Medische Zorg nog het woord voeren. Gaat uw gang, minister.

Minister **Helder**:
Dank u wel, voorzitter. Ik dank de leden voor alle vragen die gesteld zijn en voor de amendementen die zijn ingediend. We behandelen vandaag de Verzamelwet VWS 2023. Voor de mensen thuis: ieder departement maakt zo'n wet iedere één of twee jaar om verschrijvingen te herstellen, onjuiste verwijzingen te corrigeren of de wetgeving aan te passen aan de ontwikkelingen in de jurisprudentie. De belangrijkste onderwerpen waar we vandaag over zullen spreken, staan niet zozeer in het wetsvoorstel, maar zijn door de leden van de Kamer aangebracht door middel van een amendement.

Ik zal ingaan op de amendementen op de stukken nrs. 14, 15 en 16. Ik zal ook een aantal vragen over de amendementen op de stukken nrs. 14 en 15 beantwoorden. Daarna zal minister Dijkstra een toelichting geven op de verbeteringen in het kader van het IZA als het gaat om het contracteerproces, de vragen beantwoorden over het contracteerproces en de offerteplicht, en ingaan op het amendement op stuk nr. 13 van de heer Dijk.

Voorzitter. Het amendement op stuk nr. 14 van de heer Bushoff, over de jaarverantwoording, geef ik oordeel Kamer.

De **voorzitter**:
Daarmee krijgt het amendement op stuk nr. 14 oordeel Kamer.

Minister **Helder**:
Het amendement op stuk nr. 14 krijgt oordeel Kamer. Ik zal dat toelichten, want dat behoeft een toelichting. Het maakt het mogelijk dat microzorgaanbieders slechts een beperkte jaarrekening hoeven te verstrekken. Het spreekt ook de wens uit om hun maar drie vragen te stellen. Daar kan ik mij in vinden, omdat het zal bijdragen aan een verdere vermindering van de administratieve lasten voor met name kleine zorgaanbieders. Ook kan het bij kleine zorgaanbieders zorgen wegnemen over naar zorgverleners herleidbare gegevens.

Ik wil de Kamer er echter wel op attenderen dat de NZa en de IGJ voor deze groep, als gevolg van het amendement, over minder gegevens beschikken dan voor andere zorgaanbieders en beperkter toezicht kunnen houden op de kleinere zorgaanbieders. Ik zal straks nog antwoord geven op de vraag hierover van de heer Claassen; dat doe ik even separaat. Ik wil er ook op wijzen dat journalisten, onderzoekers en brancheorganisaties als gevolg van dat amende-

ment verminderd toegang tot de jaarverantwoordingsdata hebben en minder maatschappelijke controle kunnen uitvoeren op kleinere zorgaanbieders. Desondanks is het een goed amendement en geef ik het met plezier oordeel Kamer.

Zoals gezegd zal ik zo nog even op een aantal vragen ingaan, maar eerst de appreciatie van het amendement op stuk nr. 15 over de vergunningplicht. Het lid Bushoff heeft een amendement ingediend over de vergunningplicht. Ook dat amendement geef ik oordeel Kamer. De voorgestelde uitbreiding van de vergunningplicht sluit goed aan bij de inzet die ik zelf ook heb voor meer handvatten om zorgaanbieders te weren waarvan het zeer de vraag is of ze goede zorg gaan verlenen. Het voorstel geldt wel alleen voor instellingen, dus niet voor onderaannemers en niet voor solisten. Veel nieuwe zorgaanbieders zijn solistisch werkende zorgverleners of zeggen onderaannemer te zijn. Dat betekent dat het merendeel van de startende zorgaanbieders nog steeds geen vergunningplicht heeft. Bestaande zorgaanbieders die onder de voorgestelde vergunningplicht gaan vallen, krijgen van rechtswege een vergunning. Dat is fijn omdat dat heel veel administratieve lasten voor hen voorkomt. Ik sta daar welwillend tegenover vanwege die administratieve lasten en ook omdat het een zeer grote uitvoeringslast zou zijn om alle bestaande instellingen te beoordelen in het kader van die vergunningplicht. Daarbij onderstreep ik de mogelijkheid in het amendement om de vergunning van de bestaande instelling in te trekken als deze bijvoorbeeld niet meer aan de voorwaarden voldoet.

Het intrekken van het amendement van Ellemeet en Van den Berg laat ik uiteraard aan de Kamer.

Voorzitter. Er zijn ook nog een paar vragen gesteld. De eerste vraag van, ik meen de heer Bushoff, is of het wetsvoorstel conform het advies van de Raad van State was aangepast. Het advies van de Raad van State over de verzamelwet ging over de toepassing van een definitie uit de Tabaksproductenrichtlijn. Lidstaten hebben in beginsel geen vrijheid om definities uit die Europese richtlijnen naar eigen inzicht in te vullen. In de toelichting is nader uitgelegd hoe dit begrip in Nederland wordt toegepast. Daarmee is gevolg gegeven aan het advies van de Raad van State.

De heer Bushoff heeft nog gevraagd wanneer ik met de uitwerking kan komen, mocht het amendement worden aangenomen. Dat is mede afhankelijk van het tijdstip waarop deze wet door de Tweede Kamer en Eerste Kamer wordt aangenomen. Dan zal ik de regeling, conform het gewone wetgevingsproces, zo spoedig mogelijk laten opstellen en de internetconsultatie laten verlopen. Het streven is om deze regeling dan per 1 januari 2025 in werking te laten treden. Dat is gelijk aan het einde van de pauze voor de jaarverantwoording. Dus vanaf boekjaar 2024 kunnen microzorgaanbieders zich conform een microregime verantwoorden.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank aan de minister voor de heldere beantwoording en het spoedig mogelijk willen maken van deze regeling en het veranderende regime, mocht dit amendement worden aangenomen. Nog één korte vraag: zou de minister bij de uitwerking van deze regeling en dit veranderende regime rondom de jaarverantwoording, mocht dit amendement

worden aangenomen, de Eerstelijnscoalitie erbij willen betrekken?

Minister **Helder**:

Ja, dat kan ik toezeggen, want wij hebben tot nu toe steeds goed contact gehad met de Eerstelijnscoalitie. Dus bij dezen.

Dan was nog de vraag van de heer Bushoff en in een interruptie ook van mevrouw Tielen: hoe komt die eruit te zien? Met name mevrouw Tielen vroeg ook of er een vijfjaarstermijn zou kunnen worden geïntroduceerd. Voor de regeldruk maakt het voorstel een beperkt verschil, omdat zorgaanbieders hun financiële administratie toch zullen moeten blijven voeren en ook hun bedrijfsvoering daarop zullen moeten inrichten, omdat een zorgaanbieder op grond van het Burgerlijk Wetboek maar ook op grond van de fiscale wetgeving ieder jaar die verantwoordingsinformatie paraat dient te hebben. Mijn voornemen is dus om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de beperkte jaarrekening als bedoeld in het Burgerlijk Wetboek. De meerwaarde van die jaarverantwoording is juist dat die jaarlijks wordt uitgevraagd. Daardoor kunnen trends en ontwikkelingen over bijvoorbeeld continuïteit van zorgaanbieders uit de data van de jaarverantwoording worden afgeleid door toezichthouders. Daarnaast — en daarmee ga ik in op de interruptie van mevrouw Tielen — kan een verantwoordingsplicht eens in de vijf jaar stimuleren dat er calculerend gedrag bij zorgaanbieders ontstaat. Een voorbeeld is een winstuitkering laten vallen in de jaren dat de zorgaanbieder géén maatschappelijke verantwoording hoeft af te leggen. In de Wet marktordening gezondheidszorg staat al dat het een jaarlijkse verplichting is. Daardoor is een jaarverantwoording eens in de vijf jaar op dit moment niet juridisch mogelijk zonder wetswijziging.

