

6

Zorgverzekering en AWBZ

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013 (33288)**.

De beraadslaging wordt hervat.



Minister **Schippers**:

Voorzitter. Ik dank uw Kamer oprecht voor de extra uren die u bereid bent te draaien voor dit en andere wetsvoorstellen, omdat de economische en financiële crisis bijzonder is. Met een grote impact in andere Europese landen en in Nederland geeft dit extra aanleiding voor bijzondere activiteiten zoals deze. Ik dank u dan ook hartelijk dat u dit onderschrijft door deze uitzonderlijke flexibiliteit.

Wij zijn hier bijeen om te spreken over de maatregelen uit het begrotingsakkoord voor 2013 op het gebied van de zorg. In het wetsvoorstel wordt de verhoging voor het eigen risico, de aanpassing van de compensatie eigen risico en de verzachting van de eigen bijdrage behandeling tweedelijns ggz vastgelegd. Op grond van die wet wordt nog een AMvB voorbereid, waarin nadere regels worden gesteld over de uitvoering van de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage geestelijke gezondheidszorg.

Tevens wordt in dit wetsvoorstel melding gemaakt van de verhoging van de zorgtoeslag per 2013. Deze verhoging wordt na de zomer in een aparte AMvB vastgelegd, zodat ook nog rekening kan worden gehouden met eventuele aanpassingen in de zorgtoeslag als gevolg van de besluitvorming in augustus over het koopkrachtbeeld 2013. De AMvB die op 13 juni aan de Kamer is overgelegd, heeft daarop geen betrekking. Die AMvB, ook wel de pakket-AMvB genoemd, die elk jaar rond deze tijd bij uw Kamer wordt voorgehangen, bevat de overige maatregelen die voortvloeien uit het begrotingsakkoord op grond van al bestaande wettelijke bevoegdheden. Het gaat dan om de eigen bijdrage van € 7,50 per ligdag en de aangepaste eigen bijdrage voor hoortoestellen.

Daarnaast bevat de AMvB een aantal andere maatregelen, zoals de aanpassing van de IVF en de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg. De maatregelen die voorliggen, zijn maatregelen die mensen rechtstreeks in hun portemonnee zullen voelen. Maar het zijn ook maatregelen die onontkoombaar zijn en die geen uitstel dulden, indien wij tenminste onze verantwoordelijkheid voor de gezondmaking van de overheidsfinanciën serieus nemen. Als wij niet nu orde op zaken stellen, moeten onnodig veel mensen daarvoor straks de rekening betalen.

Het is dus ook een compromis. En natuurlijk speelt tijdsdruk een rol, omdat het per 1 januari 2013 moet kunnen worden uitgevoerd. Dat betekent tegelijkertijd dat er geen grote stelselwijzigingen zijn. Ik vind dat ook een demissionair kabinet niet passen.

Dat laat onverlet dat het ingrijpende keuzes zijn. Het kabinet erkent dat en heeft er dan ook voor gekozen om de pijn zo eerlijk mogelijk te verdelen. Ik sta ervoor dat de zorg in 2013 voor iedereen toegankelijk is, ook voor de kwetsbare groepen. Wij hebben besloten het eigen risico te verhogen. Om de sterkste schouders de zwaarste

lasten te laten dragen, is ervoor gekozen om tegelijkertijd, via de zorgtoeslag, de laagste inkomens volledig te compenseren voor deze verhoging. Volledige compensatie en dus geen mitigerende. De zorgtoeslag is als instrument hiervoor bij uitstek geschikt. Dit heeft de volgende redenen. De zorgtoeslag biedt niet alleen een tegemoetkoming voor de nominale premie die mensen moeten betalen maar biedt ook compensatie voor het gemiddeld eigen risico dat mensen betalen. Deze compensatie is dus niet gekoppeld aan het zorggebruik van de cliënt.

Onderdeel van het begrotingsakkoord is ook om een eigen bijdrage voor ligdagen in de ziekenhuiszorg in te voeren. Bij de inning van deze eigen bijdrage wordt gebruik gemaakt van de bestaande reguliere informatiestromen, waardoor de administratieve lasten relatief laag zijn.

