

3

Zorgverzekering en AWBZ

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013 (33288).**

De **voorzitter**:

Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Meurs** (PvdA):

Voorzitter. Onder grote tijdsdruk behandelen wij vandaag de wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013. Wij danken de minister voor de beantwoording van onze vragen en ook voor de uitstekende technische briefing die wij van haar ambtenaren mochten ontvangen. Dat heeft zeker bijgedragen aan een beter begrip van de voorgestelde maatregelen. De meeste vragen van mijn fractie zijn afdoende behandeld of reeds aan de orde geweest in het debat in de Tweede Kamer.

Vandaag wil ik mij beperken tot twee kernpunten: de samenhang tussen de verschillende maatregelen die worden voorgesteld, en de relatie tussen de keuze voor een eigen risico en het beginsel van de eigen verantwoordelijkheid. Ten slotte heb ik nog een paar gerichte vragen over de verzachting van de eigen bijdrage in de ggz.

Eerst iets over de samenhang tussen de verschillende maatregelen. Als we de maatregelen die nu worden voorgesteld en de voorstellen voor de wijziging van het pakket bij elkaar optellen dan kan de situatie zich voordoen dat één en dezelfde persoon geconfronteerd wordt met een eigen risico van € 350, een compensatie op dat eigen risico van € 54, een zorgtoeslag afhankelijk van de hoogte van het inkomen, een tegemoetkoming in het kader van de WTCG, een eigen bijdrage als gebruik wordt gemaakt van de ggz en ten slotte een bedrag van € 7,50 per ligdag als de betreffende persoon te maken krijgt met een opname. Dit is, lijkt mij, bijna niet meer te volgen.

Daar komt bij dat de compensaties en toeslagen op verschillende momenten worden uitgekeerd, de zorgtoeslag wel inkomensafhankelijk is met een aflopende trap en de eigen bijdrage in de ggz weer niet – 110% van het minimuminkomen is de grens – terwijl de liggelden weer helemaal niet inkomensafhankelijk zijn. Het kan dus voorkomen dat een burger die geen gebruik maakt van zorg wel een zorgtoeslag ontvangt; de toeslag is immers een inkomensmaatregel terwijl een ernstig zieke patiënt een eigen bijdrage van € 350 moet betalen. Als deze dan onverhoopt een inkomen heeft net boven het minimum ontvangt hij of zij nauwelijks een compensatie via de zorgtoeslag en als dat wel zo is, ziet die persoon pas aan het einde van het jaar iets terug van het geld. En zo zou ik nog even kunnen doorgaan met het noemen van voorbeelden om de merkwaardige uitwerking van deze stapeling van maatregelen zichtbaar te maken. Dankzij de goede technische briefing van vorige week hebben we kunnen begrijpen hoe deze maatregelen werken en wat zij bij

elkaar opgeteld gaan betekenen, maar we bevinden ons in de luxe positie dat we om uitleg kunnen vragen, terwijl veel burgers dat niet kunnen. Graag verneemt mijn fractie van de minister hoe zij aankijkt tegen deze stapeling van maatregelen. Is zij het met mijn fractie eens dat het geheel van heffingen en compensaties veel te ondoorzichtig is geworden? Waarom is voor een verdere stapeling gekozen? Is overwogen, gelet op de bezuinigingsopgave, om naar alternatieven te kijken die juist tot een vereenvoudiging zouden kunnen leiden en die niet onevenredig neerslaan op degenen die van de zorg afhankelijk zijn en noodgedwongen veel kosten moeten maken?

Meer in het bijzonder vindt mijn fractie het onbegrijpelijk dat is gekozen voor een ligdagprijs van € 7,50. Een nieuwe maatregel, met veel extra administratieve lasten, zo hebben we begrepen, en met een onderbouwing die zeer te wensen overlaat. Immers, ook al lig je in het ziekenhuis, de kosten thuis gaan over het algemeen gewoon door. En dan nog te bedenken dat er betaald moet worden voor het eten dat over het algemeen van abominabele kwaliteit is, zozeer dat heel veel patiënten eten van thuis meenemen of krijgen. Ziekenhuizen spelen daar zelfs op in door overal magnetrons neer te zetten! In het veld zien wij nu al een behoorlijke discussie ontstaan tussen verzekeraars en zorgaanbieders over de vraag wie dat liggeld gaat administreren en innen.

Mijn fractie is uiteraard blij dat met het verhogen van het eigen risico de laagste inkomens volledig worden gecompenseerd, maar dat neemt niet weg dat wij grote zorgen hebben over de gevolgen van alle maatregelen bij elkaar. Het zou ons een lief ding waard zijn als er voor een simpeler systeem werd gekozen. Wij denken daarbij aan het inkomensafhankelijk maken van het eigen risico met een oplopende trap: hoe hoger het inkomen, hoe hoger het eigen risico. Graag ontvangen wij een reactie van de minister op deze punten. Wij begrijpen overigens op basis van een brief die zij heeft gestuurd aan de Tweede Kamer dat zij voornemens is nader onderzoek te doen naar de stapeling van deze maatregelen. Kan de minister vanavond toelichten wat haar plannen zijn?