Voorzitter. Dan de vraag van de heer Claassen hoe het staat met de verkenning intern toezicht onder de Wtza en of er gevolgen zijn voor de amendementen van de heer Bushoff. Voor de verkenning intern toezicht onder de Wtza — ik struikel er bijna over; dat is de Wet toetreding zorgaanbieders — is onder anderen gesproken met vertegenwoordigers van branches in de eerstelijnszorg en kleinschalige zorg, de IGJ en de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn. Uit de eerste fase van die verkenning blijkt dat vrijwel al die partijen het erover eens zijn dat het belangrijk is dat de kwaliteit van zorg en een transparante en ordelijke bedrijfsvoering worden gewaarborgd.

De verkenning heeft duidelijk gemaakt wat bijvoorbeeld vanuit de branches al wordt gedaan op het gebied van kwaliteitswaarborgen. Dat gaf beter inzicht in waarom de huidige regels ten aanzien van het intern toezicht door een aantal zorgaanbieders als disproportioneel worden ervaren. Anderzijds hebben verschillende partijen ook benadrukt dat gedragsverandering en implementatie van wetgeving nu eenmaal tijd kosten en dat de inslagen weg voortgezet zou moeten worden. De mogelijkheden die ter tafel zijn gekomen, worden op dit moment nog nader besproken en worden ook getoetst op juridische haalbaarheid. Dan kijken we aan de ene kant naar het verleggen van de grenzen voor het interne toezicht, maar we kijken ook naar de mogelijkheden om in vergelijkbare waarborgen te voorzien met instrumenten die in de praktijk reeds gehanteerd worden. Die insteek gaat natuurlijk uit van de intrinsieke motivatie van aanbieders om goede zorg te leveren en dus ook van het weer geven van dat vertrouwen, en die biedt ruimte

voor maatwerk, waardoor er geen dubbele eisen worden gesteld die de lastendruk voor aanbieders zouden vergroten. Zoals eerder gezegd zal ik de Kamer voor de zomer informeren over de uitkomsten van die verkenning en over de eventuele vervolgstappen. Voor zover ik kan beoordelen, hebben de amendementen van de heer Bushoff geen relatie met deze verkenning.

Voorzitter. Dan nog de vraag van de heer Claassen wat het amendement op stuk nr. 14 betekent voor het toezicht van de NZa en de IGJ. In de kern verandert het toezicht natuurlijk niet. Wel heeft het amendement gevolgen voor de informatiepositie van deze externe toezichthouders. Als die informatiepositie te veel zou worden afgeschaft, is het natuurlijk moeilijker om hun wettelijke taken uit te voeren ten aanzien van de microzorgaanbieders. Bij de nadere uitwerking van dat microregime in de ministeriële regeling zullen we dus ook de externe toezichthouders betrekken om te kijken of de wijze waarop we dit uitvoeren, voldoende soelaas biedt.

Voorzitter. Dan als laatste de appreciatie van het amendement op stuk nr. 16 van mevrouw Jansen over de wijziging van de Tabaks- en rookwarenwet en de Alcoholwet. Zuiver wetstechnisch wordt de wettelijkheid met dit amendement minder fraai, omdat hierdoor het verbod voor een deel van de horeca, namelijk de horeca met een alcoholvergunning, dubbel wordt geregeld en omdat voor deze horeca dan ook een verschillend boetebedrag geldt. Dat zal bij de toepassing door de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit moeten worden opgelost. Vanuit het oogpunt van overzichtelijkheid van waar het verbod op verkoop van tabak geldt, kunnen wij ons de voorgestelde opzet voorstellen. Dat kunnen we dus volgen. Daarmee zou ik het amendement oordeel Kamer willen geven.

Voorzitter, daarmee ben ik aan het einde van mijn beantwoording.

De voorzitter:

Er zijn ook geen vragen meer. Dank voor de heldere appreciatie. Dan geef ik het woord aan de minister voor Medische Zorg, die onder andere nog ingaat op het amendement op stuk nr. 13, naast een aantal vragen die ze gaat beantwoorden.

Minister Dijkstra:

Dank u wel, voorzitter. U zegt dat terecht: ik zal ingaan op het amendement over het afschaffen van het verplicht en vrijwillig risico, en zal daar een appreciatie van geven. Om te beginnen moet ik de heer Dijk teleurstellen, maar dat wist hij al. Dat gaat niet zozeer over mijn appreciatie, maar over het feit dat de heer Dijk al te laat is om dit nog per 1 januari 2025 te regelen. Ik kom straks op de reden waarom dat zo is; dat heeft ook te maken met Europese regelgeving.

Maar eerst even over het amendement zelf dat de heer Dijk heeft ingediend. De afschaffing van het verplichte en het vrijwillige eigen risico zou bekostigd moeten worden met een extra rijksbijdrage, die op zijn beurt weer gefinancierd zou kunnen of moeten worden met een miljonairstaks of een verhoging van de vennootschapsbelasting. Daarnaast wil de heer Dijk de compensatie van het verplichte eigen risico handhaven die in de zorgtoeslag is verdisconteerd. Ik ontraad dit amendement echt met klem. Voorafgaand

aan mijn specifieke redenen om dat te doen, wil ik benadrukken dat ik het eigen risico wél een waardevol instrument vind in ons stelsel. Het eigen risico zorgt voor betaalbaarheid, voor bewustwording van de kosten van de zorg en voor solidariteit in het stelsel. Alleen al om die reden ben ik van mening dat het eigen risico als instrument moet blijven bestaan. Of het moet blijven bestaan op de huidige manier is een andere kwestie. Daar kom ik ook nog op.

Dan nu de redenen waarom ik dit specifieke amendement met klem ontraad. Het is niet mogelijk om, zoals de SP voorstelt, het eigen risico per 1 januari 2025 af te schaffen. De SP introduceert een nieuwe rijksbijdrage die via de risicovereveningsbijdrage over de private zorgverzekeraars wordt verdeeld, maar daarmee zal de staatssteun die de zorgverzekeraars van de overheid krijgen, hoger worden. Verhoging van staatssteun is alleen mogelijk als dat bij de Europese Commissie is gemeld en als die Commissie dat vooraf heeft goedgekeurd. De ervaring leert dat dat minstens twee jaar duurt. Afschaffing van het eigen risico voordat de Europese Commissie akkoord is, dwingt VWS tot onrechtmatig handelen en dat wil ik niet op me nemen. Dat vind ik principieel ongewenst en het brengt grote financiële risico's met zich mee voor de zorgverzekeraars en het zorgverzekeringsstelsel en dus voor verzekerden.

Ook zal het afschaffen van het eigen risico de betaalbaarheid van zorg onder druk zetten. Het afschaffen ervan leidt namelijk tot een forse stijging van de collectieve zorguitgaven met 6 miljard euro. Het is dus niet de 3,4 miljard die in het amendement genoemd wordt, maar veel meer. De financiële dekking van dit amendement is ook niet deugdelijk. Het voorstel van de heer Dijk om deze hogere collectieve uitgaven te dekken met hogere collectieve lasten is niet conform de begrotingsregels, waaraan ik gebonden ben.