Tegelijkertijd wordt de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg voor de lagere inkomensgroepen gecompenseerd voor diegenen die daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van behandeling in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Deze tegemoetkoming wordt uitgekeerd door het CAK, dat na de problemen eind 2007 de afgelopen jaren heeft laten zien de dienstverlening weer goed op orde te hebben. Het is niet met plezier dat ik deze maatregel aan uw Kamer voorleg. Ik zou dat dan ook achterwege laten als ik niet overtuigd was van de noodzaak en de onontkoombaarheid. Zoals tijdens de behandeling in de Tweede Kamer bleek, maken mensen zich zorgen. Ik kan mij dat goed voorstellen. In toch al niet florissante tijden worden mensen, hoe je het wendt of keert, in hun portemonnee geraakt.

Maar het is in dit kader dan ook van groot belang dat de Kamer deze voorstellen vandaag behandelt. In de eerste plaats omdat het van belang is dat de mensen tijdig weten waaraan zij toe zijn. Daarnaast is het heel belangrijk dat verzekeraars, aanbieders en uitvoeringsinstanties voldoende voorbereidingstijd krijgen voor de implementatie van de maatregelen. Mensen hebben er ook recht op dat een en ander zorgvuldig wordt voorbereid.

Veel van de maatregelen in het begrotingsakkoord hebben gevolgen voor de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars en de risicoverevening. Ook de compensatie voor de eigen bijdrage ggz, een heel nieuwe regeling, moet worden vormgegeven.

Daarnaast vraagt een aantal maatregelen om aanpassing van de huidige uitvoeringspraktijk, onder andere bij ziekenhuizen. Het is ook om deze reden belangrijk dat er voor het zomerreces duidelijkheid is over de maatregelen. Na de zomer zal ik een publiekscampagne over de maatregelen in gang zetten waarin duidelijk wordt uitgelegd wat de maatregelen betekenen. Uiteraard kunnen de mensen met hun vragen ook terecht bij hun zorgverzekeraar. Hiermee kom ik bij de afronding van mijn inleiding. Ik dank de Kamer voor de gebogen gelegenheid om een aantal onderwerpen nader toe te lichten. Ik ga nu verder met de beantwoording van een aantal specifieke vragen.

De heer Thissen heeft gezegd dat hij eigenlijk liever een discussie zou voeren over de vraag hoe wij het stelsel in zijn geheel beter kunnen vormgeven, hoe wij voor betere prikkels kunnen zorgen. De heer Thissen zei dat dit in de zorg eigenlijk nooit gebeurt, dat het een soort "amenderen op" is. In 2006 is dat anders gegaan. Toen hebben wij immers de Ziekenfondswet, de WTZ, de MOOS en de particuliere verzekering, de IZA, allemaal samengevoegd tot één verzekering: de Zorgverzekeringswet. Dat was daadwerkelijk een stelselwijziging. De maatregelen die wij vandaag bespreken, zijn om financieel-economische redenen

Schippers

in een hoog tempo genomen. Ik vind het heel moedig, met name van de oppositiepartijen die hun nek hebben uitgestoken om deze maatregelen te nemen, in het landsbelang. Deze maatregelen moesten allemaal uitvoerbaar zijn in 2013. Dat is met grote stelselwijzigingen over het algemeen niet het geval. Het begrotingstekort komt nu uit op 2,9%. Als wij niets hadden gedaan, was dat 4,2% geweest. Dat maakt nogal een verschil uit.

Mevrouw Slagter vroeg hoe volgens mij de relatie tussen zorg en kosten zich de komende jaren gaat ontwikkelen. Hierover is, al zeg ik het zelf, een heel mooi boekje geschreven, waaraan veel mensen lang gewerkt hebben. Het heet: Hoeveel extra is de zorg ons waard? Wij hebben geprobeerd om politiek neutraal aan te geven wat de determinanten zijn van de ontwikkeling van de zorgkosten. Wij hebben het altijd over vergrijzing als oorzaak van de stijging van de zorgkosten, maar dat is eigenlijk maar voor een kwart het geval. De grootste oorzaak van de stijging is gelegen in technologische ontwikkelingen waardoor de belasting van bepaalde ingrepen zo veel minder is geworden dat veel meer mensen een operatie of behandeling graag willen. In dat boekje staat ook dat wij de verwachting hebben dat de zorgkosten de komende jaren flink zullen blijven stijgen. De maatregelen die wij vandaag bespreken, zullen een en ander mitigeren. Wij zullen hiermee de problemen op de lange termijn echter niet hebben opgelost. Iedereen zal in zijn eigen verkiezingsprogramma die uitdaging nog moeten aangaan.