In dit verband zou mijn fractie graag vernemen welke kosten gemoeid zijn met deze maatregelen: meer werk voor het CAK, voor de Belastingdienst, voor de verzekeraars en een heel nieuw administratief systeem voor het innen van het liggeld. Uit de evaluatie van de vorige wijziging door Ecorys en Berenschot in 2010 en 2011 uitgevoerd, bleek dat de administratieve lasten aanmerkelijk hoger zijn uitgevallen dan geraamd: toentertijd 40 mln. in plaats van de geraamde 27 mln. Hoe gaat de minister bewerkstelligen dat een dergelijke overschrijding dit keer wordt voorkomen?

Dan het tweede punt, de eigen verantwoordelijkheid. Bij de beantwoording van de vragen van mijn fractie, stelt de minister dat de verhoging van het eigen risico ook bedoeld is om burgers te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid. Eigen betalingen zouden het kostenbewustzijn van patiënten verhogen en de minister stelt dat het goed is dat door middel van eigen betalingen mensen meebetalen aan hun zorggebruik.

Laat ik vooropstellen dat mijn fractie het van groot belang vindt dat burgers zo veel als mogelijk verantwoordelijkheid dragen voor hun eigen gezondheid en dat zij ook investeren in hun eigen gezondheid door hun leefstijl in acht te nemen. Mijn fractie is ook niet zonder meer tegen vormen van eigen betaling, via eigen risico of eigen bijdragen. Ons probleem is gelegen in de gemakkelijke kop-

Meurs

peling tussen het beginsel van eigen verantwoordelijkheid en eigen betaling. Mensen kunnen ziek worden en zorg nodig hebben en dan is het juist van groot belang, er snel bij te zijn om de ziekte in de kiem te smoren of erger te voorkomen. Juist dan wordt geld bespaard. De minister is zelf een warm voorstander van zorg dicht bij huis; meer zorg door de eerste lijn om dure zorg in het ziekenhuis daar waar dat verantwoord is, te voorkomen. Een verhoogd eigen risico draagt niet bij aan dit principe, integendeel. Patiënten zullen de neiging hebben om uit te stellen en de vraag is of we dan uiteindelijk beter af zijn. Ik vrees van niet. Graag zou ik van de minister een nadere uiteenzetting willen hebben hoe zij de relatie ziet tussen eigen verantwoordelijkheid en eigen betaling en waar haar opvatting over eigen betalingen door meer eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid op gebaseerd is. Is er onderzoek naar gedaan? Zijn er ervaringen in andere landen? Naar mijn weten is dat namelijk niet het geval. Ik heb dit verband niet kunnen vinden. In ieder geval is er geen bewijs van een causaal verband tussen eigen betaling en zorggebruik.

In de evaluatie die door Ecorys is uitgevoerd komt niet zonder meer naar voren dat er sprake is van een gedragseffect bij een verhoging van het eigen risico. Evenmin is er zicht op de vraag op gezondheidseffecten door het verhogen van het eigen risico. Het onderzoek dat in 2009 door Nivel is uitgevoerd laat zien dat het verhogen van het eigen risico geen enkel gedragseffect zal hebben. Een belangrijke reden is – zo stellen de onderzoekers – dat de beslissing om zorg te gebruiken overwegend door de huisarts en de medisch specialist wordt genomen en niet door de patiënten zelf.

Mijn fractie stelt wel vast dat met het verhogen van het eigen risico een volgende stap wordt gezet in het verdelven van verantwoordelijkheden tussen overheid en burgers. De verantwoordelijkheid komt meer bij de burgers te liggen. Zij betalen een groter deel van de rekening. Wij zijn daar niet ten principale op tegen maar we zouden dan willen opteren voor een systeem dat de solidariteit tussen zieken en gezonden in ere houdt, dat rekening houdt met inkomensverschillen en dat gericht is op gezondheidswinst. En ook een systeem dat goed is uit te leggen en volledig voorspelbaar is, want vooral als je ziek bent, wil je goed weten waar je aan toe bent.

De wijzigingen waarover wij vanavond spreken, zien wij vooral als een bezuinigingsmaatregel die snel gerealiseerd moest worden. Daardoor wordt de lappendeken van eigen betalingen en toeslagen groter en ondoorzichtiger. Er vindt geen fundamentele discussie plaats over wat nu onder de eigen verantwoordelijkheid moet worden verstaan en hoe die verantwoordelijkheid zodanig vorm kan krijgen dat er sprake is van gepast gebruik van zorg. En uiteraard hoort daar ook bij een groter kostenbewustzijn bij patiënten; daarvan zijn wij een groot voorstander. Wij zijn benieuwd naar de zienswijze van de minister op dit punt.

Dan, zoals aangekondigd, nog een paar vragen over de eigen bijdrage in de ggz. Zoals in de schriftelijke inbreng naar voren gebracht, herhaal ik hier dat mijn fractie blij is met de verzachting van de eigen bijdrage voor de ggz en het ontzien van de laagste inkomens. Ik heb nog wel een vraag over de gekozen methodiek. Voor de eigen bijdragen in de ggz is gekozen voor de grens van 110% van het geldende sociaal minimum. De reden daarvoor is dat aansluiting is gezocht bij het recht op categoriale bijstand. De vraag van mijn fractie is of voor de eigen bijdragen over-

wogen is om te werken met een glijdende schaal. Hetzelfde principe als bij de zorgtoeslag: hoe lager het inkomen, hoe lager de eigen bijdrage. De huidige maatregel is een alles of niets principe. Waarom is niet voor die glijdende schaal gekozen?