Voorzitter. Ik wil er ook op wijzen dat de afschaffing van het eigen risico de zorg zelf onder druk zet, omdat de extra zorgvraag die door afschaffing ontstaat tot wachtlijsten kan leiden bij onvoldoende beschikbaarheid van personeel of capaciteit. We weten dat medewerkers in de zorg schaars zijn. Ook dat vind ik een risico. Kortom, ik ontraad dit amendement met klem.

Daarnaast vind ik het toch ook bijzonder dat dit nu behandeld wordt terwijl een verzamelwet natuurlijk een technisch en beleidsarm karakter heeft. Eigenlijk had ik dat al eerder moeten aangeven. Het is een onderwerp met forse beleidsmatige en financiële implicaties, die ik al even noemde. Sinds jaar en dag is het uitgangspunt bij verzamelwetgeving dat die bestaat uit onderdelen die niet zo groot en inhoudelijk complex zijn dat ze een separaat wetsvoorstel rechtvaardigen. Maar door een zo belangrijke wijziging als het afschaffen van het eigen risico in te voegen als amendement worden bijvoorbeeld de gebruikelijke toets op de uitvoerbaarheid, de advisering door de Raad van State en de schriftelijke parlementaire behandeling overgeslagen. Dat komt de zorgvuldigheid van wetgeving niet ten goede. Bij de behandeling van de Verzamelwet VWS 2022 in de Eerste Kamer is mijn voorganger op de vingers getikt omdat de wijziging van de Geneesmiddelenwet niet voldeed aan het criterium voor opname in een verzamelwet. Het moet de heer Dijk haast wel bekend in de oren klinken, want de woorden van SP-senator Kox bij deze behandelingen waren destijds: "Maak van deze verzamelwet met technische aanpassingen geen verstopwet met inhoudelijke wijzigingen,

maar zorg ervoor dat het parlement in beide Kamers inhoudelijke wijzigingen in een separaat wetsvoorstel voorgelegd krijgt." Dit komt dus uit de Eerste Kamer bij een partijgenoot van de heer Dijk vandaan. Ik vind het bijzonder dat collega Dijk dat hier in de Tweede Kamer gewoon wel doet. De heer Kox wees er namelijk ook nog op dat, indien er sprake is van een "politiek omstreden inhoud" — dat kun je over dit onderwerp ook wel zeggen — "de voorgestelde wijziging dus niet voldoet aan de gestelde criteria inzake verzamelwetgeving".

Voorzitter. Dat is nog een goede reden om dit amendement met klem te ontraden. Ik heb al aangekondigd dat er wat mij betreft ook een alternatief is, namelijk de maatregel om het eigen risico slimmer vorm te geven en betaalbaarder te maken. Het eigen risico wordt slimmer vormgegeven door een maximumbedrag te regelen van €150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg. Hierdoor hoeven mensen het eigen risico voor deze zorg niet in een keer te betalen en verlagen we de financiële drempel voor zorg. Ongeveer 1 miljoen verzekerden gaan minder eigen risico betalen; niemand gaat meer betalen. Tegelijkertijd verbetert de betaalbaarheid van de zorg, want de zorguitgaven zullen met zo'n 200 miljoen euro dalen. Maar ja, deze maatregel is controversieel verklaard en dan is er sprake van besparingsverlies. Een slimmer eigen risico past goed binnen de financiële opgave waar we voor staan. Ik zeg dit omdat ik de Kamer oproep om deze maatregelen nogmaals in overweging te nemen. Dat was het wat betreft het amendement-Dijk. Ik ga door met de andere onderwerpen.

Ik begin bij de vraag van GroenLinks-PvdA. De heer Bushoff vroeg welke stappen ik heb gezet om de zorg aan ongedocumenteerden te verbeteren. Iedereen in Nederland ontvangt medisch-specialistische zorg, ongeacht of de patiënt ongedocumenteerd is en de zorgkosten niet kan betalen. Zorgaanbieders kunnen dan een beroep doen op financiële regelingen. Zoals de heer Bushoff zei, worden die door het CAK uitgevoerd. Het gaat trouwens ook om andere vormen van zorg, zoals de langdurige zorg.

Maar ik ben het niet eens met de conclusies die zijn getrokken. De regeling voor ongedocumenteerden is bij veel zorgaanbieders wel degelijk bekend. De zorgkosten zijn inmiddels dan ook opgelopen tot 61 miljoen in 2023 en blijven groeien. Zorgaanbieders krijgen 80% van de zorgkosten vergoed. Bij sommige vormen van zorg is het 100%. Zorgaanbieders declareren de hogere passanttarieven. Voor sommige zorgaanbieders zal de vergoeding niet altijd kostendekkend zijn, maar meestal is het wel voldoende. In de afgelopen jaren is flink geïnvesteerd in het verlagen van de administratieve lasten. Er wordt ook gewerkt aan het digitaliseren van het declareren via het reguliere declaratiesysteem in de zorg. Dat is jammer genoeg ingewikkelder gebleken dan verwacht. Dat hebben we wel vaker, moet ik helaas zeggen. Dit kost meer tijd dan vooraf was ingeschat. Maar er zijn dus wel degelijk stappen gezet en er worden ook nog stappen gezet.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dan nog een korte vraag daarover. Inderdaad, het digitaliseren van het declaratiesysteem was een belangrijk punt voor bijvoorbeeld de huisartsen om minder tijd kwijt te zijn aan allerlei bureaucratie op het moment dat zij zorg verlenen aan ongedocumenteerden. Dat is inderdaad in 2022 al toegezegd. Nou kan dat even tijd kosten, maar kan de

minister enige inschatting geven van wanneer dat dan wél geregeld is? Je zou zeggen dat het best een simpele slag is om te slaan, die wel veel uitmaakt, maar die laat dus al twee jaar op zich wachten.

Minister **Dijkstra**:

Dit is heel vaak het geval bij digitalisering. Aan het begin denk je: dit is toch heel makkelijk? Nou, dat blijkt dan vaak helemaal niet zo eenvoudig te zijn. Dat weet mijn collega die met gegevensuitwisseling te maken heeft en dat in haar portefeuille heeft, ook heel goed. Ik zal even navragen wanneer we de ruimte voor verdere ontwikkelingen kunnen vinden. Ik kom daar in de tweede termijn even op terug.

Voorzitter. Dan kom ik op een vraag van de heer Bushoff. Hij vroeg wat de stand van zaken is ten aanzien van de motie die GroenLinks-PvdA heeft ingediend over de offerteplicht, die duidelijkheid moet geven over de kosten en vergoeding van een zorgverzekeraar. De vraag was of die inderdaad, zoals gezegd werd, was besproken op een thematafel van het IZA. In het IZA is inderdaad afgesproken dat de NZa, in overleg met de betrokken zorgpartijen en VWS, de mogelijkheden onderzoekt om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te verplichten om patiënten vooraf schriftelijk een offerte te sturen met daarin de behandeling en de bijbehorende kosten die door de patiënt moeten worden voldaan. Daarmee wil je natuurlijk voorkomen dat patiënten geconfronteerd worden met hoge zorgkosten als ze onbewust voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen. Dat noemde de heer Bushoff ook al. De NZa heeft deze verkenning inmiddels afgerond, dus die stap is gezet. Ik informeer u daarover in april, middels mijn brief over het overstap- en contracteerseizoen 2023/2024. Daar komen we dus nog op terug.