Ik vind het belangrijk om op te merken dat wij in Nederland topzorg leveren. Wij scoren hoog bij iedere internationale vergelijking. Wij zijn vaak eerste en zitten in ieder geval vaak in de top. Van de acht jaar die wij sinds 1950 langer leven, leven wij zes jaar langer dankzij de zorg, en over het algemeen met goede kwaliteit van leven. De analyse is dus niet zo somber dat alles wat wij extra doen, eigenlijk in een put verdwijnt. Ik denk dat wij heel goed presteren. Er is echter één probleem: ons stelsel is te duur. Wij zullen hiervoor oplossingen moeten vinden. Die zijn niet simpel. Daar zitten veel dilemma's in. Dat is ook de reden waarom wij dat boekje hebben uitgegeven, opdat iedereen hierover mee kan denken.

Een aantal leden heeft gevraagd naar de eigen verantwoordelijkheid van mensen versus de eigen betalingen. Kan ik een uiteenzetting geven over de vraag hoe beide zaken zich tot elkaar verhouden? Een aantal leden heeft gesteld dat Ecorys helemaal geen effect ziet van eigen betalingen op zorggebruik. Dat is onjuist. Ecorys ziet wel een effect. Echter, als je het eigen risico niet van toepassing verklaart op de huisartsenzorg, is het effect uiteraard een stuk minder. Je bepaalt zelf of je naar de huisarts gaat, maar als de huisarts zegt "mevrouw, u hebt een gebroken been, u gaat naar de specialist", dan is dat geen remgeld. Je zult je been dan immers toch echt moeten laten zetten bij de specialist. Het moet dus niet alleen gezien worden als remgeld, het is ook een kwestie van "de gebruiker betaalt". Eigen risico betekent dat je een deel zelf betaalt. Dat is nu gemaximeerd tot € 220 en dat wordt € 350. Je weet zeker dat als je een dure ziekte hebt, alles boven die € 350, door de samenleving wordt opgebracht, hoeveel het ook wordt. Daarin zit die solidariteit, die zo belangrijk is dat wij die moeten behouden voor de toekomst, opdat ook onze kinderen die weinig geld hebben en misschien een dure ziekte krijgen, slechts een bepaald maximum aan zorgkosten zullen moeten betalen. Ik denk helemaal niet in termen van schuld en boete. Ik zie ziek worden niet als schuld. Ziek worden is heel erg

als je dat overkomt, zeker als je een heel ernstige ziekte hebt. Ik zie het eigen risico niet als schuld. Ik zie het eigen risico als volgt: we houden met z'n allen een heel duur maar wel kwalitatief hoogstaand zorgsysteem op de been, waarin we ook innovatieve zorg moeten toelaten, maar we moeten allemaal een deel daarvan zelf betalen als we er gebruik van maken. Zo kunnen we het in stand houden, ook voor generaties na ons. Daarbij dragen de sterkste schouders de zwaarste lasten. Altijd wordt een deel van het eigen risico gecompenseerd via de zorgtoeslag, maar dit keer wordt het gehele bedrag gecompenseerd via de zorgtoeslag. Dus eigenlijk is er voor het eerst een echt inkomensafhankelijk eigen risico ingevoerd. Dit gebeurt niet via een systeem van eigen risico, want daarvoor heb je een stelselwijziging nodig. Dit is echter een maatregel waarbij mensen via de zorgtoeslag voor de laagste inkomens volledig worden gecompenseerd, en dat loopt langzaam af naarmate je meer verdient. De sterkste schouders dragen dus de zwaarste lasten.

Mij werd gevraagd of tegenover de verlaging van de zorgtoeslag een compenserende lastenverzwaring staat. Moeten de laagste inkomens daaraan bijdragen? Die compenserende lastenverzwaring zit in het tarief voor de eerste schijf. Die is omhooggegaan. Ik heb begrepen dat de heer Weekers hier vandaag ook over deze maatregelen heeft gesproken. Inderdaad worden vrijwel alle huishoudens hierdoor getroffen, maar dit pakket compenserende lastenverzwaring is zo vormgegeven dat ook rekening is gehouden met de laagste inkomens, die er met dit voorstel per saldo niet op achteruitgaan. Als je het allemaal bij elkaar optelt, klopt het als een bus.