Een tweede vraag betreft de gevolgen van de eigen bijdragen. Er zou sprake zijn van vraaguitval, met name in de verslavingszorg en in de ouderenspsychiatrie. Ook zijn er aanwijzingen dat het aantal crisisopnamen stijgt. Heeft de minister inzicht in de gevolgen tot nu toe? Herkent zij deze berichten? Ook hebben wij begrepen dat de staatssecretaris van Justitie zich zorgen maakt over een mogelijke toename van het aantal delinquenten met een psychiatrische aandoening dan wel een terugval in het criminale circuit van patiënten die zorg gaan mijden ten gevolge van de eigen bijdrage, ook al komt er een verzachting.

Ondanks de verzachtende maatregel, die zij zeer ondersteunt, blijft mijn fractie bij het standpunt dat deze maatregel discriminerend is en een stigma van ggz-patiënten in stand houdt en versterkt. Ook in dit opzicht ziet mijn fractie meer in een totaalaanpak waarin niet alleen voor de ggz eigen bijdragen worden geheven, maar voor alle vormen van zorg een systeem van eigen betalingen wordt ontwikkeld, zoals ik bij mijn vorige punt aangaf.

Ik wacht de antwoorden van de minister af.



Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Voorzitter. Ook de PVV-fractie sluit zich graag aan bij de dank aan de minister voor de technische briefing en het antwoord op onze vele vragen.

Wij spreken vandaag over de wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013. Niemand kan ontkennen dat aan dit wetsvoorstel de eisen van Brussel ten grondslag liggen. De Kunduzmaatregelen, zoals bijvoorbeeld de verhoging van het eigen risico, zijn niet bedoeld als hervormingen om de kosten in de hand te houden, maar zijn ordinare lastenverzwaringen voor de burger, met name voor de chronisch zieken en de ouderen. Niet snijden in eigen vlees, maar liever de bijl zetten in de ouderenzorg en de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten, dat is de keuze van de Kunduzcoalitie. Deze is volledig op de verkeerde weg met de bizarre verhoging van het eigen risico, het introduceren van "liggeld" in het ziekenhuis en het plan de rollator zelf te laten betalen.

Wij snappen natuurlijk ook wel dat de stijging van de zorgkosten in de hand moet worden gehouden. Er is echter nog veel geld te besparen zonder dat iemand zorg kwijt raakt of meer moet betalen, bijvoorbeeld door niet-effectieve behandelingen te schrappen, door verspilling van medicijnen tegen te gaan, door minder managers aan te stellen en door efficiënter gebruik te maken van hulpmiddelen, om maar wat te noemen.

Straks zijn er verkiezingen en is het aan de burger om zijn stem hierover te laten horen. Het zou getuigen van respect voor de democratie om daarop te wachten. De gehaaste besluitvorming over dit soort belangrijke zaken die de burger keihard treffen, is te wijten aan Brussel en staat haaks op de anders zo zorgvuldige behandeling van wetsvoorstellen in deze Kamer. In dit verband kunnen we daarom beter spreken van "la chambre d'accélération". Deze behandeling lijkt juist de onwenselijke "overijling in de raadplegingen" te zijn waarvoor de Grondwetscom-

Frijters-Klijnen

missie in haar motivering voor het oprichten van een Eerste Kamer heeft gewaarschuwd en als argument heeft aangevoerd voor het oprichten van de Eerste Kamer.

Het verhogen van het eigen risico is volgens de PVV-fractie de verkeerde oplossing om iets aan de zorgkosten te doen, maar het is natuurlijk wel de gemakkelijkste weg om geld op te halen. Met doordachte hervormingen is echter tijd gemoeid en die wilde de Kunduzcoalitie niet nemen, want er moest zo nodig een akkoord naar Brussel. De PVV moet tot haar spijt constateren dat de zo hoog in het vaandel staande hervormingsmaatregelen van FC Kunduz ook op de pakketmaatregelen slaan. Dit zijn wederom ordinare bezuinigingen en lastenverzwaringen. Laten we bijvoorbeeld kijken naar de ligtax van € 7,50. In 2010 is de gewogen gemiddelde ligduur in Nederlandse ziekenhuizen verder gedaald, namelijk met 4,5% ten opzichte van 2009. Nederland kent al de kortste ligduur van alle landen om ons heen. Een efficiencyslag valt hier dus helemaal niet te maken. Wij willen de minister oproepen deze maatregel te monitoren, zodat we inzicht krijgen in het effect van deze maatregel en we te weten komen of mensen het ziekenhuis gaan mijden.