Voorzitter. Vanuit NSC werd mij het volgende gevraagd. Wat doet de minister aan de informatievoorziening over de beschikbaarheid en vergoeding van zorg? Hoe verbetert de minister de informatievoorziening? Erkent de minister de knelpunten in het contracteerproces? Ik kan tegen mevrouw Jansen alleen maar zeggen dat ik het, net als zij, van groot belang vind dat verzekerden tijdig informatie ontvangen over de zorgpolis. Het is ook van belang dat, als verzekerden naar een zorgverlener gaan, deze zorgverlener de patiënt er goed over informeert of hij een contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt. Daarom heb ik met de IZA-partijen afspraken gemaakt om de contractering en de transparantie daarover richting verzekerden te verbeteren. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zijn hier aan zet. De NZa heeft hier handvatten voor opgesteld en houdt daar toezicht op. Die handvatten hebben al tot goede resultaten geleid, zo blijkt uit de evaluatie van het contracteerseizoen, die is uitgevoerd door de NZa en het bestuurlijk overleg over contractering. De resultaten van deze evaluatie zal ik zeer binnenkort met uw Kamer delen. Er blijkt in elk geval wel dat zowel de contractering als de informatievoorziening richting verzekerden verbeterd is. Voor volgend jaar wordt er ingezet op verdere verbetering van deze kernboodschappen door zorgverzekeraars, en wordt verkend hoe de informatieverstrekking van zorgaanbieders verbeterd kan worden. Dus we zijn er niet, maar er worden stappen gezet. Binnenkort krijgt u daar informatie over. Er zijn ook stappen gezet om de deadlines in het contracteerproces strakker in te richten.

Dan zijn er nog een paar vragen van NSC over de budgetplafonds. De zorgverzekeraars zijn verplicht hun verzekerden te informeren over de zorgaanbieders met wie zij een contract hebben. Ook de zorgaanbieders zijn daartoe verplicht. Verder moeten zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over volumeafspraken of omzetplafonds die ze in de contracten hanteren. Daarnaast zijn zorgverzekeraars verplicht om bij een omzetplafond altijd de noodzakelijke zorg te leveren, ofwel als gevolg van een doorleverplicht ofwel via een doorverwijzing. Als er een omzetplafond is afgesproken en de zorg aan de onderhavige verzekerde boven dat plafond uitkomt, dan staat er in het contract van de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar dat de zorgaanbieder ofwel zorg moet blijven leveren, de doorleverplicht, ofwel de betreffende patiënt mag verwijzen naar de zorgverzekeraar of een andere zorgaanbieder waar de noodzakelijke zorg wel te krijgen is. De verzekerde heeft dus altijd de garantie dat de noodzakelijke zorg voldoende tijdig geleverd zal worden. Als dat niet gebeurt, dan is het zaak om zich bij de verzekeraar te melden. Als een verzekerde tijdens het overstapseizoen meer inzicht wil in de gevolgen van het omzetplafond, dan kan hij daarover contact opnemen met de zorgverzekeraar. De verzekerde kan ook kiezen voor een polis waarin geen omzetplafond aan de orde is voor de betreffende zorgaanbieder, als die polis beschikbaar is.

Even kijken. Mevrouw Jansen heeft gevraagd naar de mogelijkheden die ik zie om ervoor te zorgen dat er wat meer lucht komt in het strakke contracteerproces. Met de IZA-partijen wordt gekeken hoe het contracteerproces beter ingericht kan worden, waardoor de contractering beter en soepeler kan verlopen. Ik zei in een eerder antwoord al dat de NZa daar handvatten voor heeft opgesteld. Deze zijn geëvalueerd. Naar aanleiding van die evaluatie heeft de NZa het voornemen om een aantal richtsnoeren op te nemen als normen. Ook hierover wordt u geïnformeerd in mijn brief over het contracteerseizoen 2024. Zoals ik al zei, komt die brief in april. Ten aanzien van wijzigingen gedurende het contracteerproces hebben partijen afgesproken om ernaar te streven om geen aanpassingen meer te doen in regelgeving na 1 juli. Desalniettemin kan het wel zo zijn dat de bekendmaking van de uitkomsten van Prinsjesdag invloed heeft op het makro kader, maar daar heb ik geen invloed op. Dat is dan aan de orde. Ook de pakketcyclus wordt voor 1 juli afgerond. Dat is ruimschoots voor de start van de onderhandelingen.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Tielen. Moet het niet mogelijk zijn voor de NZa om verzekeraars ook een boete te geven bij de constatering dat de zorgplicht niet wordt nagekomen, zoals recent is gebeurd? De NZa is bevoegd tot het opleggen van een bestuurlijke boete bij overtreding van onder meer de verschillende normen omtrent de naleving van de Zorgverzekeringswet. Voor de zorgplicht bestaat geen bevoegdheid om een bestuurlijke boete op te leggen. De NZa heeft wel voor tekortkomingen in de zorgplicht een andere mogelijkheid om te sturen met een financiële consequentie: de last onder dwangsom. Ik zie nu geen aanleiding om hier verandering in te brengen.

Dan kom ik nog bij een vraag van de heer Bushoff die gaat over slechtziende kinderen van wie de ouders geen bril kunnen betalen. Die zouden aanspraak moeten kunnen maken op vergoeding vanuit het basispakket. Om te beginnen: het klopt dat de aanspraak op brillenglazen vanuit het basispakket beperkingen kent. Die komen niet voor vergoeding in aanmerking, op een aantal uitzonderingen

na. Dat heeft de heer Bushoff zelf ook al genoemd. Gedeeltelijke vergoeding van brillenglazen voor kinderen tot 18 jaar met een sterkte vanaf -6 is een van deze uitzonderingen. Volgens het College voor zorgverzekeringen, het voormalig Zorginstituut, is het noodzakelijk om aanspraak hierop te beperken, omdat de opname van brillen voor alle indicaties bij kinderen volgens het Zorginstituut een grote impact zal hebben op de hoogte van de premie en het solidariteitsbeginsel kan aantasten. Wel wil ik meegeven dat er bijvoorbeeld vanuit de bijzondere bijstand mogelijkheden zijn voor gezinnen met een laag inkomen om een budget aan te vragen voor het aanschaffen van een kinderbril.

Dan kom ik ten slotte bij de vraag van de heer Claassen namens de PVV. De wetswijziging rondom de herverwerking van medische hulpmiddelen voorziet niet goed genoeg in veiligheid en traceerbaarheid bij hergebruik; is de patiëntveiligheid voldoende geborgd en gaat dit niet ten koste van de duurzaamheid? Herverwerking door zorginstellingen mag alleen volgens de door de Europese Commissie vastgestelde regelingen. Dat zijn gemeenschappelijke specificaties. Die bieden voldoende waarborgen voor de patiëntveiligheid. Dat is gebleken. De gemeenschappelijke specificaties schrijven voor dat veiligheid en prestaties van het herverwerkte hulpmiddel gelijkwaardig moeten zijn aan die van het oorspronkelijke hulpmiddel. Zorginstellingen en externe herverwerkers moeten dus ervoor zorgen dat er een systeem van traceerbaarheid is en van tevoren bepalen hoe vaak een hulpmiddel veilig kan worden herverwerkt.

De voorzitter:

De heer Claassen heeft hier nog een vraag over.

De heer Claassen (PVV):

Ik refereerde aan een onderzoek uit 2008. Zijn die processen dan tussen 2008 en nu zo veel verbeterd wat betreft de problematiek uit dat onderzoek? Ik heb verder geen andere onderzoeken gevonden dan dat uit 2008, waaraan ik refereerde. Is het zo verbeterd dat je niet die restverschijnselen krijgt van snellere contaminatie en van instrumentarium dat toch botter is dan het oorspronkelijke?

Minister Dijkstra:

De ervaring is in elk geval dat dit goed gaat, dat er geen problemen zijn en dat er geen voorbeelden zijn waarbij de patiëntveiligheid in gevaar is gekomen. Als je te maken hebt met botte injectienaalden, dan voldoe je dus niet aan de regel dat de herverwerkte producten aan dezelfde zorgvuldigheidseisen moeten voldoen als de oorspronkelijke.

De voorzitter:

De heer Bushoff, op dit punt nog.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Sorry, voorzitter, nog op het vorige punt. Het duizelde mij. Nou ja, "duizelen" is een beetje overdreven, maar ik zat er toch nog even over na te denken.

De voorzitter:

Over de brillen?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Over de brillen. Ik snap namelijk dat de minister zegt dat er al een aantal potjes voor zijn. Maar die lijken vooralsnog niet toereikend. En mijn pleidooi net was niet om iedereen, of elk kind, zomaar een gratis bril te geven. Is de minister het met me eens dat de huidige richtlijnen eigenlijk echt ontoereikend zijn? Er zitten nu dus heel veel kinderen in de klas die het bord gewoon niet kunnen lezen en dus moeilijk kunnen meekomen op school. Dat is echt onwenselijk en dat moeten we aanpakken.

Minister **Dijkstra**:

Het is natuurlijk altijd onwenselijk als er bepaalde hulpmiddelen nodig zijn voor iemand met een aandoening, afwijking of wat dan ook, om te kunnen functioneren. Daarom heb ik ook met name verwezen naar de mogelijkheden voor hulp via de gemeentelijke kanalen om die brillen toch vergoed te krijgen. Want ik ben het met de heer Bushoff eens: wij willen niet dat kinderen om die reden niet kunnen meekomen. Maar daar zijn natuurlijk expliciete regelingen voor.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Nog eventjes op dit punt doorgaand. Het is in ons zorgstelsel zo geregeld dat kinderen meeverzekerd zijn voor de tandarts, uitgezonderd zijn van het eigen risico en geen eigen bijdrage hoeven te betalen binnen de Wlz. Ook hoeven ze geen eigen bijdrage te betalen voor gehoor toestellen, rolstoelen en al dat soort hulpmiddelen. Mijn vraag aan de minister is dus: waarom daar niet en bij brillen wel? Wat rechtvaardigt dat dat bij brillen wel nodig is?

Minister **Dijkstra**:

Hierbij hebben we het advies van het Zorginstituut gevolgd. Van dat advies kan je je inderdaad afvragen of dat niet anders moet. Op dit moment zie ik daar geen mogelijkheden toe. Dat is domweg omdat je op een gegeven moment een bepaalde budgetruimte hebt. Alles wat we nu verder doen in het pakket, ook als het gaat om het verminderen van eigen bijdrages, gaat terechtkomen op het bordje van de premiebetaler.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dat snap ik. Op zichzelf zou je natuurlijk wel kunnen zeggen: het pakketbesluit nemen we pas rond de zomer. Je zou dan natuurlijk aan de Kamer kunnen voorleggen dat je dit zo onwenselijk vindt dat je die eigen bijdrage voor een deel van die kinderen graag toch wil afschaffen, en daarbij vertellen wat dat betekent voor de rest van het pakketbesluit en eventuele premiestijgingen. Zou de minister daartoe bereid zijn?

Minister **Dijkstra**:

Het is altijd goed om ... Straks gaan wij inderdaad het debat over het pakket voeren. Ik kan u nu al vertellen dat dat geen gemakkelijk debat wordt. Zoals ik eerder al zei, ben ik gebonden aan begrotingsafspraken. Daar is niet heel veel ruimte, kan ik al zeggen.

De **voorzitter**:

Tot slot, afrondend, de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Nog een korte vraag dan. Kan het zijn dat de adviezen van het Zorginstituut nogal gedateerd zijn?

Minister **Dijkstra**:

Ik ben best bereid om bij het Zorginstituut na te vragen of zij vinden dat het nu veranderd is.

De **voorzitter**:

Dank voor die toezegging.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik heb eigenlijk een opmerking. In mijn interruptie had ik het net over een onderzoek uit 2008, maar ik bedoelde 2020, zoals ik ook in mijn eerste termijn zei. Dat zeg ik even voor het verslag.

De **voorzitter**:

Het is gecorrigeerd.

Minister **Dijkstra**:

Ik had het ook niet zo snel paraat dat ik u kon corrigeren, dus we kunnen elkaar de hand schudden.

De **voorzitter**:

De minister vervolgt haar betoog.

Minister **Dijkstra**:

Ik heb nog één onderwerp: de vraag van mevrouw Jansen waarom ik de aangenomen oversterftemoties van haar collega Agnes Joseph niet uitvoer. Het is een beetje raar om die hier te behandelen, maar kennelijk is daar behoefte aan. Ik voer de moties uit. Ik heb de Kamer op 18 maart geïnformeerd over de uitvoering daarvan, tijdens het debat over oversterfte. In de motie-Joseph wordt de regering verzocht een onafhankelijke instantie een groot en integraal wetenschappelijk onderzoek naar de redenen en oorzaken van oversterfte sinds 2020 te laten opstarten en de Kamer daarover zo spoedig mogelijk te informeren. Er wordt op dit moment, zoals ik toen heb aangevoerd, onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de oversterfte. Van de twintig onderzoeken lopen er op dit moment nog zes. Tijdens het in maart georganiseerde wetenschappelijke congres over oversterfte is aangegeven dat wetenschappers benieuwd zijn naar de resultaten van elkaars onderzoeken. Dat onderzoek zetten wij, zoals te doen gebruikelijk, uit via ZonMw, waarbij we voor dit onderzoek zelfs een onafhankelijke begeleidingscommissie hebben aangesteld. Naar aanleiding van die aangenomen motie ben ik in gesprek gegaan met ZonMw en deze begeleidingscommissie, want ik begrijp de zorg die uit de motie spreekt ten aanzien van het gefragmenteerde van het onderzoek.

Na afronding van die lopende onderzoeken, wanneer we dus de resultaten kennen, zal ik ZonMw vragen om te bewerkstelligen dat de onafhankelijke — onafhankelijke, benadruk ik nog maar eens — wetenschappelijke begeleidingscommissie van het onderzoek naar oversterfte een overkoepelende duiding geeft van de verschillende onderzoeksresultaten en een advies geeft over noodzakelijke

randvoorwaarden en eventuele aandachtspunten voor vervolgonderzoek naar oversterfte. Dus dit is wel degelijk een uitvoering van die motie, maar het gaat NSC misschien niet snel genoeg. Het is heel belangrijk dat wij datgene wat er nu loopt, niet zomaar in de prullenmand gooien en dan zeggen: nu gaat iemand anders het helemaal overdoen, en dan integraal. Dat is er gewoon. We moeten kijken hoe we daar dan mee verder moeten.

Ten aanzien van de andere motie van mevrouw Joseph moet ik toch verwijzen naar mijn collega, de minister van EZK. Dat heb ik toen ook al gezegd. Als minister voor Medische Zorg heb ik namelijk geen zeggenschap over het CBS en de prijzen die berekend worden aan onderzoekers voor toegang tot de datasets. Ik wijs er nogmaals op dat het CBS, gelet op verplichtingen in bindende regelgeving, niet kan voldoen aan de wens van de Kamer om slechts marginale kosten in rekening te brengen aan onderzoekers die onderzoek op datasets willen uitvoeren. Dus dat is mijn antwoord.

Daar wil ik het bij laten, voorzitter.

De voorzitter:

Heel goed. Daarmee zijn we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik stel voor dat we gelijk doorgaan met de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Dan is weer het woord aan de heer Dijk, die spreekt namens de Socialistische Partij.