Het is betreurenswaardig dat de maatregelen voor stoppen met roken worden teruggedraaid, zodat deze weer voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking komen. Het basispakket is bedoeld voor noodzakelijke zorg, en stoppen met roken valt daar niet onder. Waarom moeten mensen die willen stoppen met roken, honderden euro's vergoed krijgen voor nicotinepleisters? Zij besparen toch al fors doordat zij geen sigaretten meer kopen? Het was hun eigen keuze om te gaan roken. Het is ook hun eigen keuze om daarmee weer te stoppen, maar dan wel op eigen kosten. De overheid heeft in het verleden veel geld uitgegeven aan stoppen met roken, zoals programma's, campagnes en organisaties. En wat blijkt? Het aantal rokers is met 1% toegenomen. De overheid zou zich daarom moeten beperken tot voorlichting. Vorig jaar zei de minister er nog het volgende over, ik citeer: "Niets is zo lucratief, zowel voor je eigen gezondheid en die van je omgeving als voor je eigen portemonnee, als stoppen met roken. Ik zie echt niet in waarom je buurman, die niet rookt, eraan mee moet betalen. Het spijt mij wel, maar ik zie het niet in. Ik zie ook niet in dat al mijn vrienden en kennissen, die ruim boven de twee ton zitten, op kosten van de zorgverzekeraar moeten stoppen met roken. Ik vind dat echt heel treurig. Als je stopt met roken, levert je dat heel veel geld op. Een pakje sigaretten kost meer dan € 5. Een pakje per dag, zeven pakjes per week: reken maar uit, daar word je hartstikke rijk van. Je wordt er ook veel gezonder van. Ik spreek uit ervaring. Ik kan het iedereen aanraden. Ik ben vier jaar geleden gestopt. Bij wat er in een basispakket zit, gaat het ook over dit soort afwegingen. Moeten wij dit met zijn allen financieren?" De minister vond toen dus van niet en mijn fractie was het daarmee eens. Nu doet zij echter een ongelooflijke knieval voor de Kunduzclub en draait zij 180 graden. We gaan weer met zijn allen het stoppen met roken bekostigen.

De PVV-fractie blijft bij het standpunt dat de gehaaste besluitvorming rondom deze wetswijzigingen niet op deze manier had mogen plaatsvinden. Deze asociale maatregelen zullen aan deze minister blijven kleven. Het past een demissionaire minister niet om zulke ingrijpende beslissingen zo snel door te drukken. Het zou ook getuigen van respect voor de democratie om op de stem van de burger te wachten, want op 12 september zijn er verkiezingen.

Is het evenwichtig dat bijna het hele Kunduzpakket vooral in het vlees van de burger snijdt en de overheid eigenlijk spaart? En is het evenwichtig dat je liggeld voor het ziekenhuis moet betalen, terwijl zonnepanelen extra gesubsidieerd worden? Het antwoord is natuurlijk: nee, dat is allemaal niet evenwichtig. Dat is ook niet acceptabel! Wij zeggen: als de staat per jaar meer geld uitgeeft dan hij binnenkrijgt, dan is het de staat die de tering naar de nering moet zetten. Bij Kunduz is de balans volledig zoek.

De heer Thissen (GroenLinks):

Heeft de fractievoorzitter van mevrouw Frijters-Klijnen aan de overzijde, de heer Wilders, overwogen om eerst naar de kiezer te gaan voordat hij begon aan het Catshuis-overleg en hij zeven weken lang met Rutte, Fleur Agema, Verhagen en nog wat mensen, in het Catshuis probeerde om een begroting voor 2013 in elkaar te draaien? Geldt diezelfde redenering, die zij nu aanvoert voor het Lentepakkoord, niet ook voor haar partij en haar fractievoorzitter?

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Ik hoef de heer Wilders aan de overkant helemaal niet te adviseren; hij heeft mijn advies echt niet nodig. Maar wat was uw vraag nu precies?

De heer Thissen (GroenLinks):

U zei dat het beter was om tot na 12 september te wachten met het sluiten van een akkoord over de begroting voor 2013. U vindt dat wij eerst naar de kiezer zouden moeten gaan en niet nu dit soort asociale maatregelen zouden moeten doorvoeren. Dat had u dan toch zeker ook tegen Wilders moeten zeggen toen hij met de door mij zo juist genoemde heren in het Catshuis ging overleggen? In de begroting waarover toen werd gesproken, zaten immers ook heel forse maatregelen. Ze kwamen er niet uit, maar dan nog had u toch zeker, nog voor die onderhandelingen begonnen, moeten zeggen dat u eerst naar de kiezer wilde?

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Dit is echt een heel andere situatie. De PVV heeft in het Catshuis haar rug recht gehouden en daardoor is er helemaal geen akkoord gekomen.

De heer Thissen (GroenLinks):

De situatie is exact hetzelfde. Alleen nam uw partij geen verantwoordelijkheid.

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Wij namen juist wel onze verantwoordelijkheid. Wij hielden namelijk onze rug recht.

Voorzitter. Ook voor onze ouderen heeft Kunduz nog wat extra's in petto. Volgens het Kunduzpakket is dat het extramuraliseren zvp 1-3 voor nieuwe gevallen per 1 januari 2013. Niemand die daar iets van snapt, maar het betekent het afschaffen van de verzorgingshuizen. Vanaf 2013 komen hoogbejaarden die slecht ter been zijn, niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en ook niemand meer hebben om voor hen te zorgen, er gewoon niet meer in. Zij zouden thuis de zorg moeten krijgen die zij ook in het verzorgingshuis hebben. Maar de realiteit is dat deze mensen vaak niet meer thuis kunnen wonen. Sommigen hebben zelfs dag en nacht zorg nodig. Het gaat hier tenslotte vaak om mensen van 80 jaar en ouder die zichzelf niet meer kunnen verzorgen. Om te voorkomen dat zij

Frijters-Klijnen

verkommeren, vereenzamen en vervuilen, bestaan er verzorgingshuizen. Daarom wil de PW ze behouden.

Voorzitter. Op 12 september zullen de kiezers nee zeggen tegen dit Kunduzpakket, net zoals ze nee zullen zeggen tegen het ESM-verdrag en de dictaten van Brussel. Op 12 september worden wij weer baas in eigen huis, worden wij baas in eigen land! Hún Brussel, óns Nederland!