De heer Dijk (SP):

Dank u wel, voorzitter. Dat de minister het eigen beleid van een demissionair kabinet ten aanzien van het eigen risico verdedigt, snap ik. Daar kunnen we lang met elkaar over in debat gaan, maar ik denk niet dat we snel tot elkaar zullen komen. Daar leg ik me bij dezen dan maar bij neer. Ik zie alleen wel dat er een wens is van een meerderheid van de Tweede Kamer, de nieuwe Tweede Kamer, die anders is dan alles wat deze minister beoogt. Dat stemt me zeer positief, want dan hoef ik ook niet op allerlei non-argumenten in te gaan over de heer Kox, die overigens een gewaardeerd partijgenoot is van mij.

Over zorgvuldigheid gesproken: daar kan je ook anders naar kijken. Er wordt al jarenlang over het eigen risico gedebatteerd. Ongeveer alle argumenten zijn al over de tafel gegaan. Mijn houding ten opzichte van het eigen risico, dit amendement en deze wet is: als het niet kan zoals het moet, moet het zoals het kan. Ik zag ook dat ene Geert Wilders dat zei over de vorming van een kabinet, dus dan kunnen we dat ook hier doen. Je gaat bijvoorbeeld als kabinet toch niet twee jaar op de Europese Unie wachten, zou ik denken. Je zou wel gek zijn. Het is bijvoorbeeld ook krankzinnig dat Europa zich überhaupt met dit soort dingen bemoeit, zoals onze zorg. Volgens mij vindt een meerderheid van deze Kamer dat ook. Ik denk trouwens dat de PVV daar ook een voorstander van is. Waarom zou de Europese Unie zich in vredesnaam met onze zorg, ons openbaar vervoer of onze publieke sectoren gaan bemoeien? Dat lijkt me heel gek. We hebben het de afgelopen jaren wel vaker gezien: Nederland als beste jongetje in de EU-klas. Laten we daar meteen mee ophouden. Ik reken daarbij de komende tijd trouwens ook op de steun van de PVV en de BBB als het gaat om dat soort krankzinnige ingrepen in onze publieke sector, die wij met elkaar betalen.

Er is sprake van 3 of 4 miljard euro aan inkomsten uit het eigen risico bij de verzekeraars. En dan is er nog de rest. De minister noemde het "de rest". Ik heb in mijn betoog geprobeerd aan te geven dat dit duidt op een vooringenomenheid waar een politiek mensbeeld achter zit, namelijk dat dit remgeld is. De minister beweert dat het 6 miljard euro kost om het eigen risico af te schaffen — dus de rest is tot die 6 miljard euro — omdat het een toename aan zorg zou betekenen. Nou, deze minister heeft blijkbaar geen vertrouwen in huisartsen als poortwachters. Het is goed om er op die manier achter te komen. Ik vind dat nogal wat. Zij bepalen of mensen zorg krijgen ja of nee. Ik geloof er helemaal geen snars van dat mensen onnodig zorg gaan afnemen of meer zorg gaan afnemen dan nodig is. Als die zorg nodig is, moet je die namelijk gewoon verstrekken.

Ik vind het heel fijn dat ik er in de afgelopen weken achter ben gekomen dat er in de Kamer constant een meerderheid is voor het afschaffen van het eigen risico. Ik vind het heel fijn dat deze Kamer die lijn lijkt vast te houden. Ik reken er nog steeds op dat die lijn ook vastgehouden wordt. Ik dank de minister wel voor haar beantwoording, zoals ik in het begin al zei, maar ik denk niet dat we nader tot elkaar komen. Dat is ook niet erg, want er is een meerderheid in deze Kamer voor het afschaffen van het eigen risico. Ik reken op de PVV.

De voorzitter:

Bedankt voor uw inbreng. Dan de heer Bushoff. Ik had eigenlijk verzuimd om hem te feliciteren met zijn verjaardag. Bij dezen. Hij spreekt namens de fractie van GroenLinks-PvdA.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan beide ministers voor hun beantwoording. In de eerste plaats is het fijn om te horen dat de minister heeft toegezegd om in de brief van april de Kamer te informeren over de offerteplicht en de verkenning die is uitgevoerd. Die toezegging noteren we dan eventjes. Ook is het prettig dat de minister heeft toegezegd dat mochten de ingediende amendementen worden aangenomen, onder andere over een verlichte jaarverantwoording voor die microzorgaanbieders, de uitwerking daarvan samen te doen met de Eerstelijnscoalitie. Ik denk dat dat ook een belangrijke toezegging is van de minister. Als dit soort dingen worden toegezegd, bespaart dat weer moties. Volgens mij laat het ook zien dat we in dit geval aan dezelfde kant van de medaille staan en dat we strijden voor enerzijds niet-onnodige bureaucratie en anderzijds voor een vorm van toezicht en verantwoording om fraude in de zorg tegen te gaan. Daar waren beide amendementen die we hebben ingediend op gericht.

Voorzitter. Tot slot, maar niet helemaal tot slot, is het fijn om te horen dat de minister heeft toegezegd dat ze nog eventjes gaat kijken wanneer we dan iets kunnen verwachten rondom die digitalisering van die vergoedingssystemen van het CAK. We horen dat graag in de tweede termijn, maar als dat ingewikkeld is, is het ook prima — dat is misschien nog wel prettiger — om op termijn een keer brief te krijgen over de stand van zaken daarvan. Het zou misschien wel prettig zijn als de minister een dergelijke brief eventueel in de tweede termijn zou kunnen toezeggen.

Dan wel echt tot slot, voorzitter, vraag ik nogmaals aandacht voor die visuele armoede, voor het feit dat heel veel kinderen op dit moment heel logischerwijs met oogproblemen rondlopen en slechtziend zijn. Als gevolg hiervan zitten zij in de klas en kunnen zij het bord niet lezen. Misschien kunnen zij wel niet deelnemen aan sport omdat ze slechtziend zijn. Zij kunnen geen bril krijgen omdat de ouders daar het geld niet voor hebben. Zoals ik al eerder zei en zoals ik in het interruptiedebat met de minister aangaf, is het ontzettend goed dat in ons Nederlandse zorgstelsel kinderen eigenlijk van bijna elke eigen bijdrage zijn uitgezonderd, maar is het gek dat dat niet geldt voor brillen. Ik denk dat het goed is dat de minister nog eens gaat navragen bij het Zorginstituut of de huidige richtlijnen waaronder een kind wel in aanmerking komt voor een vergoeding voor een bril gedateerd zijn en aangepast zouden moeten worden. Ik vind het ook prettig als de minister op termijn zou kunnen rapporteren aan de Kamer wat het Zorginstituut daarover zegt. Ik zou dus nog om die toezegging willen vragen. Ik denk ook dat het goed is dat we als Kamer in ieder geval richting het debat over het pakketbesluit de afweging kunnen maken of we wel of niet vinden dat die brillen voor kinderen vergoed zouden moeten worden in sommige situaties. Daartoe dien ik dan nog de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat kinderen die slechtziend zijn volgens de huidige richtlijnen in veel gevallen niet in aanmerking komen voor een vergoeding voor een bril, terwijl ze wel een bril nodig hebben om deel te nemen aan bijvoorbeeld school en sport;

overwegende dat de dikte van de portemonnee van de ouders nu bepaalt of een kind een bril kan krijgen;

verzoekt de regering om met een voorstel te komen voor het pakketbesluit 2025 om te zorgen dat kinderen die slechtziend zijn een bril vergoed kunnen krijgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bushoff.