□

De heer **Thissen** (GroenLinks):

Voorzitter. Een flink aantal jaren geleden las ik een prachtig interview met Thomas Rau, een in Nederland wonende en werkende architect. Hij is onder andere bekend van het gebouw van de Triodos Bank en van het WNF in Zeist en van het stadhuis van de gemeente Zutphen. In dat interview hekelde hij vanuit bezorgdheid en betrokkenheid dat wij bij grote en complexe problematiek – hij noemde mobiliteit als voorbeeld – altijd aan amendering doen en nooit helemaal opnieuw bedenken wat er nodig is. Hij zei: wij amenderen auto's; wij maken auto's steeds schoner, maar wij weigeren om na te denken over nieuwe vormen van mobiliteit, nieuwe vormen van je verplaatsen. Daardoor zouden een hele hoop problemen wellicht duurzamer kunnen worden opgelost.

Dat interview is mij altijd bijgebleven. Wij doen bij het stelsel van sociale zekerheid namelijk hetzelfde: wij amenderen het iedere keer maar weer, waardoor het hele stelsel eigenlijk houtje-touwtje is. De ene verbouwing volgt op de andere, waardoor de balans zoek is. Wij doen het overigens niet alleen bij de sociale zekerheid zo, maar ook bij de zorg en het zorgstelsel. Eigenlijk verzucht ik vanavond namens GroenLinks: wat is het toch jammer dat wij niet eens de tijd nemen om grondig na te denken over waar het naartoe moet met de zorg, het zorgstelsel, de zorgproductie en de zorgconsumptie. Wij zouden daarbij moeten uitgaan van de vraag wat er werkelijk nodig is voor de volksgezondheid, wat de overheid moet borgen en garanderen voor iedereen en wat de rol zou kunnen zijn van de markt en marktpartijen.

Ik vind met andere woorden dat wij eigenlijk een totaalconcept zouden moeten bedenken voor de samenhang tussen wonen, zorg, sociale zekerheid en sociale voorzieningen. Wij nemen er de tijd niet voor. Het probleem met dit wetsvoorstel, dat wij van harte ondersteunen, is eigenlijk dat de tijd te kort is om eens over deze fundamentele vragen na te denken. Ik voorspel dat partijen het straks ook weer zo druk zullen hebben met de formatie, dat die fundamentele vragen aan de kant worden geschoven, omdat in het kader van het meerjarenperspectief 2013 tot 2018 kostenbeheersing, ombuigingen en bezuinigingen nodig zijn. De gestage groei van de kosten van de zorg is niet afgeremd, alle voornemens en maatregelen van opvolgende kabinetten ten spijt, aldus hoogleraar Marcel Olde Rikkert van de Radboud Universiteit Nijmegen afgelopen vrijdag in NRC Handelsblad: de gezondheidszorg van Nederland en de VS zijn onbestuurbare koekiemonsters geworden. Hij heeft een tijdlang in de Verenigde Staten rondgelopen tijdens zijn sabbatical en daar met professor Jack Wennberg gesproken.

Een van de conclusies is dat een zorgsysteem zich niet laat verkleinen, maar er alles aan doet om de capaciteit te laten groeien of in ieder geval constant te houden. De zorgaanbieder, de arts, heeft namelijk de unieke mogelijkheid om zijn eigen markt te bepalen. Hij is de expert

en monopolist op het terrein dat wij allemaal het grootste goed vinden: onze eigen gezondheid. Verderop in het artikel staat dat de intensiteit van de diagnostiek meeverandert als patiënten verhuizen naar een intensievere zorgregio, waar dus veel zorgaanbod is. "Die intensievere diagnostiek gaat echter niet gepaard met een betere overleving of betere kwaliteit van het leven", aldus onderzoek uit de Verenigde Staten. Ik citeer Marcel Olde Rikkert: "Beleidsmakers en politici miskennen deze zelfsturende kracht van de gezondheidszorg en tonen zich nog steeds verrast dat hun maatregelen niet de logisch voorspelde effecten hebben ... Het zorgdebat moet dus niet gaan over algemene economische maatregelen, maar over de vraag welke zorgexperimenten wij moeten uitvoeren en hoe wij de sturingsmogelijkheden van de patiënt daadwerkelijk kunnen vergroten." Met dit voorstel wordt vooral het kostenbewustzijn van de zorgconsument bevorderd, althans dat is de achtergrond van het denken.

Ik spreek vanavond namens de fractie van GroenLinks, maar als ik naar de sprekerslijst kijk, zie ik dat de enige ben van het lenteclubje die vanavond het woord voert over dit voorstel. Dat valt mij wat tegen van de collegae van VVD, CDA, D66 en ChristenUnie. Wij hadden allemaal samen dat Lenteakkoord gemaakt. Dan is het toch raar dat ik dat hier vanavond alleen sta te verdedigen, wellicht samen met de minister, maar dat hoor ik straks wel.

GroenLinks is trots op het bereikte resultaat. Natuurlijk hadden wij veel liever gehad dat wij een grote stap hadden gezet op weg naar de inkomensafhankelijke eigen bijdrage en naar inkomensafhankelijke zorgverzekeringspremies. Wij hadden een grote stap willen zetten om de zorgproductie wat meer in te tomen en wat meer corrigerend op te treden ten aanzien van markteffecten die er langzamerhand in gekomen zijn. Wij hadden ook graag de conclusies willen horen van de evaluatie van de Zorgverzekeringswet. Waar wij markt hebben willen creëren, hebben wij nu te maken met een verkleinde markt, waar eigenlijk nog vier heel grote spelers zijn en waar eigenlijk sprake is van oligopolie. Ik heb nog opgezocht wat dat betekent. Er zijn nog maar vier grote zorgverzekeraars, die met elkaar eigenlijk doen alsof wij als klanten, cliënten, burgers, in ons land wat te kiezen hebben in de zorgverzekeringspolis.

Wat heeft de zorgverzekering tot nu toe opgeleverd aan stijging van onverzekerden? Ik heb het zowel over de niet-kunners – de mensen die onvermogen zijn – als over de niet-willers. Die laatste groep noem ik wanbetalers. De eerste groep niet, dat zijn onvermogen betalende. Wat is het resultaat van de verhoging van het eigen risico, ondanks de compenserende maatregelen aan de onderkant van het inkomensgebouw of het loongebouw, voor deze groep? Is daar al zicht op?

GroenLinks is er trots op dat wij in ieder geval met het pakket dat nu voorligt, de wijziging van de Zorgverzekeringswet cum annexis, de laagste inkomens hebben kunnen ontzien en dat wij de eigen bijdrage in de ggz hebben kunnen mitigeren. Wij zouden graag in een volgende periode de fundamentele vragen aan de orde willen hebben die ik aan het begin stelde. Wij zouden graag in de volgende periode echt eens willen praten over de vraag hoe het zorgstelsel eruit moet zien en hoe er aan de zorgproductiekant, de zorgaanbodkant gemitigeerd kan worden. Het verontrust mij namelijk dat uit onderzoek uit de Verenigde Staten blijkt dat mensen, naarmate er meer zorgaanbod is, ook meer gebruikmaken van zorg, zonder dat de kwaliteit van leven of de levensduur daardoor

Thissen

toeneemt. Dat debat gaan we eigenlijk veel te veel uit de weg. Ik zou dat debat graag willen voeren. Met het voorliggende voorstel kunnen wij het echter eens zijn.

Mevrouw **Meurs** (PvdA):

Ik heb het betoog van de heer Thissen gevolgd en ben nu toch een beetje verbaasd. Hij zegt dat hij deze wetswijziging van harte ondersteunt, terwijl uit zijn hele betoog blijkt dat hij liever iets heel anders zou willen. Wat deze wetswijziging in ieder geval teweeg zal brengen, is een vergroting van de lappendeken waar de heer Thissen zelf zo graag van af wil. Kan hij eventjes toelichten waarom hij dan toch zo'n groot voorstander is van deze wetswijziging, terwijl hij tegelijkertijd de effecten van dezelfde wijziging zo hekelst?

De heer **Thissen** (GroenLinks):

Er zijn twee lijnen die heel erg moeilijk een parallel kunnen vormen. Je hebt de lijn van de begroting 2013, die gemaakt moest worden. Drie partijen uit de oppositie in de Tweede Kamer hebben hun verantwoordelijkheid genomen – ik zeg altijd: ze hebben lef en daadkracht getoond – door daar samen met het restant van het vorige kabinet, de VVD en het CDA, hun schouders onder te zetten. Dat is gelukt. Daar is heel veel op af te dingen. Er zijn allerlei plussen en minnen. GroenLinks is niet over alles heel tevreden, maar over onder andere dit voorstel wel, omdat we hierin bij de verhoging van het eigen risico hebben kunnen voorkomen dat de laagste inkomens weer de zwaarste lasten moeten dragen. Ik sta er van harte achter dat ons dat gelukt is. Dat is lijn een, de lijn voor de korte termijn, de begroting voor 2013. Ik vind het zo verschrikkelijk dat we eigenlijk in de Staten-Generaal nooit eens de tijd nemen om fundamenteler na te denken over de vraag waar we met onze zorg en met ons zorgstelsel naartoe willen. Hoe moet Volksgezondheid er anno 2020 uitzien? Wat voor stappen zouden we moeten zetten om daar te komen? Dat debat zou echter, zo neem ik aan, te veel tijd hebben geveerd voor de begroting van 2013, maar dat debat zou ik heel erg graag willen initiëren met een volgend kabinet. Of GroenLinks daar nu aan tafel zit of niet – gezien de huidige peilingen worden wij graag uitgenodigd – zou ik graag zien dat in ieder geval de partijen die een kabinet gaan vormen over die fundamentele vragen eens nadenken en die horizon ook voor de burgers in ons land durven te definiëren. Gezien de tijd die we nu hadden, kan dat niet. Ik ben iemand die graag eens wat langer de tijd zou nemen voor dit soort fundamentele dingen, vooral ook voor de samenhang tussen wonen, sociale zekerheid en volksgezondheid. Daar zitten zo veel relatie mogelijkheden in en die pakken we niet.

De **voorzitter**:

Of ons die tijd vanavond gegund is, weet ik niet helemaal zeker, gezien het strakke programma. Het woord is aan mevrouw Slagter.

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):

Voorzitter. Zoals mijn fractie ook al aangaf bij het voorbereidend onderzoek wordt dit wetsvoorstel met stoom en kokend water aan de Eerste Kamer aangeboden. Het is ook door sprekers voor mij al aangeduid. Deze Kamer heeft aangegeven ten aanzien van de afhandeling een positieve grondhouding te willen aannemen. De voorberei-

dingstijd was echter dermate kort dat het voor parttime werkende Kamerleden zonder ondersteuning bijzonder moeilijk was om op tijd alle ins en outs van het voorstel te doorgronden.