Zij krijgt nr. 17 (36357).

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Het moet mij wel van het hart dat deze motie dus nadrukkelijk de ruimte geeft aan de minister om daartoe verschillende voorstellen te doen. Vervolgens geeft de motie de ruimte aan de Kamer om een afweging te maken bij het pakketbesluit. Dus het legt geen voorbeslag op wat er precies zou moeten gebeuren. Nee, die afweging kunnen we maken bij dat pakketbesluit. Ik denk wel dat het nodig is dat we die zuivere afweging dan kunnen maken. Dat kan alleen als er ook opties op tafel liggen. Daartoe dient deze motie. Ik hoop op brede steun in de Kamer om iets te kun-

nen doen aan dit probleem van visuele armoede, met name onder kinderen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Maar als wat meneer Bushoff na het indienen de motie zegt waar is, dan had hij ook genoeg kunnen nemen met de toezegging van de minister dat ze met het Zorginstituut nog een keer zal spreken over de criteria en of die gedateerd zijn. Ik vind dat de motie ergens een voorschot op neemt, terwijl we altijd voor de zomer met elkaar in debat gaan over de adviezen van het Zorginstituut over het pakket. Hiermee probeert meneer Bushoff toch al ergens een hekje om te zetten, terwijl hij de toezegging had dat er meer informatie zou komen.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Die twee dingen staan wel los van elkaar. Het is goed dat het Zorginstituut nog eens kijkt naar die criteria. Als het zegt dat die criteria helemaal achterhaald zijn, dat ze geschrapt worden en dat het wordt opgenomen in het basispakket, dan is deze motie overbodig. Sterker nog, dan was deze motie uit voorzorg juist heel erg goed, want dan is de minister al opgedragen om aan de gang te gaan met een voorstel om dan ook te kunnen zorgen dat kinderen zo'n bril vergoed krijgen. Deze motie zorgt ervoor dat, als uit de aanbevelingen van het Zorginstituut zou blijken dat er aanpassingen nodig zijn in de vergoeding voor brillen voor kinderen, dat dan ook besloten kan worden in de Kamer. Als wij de minister niet opdragen om daar al voorbereidingen voor te treffen, dan moeten we nog weer een keer een jaar wachten. Dat zou ik zonde vinden. Dat is één.

Voorzitter, dan het tweede. Ik vind ook — ik denk dat ons zorgstelsel het gelijk aan mijn zijde bewijst — dat het logisch is dat heel veel kinderen voor heel veel zaken uitgezonderd zijn van een eigen bijdrage. Dat is dus alleen op het punt van brillen nu niet het geval. Voor alle andere dingen — het eigen risico, de tandarts, de eigen bijdrage Wlz, het hoortoestel, de rolstoel — is dat wel het geval. Ik denk dat het goed is dat we kijken of dat niet ook voor brillen logisch zou zijn. Dat is het tweede argument. Het eerste argument is dus dat we hiermee de minister de opdracht geven om alvast voorbereidingen te treffen voor het geval de uitkomst van de afweging van de Kamer is dat we die brillen willen vergoeden. Als het Zorginstituut daartoe adviseert, kunnen we overgaan tot de besluitvorming daarvoor.

Tot zover.

De voorzitter:

Dank voor uw inbreng. Mevrouw Jansen gaat nu in de tweede termijn spreken namens Nieuw Sociaal Contract. Gaat uw gang.

Mevrouw Daniëlle Jansen (NSC):

Voorzitter. Allereerst wil ik beide ministers bedanken voor de beantwoording van de vragen. Ik ben blij te horen dat het amendement oordeel Kamer krijgt, enerzijds omdat het veel helderder is en anderzijds omdat het een klein maasje in de wet om toch tabakswaaren te verkopen, dicht.

Ik heb een motie opgesteld om iets meer druk te zetten achter de informatieplicht.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat verzekeraars een informatieplicht hebben aan verzekerden;

overwegende dat informatie over welke zorg wel of niet gecontracteerd is nog steeds onvoldoende duidelijk is voor verzekerden;

overwegende dat informatie over bijkomende kosten van niet-gecontracteerde zorg nog steeds onvoldoende duidelijk is voor verzekerden;

overwegende dat informatie over prijsplafonds nog steeds onvoldoende duidelijk en lastig te vinden is;

verzoekt de minister om in de Verzamelwet 2024 sancties op te nemen bij het niet tijdig verschaffen van toegankelijke informatie door zorgverzekeraars aan verzekerden rondom niet-gecontracteerde zorg en zorgplafonds,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Daniëlle Jansen, Claassen en Bushoff.

Zij krijgt nr. 18 (36357).

Dank voor uw inbreng. Mevrouw Tielen namens de VVD.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank, voorzitter, en dank aan beide ministers. Als we dit als een hamerstuk hadden afgedaan, dan hadden we niet zo'n leuke middag gehad. Ik vond het tenminste een leuke middag met een goede gedachtewisseling over onze zorg.

De minister zei in antwoord op de vraag over de bestuurlijke boete voor de zorgplicht dat er al een last onder dwangsom kan worden opgelegd. Dat is best wel een juridische term. Ik heb het gegoogeld en dan wordt er gezegd dat het eigenlijk iets minder is dan lik op stuk. Maar goed, misschien kan de minister dat nog nader duiden. Ik heb er toch een motie over, omdat ik echt vind dat we iets harder moeten optreden om die zorgplicht te kunnen garanderen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Nederlandse Zorgautoriteit handhavend op moet treden indien zorgverzekeraars hun zorgplicht niet nakomen;

constaterende dat uit recent onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars hun zorgplicht beter uit kunnen voeren;

van mening dat een goede werking van het zorgstelsel afhankelijk is van het nakomen van de zorgplicht en van strikte handhaving, maar dat dit nu in onvoldoende mate en te voorzichtig gebeurt;

verzoekt de regering om naast het huidige handhavingsinstrumentarium van de NZa de wenselijkheid en mogelijkheid te onderzoeken om een bestuurlijke boete op te kunnen leggen bij het onvoldoende invullen van de zorgplicht,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Tielen, Daniëlle Jansen en Claassen.

Zij krijgt nr. 19 (36357).

Mevrouw Tielen (VVD):

De minister zei iets wat ik best wel een aanvulling vind op het amendement-Bushoff. De minister zei namelijk over de administratieve last: ja, maar met vijf jaar gaan de mensen die zorgorganisaties leiden, calculeren. Vijf jaar is misschien ook wel wat veel, maar ik vind dat er echt moet worden gekeken hoe de administratieve lasten wat minder kunnen voor organisaties die te goeder trouw zijn gebleken.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en de bijhorende aanpassingswet (AWtza) kleine zorgaanbieders een jaarlijkse openbare jaarverantwoordingsplicht opleggen;

overwegende dat met name kleine zorgorganisaties aangeven dat zij te maken krijgen met disproportionele administratieve lasten;

overwegende dat de verantwoordingsplicht noodzakelijk is voor de financiële continuïteit in de zorg en het voorkomen van misbruik en oneigenlijk gebruik;

van mening dat het redelijk is om kleine zorgorganisaties die te goeder trouw zijn meer ruimte en minder administratieve lastendruk te geven;

verzoekt de regering om voor kleine zorgaanbieders te onderzoeken of de jaarlijkse vragenlijst na gebleken "te goeder trouw" waar mogelijk minder frequent uitgevraagd kan worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Tielen, Daniëlle Jansen en Claassen.

Zij krijgt nr. 20 (36357).

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Dat was het voor vandaag.

De voorzitter:

Hartelijk dank voor uw inbreng. De heer Claassen ziet af van zijn inbreng en daardoor zijn we nu gekomen aan het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer.

Ik kijk even naar de bewindslieden. Drie moties? Vijf minuten? Ik zie dat dat goed is. We schorsen vijf minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van de Verzamelwet VWS 2023. Ik geef het woord in tweede termijn aan de minister van VWS. We krijgen ook een appreciatie op drie moties.

Minister Helder:

Dank u wel, voorzitter. Ik zal de appreciatie doen van de moties op stuk nr. 19 en nr. 20. Minister Dijkstra zal de appreciatie van de andere moties doen.

De motie op stuk nr. 19 van mevrouw Tielen gaat over de Nederlandse Zorgautoriteit en de handhaving. Minister Dijkstra heeft al uitgelegd dat er nu een aanwijzing mogelijk is plus een last onder dwangsom. Dat is vooralsnog passend. Maar we willen de motie oordeel Kamer geven, omdat we er best naar willen kijken en dat willen onderzoeken. Daarnaast loopt de evaluatie van de kaderwet NZa 2018-2022. Rond de zomer zal ik de Kamer over de uitkomsten informeren. Daar zal ik het ook in meenemen.

Dan de motie op stuk nr. 20, voorzitter. Ook die motie kan ik oordeel Kamer geven. Ik ben voornemens om de vragenlijst jaarlijks tegen het licht te houden en onnodige vragen te laten schrappen. Daarnaast zal ik onderzoeken of via de vragenlijst waar mogelijk minder kan worden uitgevraagd, juist bij kleine zorgaanbieders na gebleken goede trouw. Dat neem ik mee, waardoor ik de motie oordeel Kamer kan geven.

Dit was mijn bijdrage, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Dan krijgen we nu nog antwoorden en een appreciatie van de minister voor Medische Zorg.

Minister Dijkstra:

Voorzitter, dank u wel. Ik wil toch even iets zeggen richting de heer Dijk, die al heeft vastgesteld dat wij het nooit eens worden over dit onderwerp, namelijk de rol van de eigen bijdrage in het Nederlandse zorgstelsel. Ik wil nog even

aangeven dat, helaas voor de heer Dijk, de Europese Commissie zich al met ons bemoeit. Hij vindt het onzin, maar de risicoverevening die wij in ons stelsel hebben, wordt gezien als staatssteun. Daar moet de Europese Commissie mee akkoord gaan. Als wij die ernstig verhogen, zoals het voorstel is van de SP, dan zal dat toch echt via de Commissie moeten worden aangemeld en daar zal een besluit over komen. Verder wil ik niet de enorme risico's nemen die de heer Dijk heeft aangegeven. Ja, hij heeft ze niet aangegeven als risico's, maar voor mij zijn het hele grote risico's. Als ik namelijk stappen zet op het terrein van de rijksbijdrage en de Europese Commissie daar niet mee akkoord is, dan kan het zijn dat we na een paar jaar vaststellen dat de zorgverzekeraars heel veel geld hebben uitgegeven en dat ze dat toch niet mochten doen. Dus ik waarschuw alvast maar even dat deze voorstellen heel veelomvattend zijn, en helemaal niet eenvoudig, zoals de heer Dijk dat voorstelt.

Ik heb overigens nog één opmerking over het zogenoemde remgeld. De Nederlandse Patiëntenfederatie heeft onlangs een onderzoek gedaan. Daaruit bleek dat 40% van de patiënten die daaraan hebben meegedaan, meent in de afgelopen twee jaar onnodige zorg te hebben gehad.

Voorzitter. Ik ga door, eerst met de beantwoording van een paar vragen. Ik had de heer Bushoff beloofd om in tweede termijn even terug te komen op het declaratieproces. Het CAK komt binnenkort met een nieuwe planning, maar aan de zijde van de huisartsen is geen prioriteit gegeven aan deze ICT-wijzigingen vanwege de overvolle ICT-agenda. Het CAK verschuift daarom de aandacht naar andere delen van de zorg.

Voorzitter. Mevrouw Tielen vroeg nog: wat betekent eigenlijk een last onder dwangsom in plaats van een boete? Het komt hierop neer. De NZa kan een aanwijzing geven, aan de zorgverzekeraars in dit geval. Dat is gebeurd. Daarin stelt de NZa vast: je moet dit of dat doen, want daar voldoe je nu niet aan. Uiteindelijk betekent een last onder dwangsom dat als dat na een bepaalde termijn ook niet in praktijk wordt gebracht, er een bedrag op gesteld kan worden dat dagelijks betaald moet worden.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik heb een korte vraag, voorzitter. Ik begreep uit het antwoord van de minister op mijn vraag dat het CAK nog met een gewijzigde planning komt voor de digitalisering van dat vergoedingsproces. Zou de minister ons ergens in een brief, in een aparte brief of in een brief die binnenkort komt, kunnen informeren over die gewijzigde planning en hoe die zich verhoudt tot bijvoorbeeld de systematiek met huisartsen?

Minister Dijkstra:

Ja. Ik kan toezeggen dat we de Kamer daarover informeren.

Voorzitter. Dan kom ik bij de moties. De motie op stuk nr. 17 is van de heer Bushoff en die luidt: overwegende dat de dikte van de portemonnee van de ouders nu bepaalt of een bril krijgen; verzoekt de regering om met een voorstel te komen voor het pakketbesluit 2025 om te zorgen dat kinderen die slechtziend zijn een bril vergoed kunnen krijgen. Ik moet helaas die motie ontraden, want we hebben daar geen dekking voor. Wat ik wel kan toezeggen, is om de financiële

impact van dit onderwerp in beeld te brengen. Daar kan ik dan op terugkomen in de pakketbrief die de Kamer in juni krijgt. Dan kunnen we de resultaten communiceren met de Kamer. Dus de motie is ontraden, maar deze toezegging staat wel.

De motie op stuk nr. 18 is van Daniëlle Jansen, Claassen en Bushoff. Ik zou willen vragen om deze motie aan te houden. En waarom doe ik dat? Omdat het erg vroegtijdig is om nu al vast te stellen wat je in de volgende verzamelwet, namelijk volgend jaar, aan sancties gaat opnemen. Ik zou de leden die deze motie hebben ingediend, willen vragen om te wachten tot april. Dan informeer ik de Kamer over het contracteerproces. Op de uitkomsten in die brief wil ik niet vooruitlopen. Dat doet die motie wel, dus ik zou willen vragen om 'm aan te houden tot na de publicatie van die brief.

De voorzitter:

Ik kijk even naar mevrouw Jansen, of zij daartoe bereid is. Ze knikt ja.

Op verzoek van mevrouw Daniëlle Jansen stel ik voor haar motie (36357, nr. 18) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister Dijkstra:

Voorzitter, daarmee ben ik aan het einde van mijn inbreng in tweede termijn.

De voorzitter:

Hartelijk dank aan de bewindslieden en aan de leden voor hun inbreng in dit debat.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

We gaan aanstaande dinsdag, 26 maart, stemmen over de wet en over drie moties, want de motie op stuk nr. 18 is aangehouden. Over de wet inclusief de amendementen, dat klopt. Dat doen we dus op dinsdag 26 maart.

We gaan vandaag nog wel door, maar dat is na de dinerpauze. Ik ga nu schorsen. Het eerstvolgende debat is gepland om 18.30 uur en dat gaat over de fraudebestrijding door DUO.

De vergadering wordt van 16.44 uur tot 18.33 uur geschorst.