We danken daarom de minister en haar ambtenaren dat ze én geduldig al onze vragen hebben beantwoord, én ons ook nog vorige week door middel van een briefing in staat hebben gesteld zo volledig mogelijk op de hoogte te kunnen zijn vandaag. Ik heb zelf overigens alleen de sheets ontvangen, omdat ik door persoonlijke omstandigheden afwezig moest zijn, maar de sheets waren heel erg duidelijk en verhelderend. Dank daarvoor. Ik hoop dat dit ook de discussie ten goede kan komen.

Het onderhavige wetsvoorstel strekt tot uitvoering van de maatregelen uit het zogenaamde begrotingsakkoord – ik houd het maar op deze neutrale naam – op het terrein van de zorg. Het doel van het akkoord is het terugbrengen van het EMU-saldo naar 3% in 2013. Blijkens de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel wordt met de maatregelen uit het akkoord een evenwichtig koopkrachtbeeld bereikt. De voorgestelde maatregelen hebben zodoende een financiële achtergrond en zijn gekozen omdat ze op korte termijn kunnen worden ingevoerd. Het is uiteraard voor een minister die, naar het zich nu laat aanzien, een korte termijn is beschoren, moeilijk om langetermijnplannen te maken. Toch zou mijn fractie graag vernemen hoe deze minister voorziet dat de relatie tussen zorg en kosten zich gaat ontwikkelen in de komende jaren en hoe zij denkt dat de in de memorie van antwoord geponeerde stelling dat "de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen" invulling moet krijgen. Ik sluit mij aan bij wat collega Thissen hiervoor zei. Mijn fractie is overigens van mening dat dit met het voorliggende wetsvoorstel in ieder geval niet gebeurt. Ik zou daar graag straks in de pauze met de heer Thissen nog eens over willen praten. Misschien dat we daar straks wel de tijd voor hebben.

Evenals onze fractie aan de overkant zijn wij van mening dat met de verhoging van het eigen risico van € 220 naar € 350 de zorgkosten in toenemende mate onevenredig worden afgewenteld op mensen die veel zorg nodig hebben, zoals ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Wij menen dat deze ontwikkeling haaks staat op het beginsel van solidariteit en recht op goede zorg, eens de basis van de Zorgverzekeringswet. Ook stellen wij vast dat de eigen bijdrage voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg gehandhaafd blijft, ondanks de bezwaren die er nog steeds tegen bestaan, maar die ik nu niet zal herhalen.

Ik wil daarentegen nog wel wat andere vragen aan de minister voorleggen. Allereerst de vraag naar de kosten en opbrengsten. We hebben daar in de voorbereidende fase ook al wat over gesproken. De memorie van antwoord meldt op een vraag daarover van mijn fractie dat de netto-BKZ-uitgaven dalen met 800 mln. Er zijn echter ook kostenposten. Ter compensatie van de stijging van het eigen risico wordt de zorgtoeslag met 560 mln. verhoogd. Hiervan zegt de memorie van antwoord dat het een lastenverlichting betekent voor huishoudens met de laagste inkomens en dat deze lastenverlichting budgettair wordt gecompenseerd via een lastenverzwaring voor alle huishoudens. Vallen dan onder "alle huishoudens" ook die met de laagste inkomens? En hoe wordt de verzachting van de eigen bijdrage ggz, die voor 55 mln. op het Zorgverzekeringsfonds zal drukken, dan verrekend? Het komt op mijn fractie nog steeds over als gegoochel met

Slagter-Roukema

cijfertjes en vestzak-broekzakredeneringen en ik vraag van de minister een duidelijker overzicht.

Evenals andere fracties heeft ook de fractie van de SP al herhaalde malen gevraagd of de regering bereid is onderzoek te doen naar een eenvoudiger en gerichter compensatie van eigen betalingen in de Zvw, AWBZ en Wmo. Mevrouw Meurs had het daar ook al over. Met het voorliggende wetsvoorstel komt er naast de al bestaande zorgtoeslag, de Compensatie eigen risico (Cer) en de tegemoetkoming via de WTCG, een andere manier van compensatie van het verplichte eigen risico bij, namelijk de compensatie van de verhoging van € 115 naar € 350 voor 2013, die verloopt via een verhoging van de zorgtoeslag.

De Cer komt terecht bij circa 2 miljoen mensen, de WTCG bij circa 1,3 miljoen mensen en de zorgtoeslag – onduidelijk is of het hierbij om de zorgtoeslag inclusief de uitbreiding van vandaag of dat het nog exclusief is, want het zijn cijfers uit de begroting van mei – komt terecht bij 5 miljoen mensen. Kan de minister mij, als ik dat allemaal optel en aftrek, geruststellen op het punt dat mensen met hoge zorgkosten op het sociaal minimum recht hebben op én de tegemoetkoming van € 115, én de Cer van € 54, én, in geval er een eigen bijdrage aan de ggz moet worden betaald, verzachting van deze eigen bijdrage kunnen krijgen én een tegemoetkoming ex WTCG?

Al met al is de conclusie dat dit een ondoorzichtig en niet uit te leggen gedrocht is van compenserende maatregelen, waar allerlei instanties bij betrokken zijn. Mijn fractie begrijpt dan ook absoluut niet waarom de minister op bladzijde 10 aangeeft dat het gevraagde onderzoek niet in de rede ligt. Wij vinden dat dit antwoord niet getuigt van veel visie.

Een andere vraag is hoe zeker het nu is een hoger verplicht eigen risico tot gevolg zal hebben dat de premies van de zorgverzekeraars zullen dalen met € 61 per jaar. Dat werd in eerste instantie gezegd, maar de minister komt van deze stelling al terug op bladzijde 8 van de memorie van antwoord, door terecht te vermelden dat er naast kostenverlagende effecten ook kostenverhogende effecten van belang zijn voor de premievaststelling voor 2013. De minister heeft in feite geen invloed op de hoogte van de premie en op de manier waarop deze tot stand komt. De zorgverzekeraars zijn daarin vrij en zouden zichzelf – zo zegt de minister – uit de markt prijzen als ze te hoog in de boom zitten.

Maar dat gaat toch uit van een reële markt, waarop voor patiënten keuzes te maken zijn. Die is er niet, want er is maar een zeer beperkt aantal zorgverzekeraars – het oligopolie – dat elkaar nauwlettend in de gaten houdt. Daarnaast zijn er allerlei al of niet duidelijke manieren om dure patiënten – dat zijn toch vaak de chronisch zieken, de ouderen en de gehandicapten – te selecteren. In theorie niet voor de basisverzekering, hoewel, voor bepaalde collectiviteiten waarvoor een verlaagde premie kan gelden, komt deze groep niet in aanmerking, maar wel voor de daar vaak aan gekoppelde, aanvullende verzekering. De minister zegt op een vraag daarover dat zij geen aanwijzing kan geven, mocht de premie toch minder dalen dan verwacht. Maar is dit dan een taak voor de NMa?

De voorganger van de huidige minister, de heer Klink, suggereerde dat zorgverzekeraars met het eigen risico kunnen sturen, in die zin dat het eigen risico in bepaalde gevallen niet geïnd zou hoeven worden, namelijk als patiënten naar een preferente zorgaanbieder gaan. Is die

theorie ook praktijk aan het worden? Ik merk er zelf nog niet zoveel van.

Volgens de memorie van antwoord vindt de minister het vervelend als een verzekerde door het hoge eigen risico in de eerste maanden van het jaar in de problemen komt. Het lijkt mij een beetje een eufemistische uitspraak, want die problemen kunnen zijn: geen eten en drinken meer maar alleen pillen. Dan geeft de minister aan dat zorgverzekeraars een betalingsregeling kunnen treffen met die verzekerden met een laag inkomen die niet kunnen voldoen aan hun betalingsverplichtingen. Die mogelijkheid bestaat nu ook al. Ik zou graag van de minister willen weten hoeveel daarvan gebruik wordt gemaakt. Is de minister bereid daarover overleg met zorgverzekeraars te voeren?

Mogelijk kan zij dan ook nog eens nagaan of het totale aantal mensen dat op dit moment de eigen bijdrage ggz niet of te laat betaalt ook wordt bijgehouden. Als ze dan toch overleg voert, kan ze misschien ook direct informeren voor hoeveel en welke patiënten instellingen of gemeenten de eigen bijdrage ggz betalen.

Het is de indruk van mijn fractie dat, parallel aan de ophoging van het eigen risico, het invoeren van eigen bijdragen en de stijging van het aantal wanbetalers, een circuit van schuldhulpverlening groeit, deels gedragen door sociale diensten, waarin een groeiend aantal mensen moet worden opgevangen. Vindt de minister dat zij daarin ook een taak en een verantwoordelijkheid heeft, of is dat alleen de verantwoordelijkheid van het veld?

Voorzitter. Er zijn soms van die dagen dat het gevoel je bekruipt dat minister en ministerie geen weet hebben van de zorgen van chronisch zieken en bejaarden. Dat gevoel kreeg ik toen ik de beantwoording op bladzijde 5 las op de vraag van mijn fractie over welke verzekerden het gaat als de minister betoogt dat de forse verhoging van het eigen risico beoogt het kostenbewustzijn van verzekerden te verhogen.

De minister gaat niet in op onze vraag over welke verzekerden het dan gaat. Zij haalt er de veldpartijen bij en vertelt over de afspraken die ze met hen maakte over declaratieoverzichten en no-showtarieven. Maar onze vraag ging over de mensen van vlees en bloed die getroffen zijn, die niet hebben gekozen voor hoge zorgkosten, die erin zijn gerold, zonder vreugde. Mensen die strijd voeren tegen ziekte en die willen overleven. Zij kan toch niet van mening zijn dat chronisch zieken en bejaarden zich niet bewust zijn van de kosten waar zij de samenleving mee opzadelen? Mijn ervaring als praktiserend huisarts is juist dat ze zich dit maar al te zeer bewust zijn en er zich vaak schuldig onder voelen. Ik ben juist lid van de Eerste Kamer geworden om de stem van deze groep mensen te verwoorden, om daarmee beleid en uitvoering te verbinden. Ik vraag de minister daarom tot slot of zij oog en oor heeft voor deze gevoelens van ongemak en schuld, en als dat zo is, hoe ze dat als minister in het toekomstig beleid vorm wil geven. Ik wacht de beantwoording van de minister af.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.