Waarom is niet besloten tot een inkomensafhankelijk eigen risico? Er is geen stelsel van inkomensafhankelijk eigen risico, want dat vergt een stelselwijziging die je nooit per 2013 kunt invoeren. In de praktijk is dit echter wel gedaan, namelijk door het via deze weg van de zorgtoeslag te compenseren in plaats van via de Cer, zoals me in de Eerste Kamer was gevraagd. De compensatie van het eigen risico is immers inkomensafhankelijk. Had je het daar gedaan, dan had je de gebruikers gecompenseerd en nu heb je het op inkomen gecompenseerd. Als je gebruikers compenseert, dan compenseer je ook mensen met een heel hoog inkomen, die dat eigen risico best zelf kunnen betalen. Nu is er gekozen voor de inkomensroute van de compensatie.

De verwachte kostenverlaging is gemiddeld € 61 als gevolg van het verhogen van het eigen risico. De premie zal dus met ongeveer € 61 kunnen zakken. Daartegenover staat bijvoorbeeld dat we de geriatrische revalidatie overhevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De premie van de AWBZ zou dan dus kunnen dalen, want die wordt dan niet meer daaruit betaald, maar uit de premie van de Zorgverzekeringswet, die dan met ongeveer € 57 zal stijgen. Zo zie je dat premies altijd een optelsom zijn: als we het pakket vergroten, gaat de premie omhoog, en als we het eigen risico verhogen, gaat de premie naar beneden. Uiteindelijk is het een optelsom van wat je daar per jaar doet.

Mevrouw Meurs (PvdA):

Dank voor de uitleg. Het is wel heel goed luisteren om helemaal precies te begrijpen wat deze verschillende maatregelen betekenen. De minister zegt – dat hebben we ook goed begrepen – dat er een volledige compensatie komt via de zorgtoeslag. Het is een inkomensafhankelijke maatregel. Dus ook al maak je geen gebruik van zorg, je komt

Schippers

wel in aanmerking voor die zorgtoeslag. Dit is dus uitsluitend een inkomensmaatregel en niet een maatregel die uitgaat van het zorggebruik.

Minister Schippers:

De volledige compensatie betreft alleen de laagste inkomens, want dan neemt die navenant af. Het is inderdaad een inkomensmaatregel. Het begrotingsakkoord is eigenlijk een pakket waarin we koopkracht, zorgmaatregelen, alles in een bak hebben gegooid. De mensen die het opmaken, krijgen het in ieder geval volledig terug. De mensen die niets opmaken, krijgen, als ze hetzelfde inkomen hebben, dat bedrag ook terug. Mevrouw Meurs heeft dus gelijk: het is een inkomensmaatregel.

Mevrouw Meurs (PvdA):

Dat is duidelijk. Dank daarvoor. Is er ook nog gekeken naar het zorggebruik, of is dat alleen via de compensatie van het eigen risico?

Minister Schippers:

Nee, er is niet gekeken via de route Compensatie eigen risico (Cer), omdat er via de zorgtoeslag echt een inkomensmaatregel getroffen kon worden. Via de Cer zou je dus ook compenseren voor mensen die misschien een ton of meer verdienen en die een eigen risico van € 350 zouden moeten kunnen opbrengen. Ik ben het overigens met mevrouw Meurs eens dat het een lappendeken is, maar dat was het ook al. Je zou daar misschien iets aan kunnen doen, maar het is niet aan een demissionair kabinet om dit soort stelselwijzigingen door te voeren op de avond voor het zomer- en verkiezingsreces. Ik zou het echter een goed idee vinden als iedereen daar eens naar zou kijken. Laat ik het zo formuleren.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Ik suggereer dat de minister dat laatste dan in haar testament laat opnemen en dat daar onderzoek naar wordt gedaan.

De minister zei dat het om een volledige compensatie gaat, maar volgens mij gaat het om een volledige compensatie van de stijging van het eigen risico en niet om een compensatie van het hele eigen risico. Dat leek een beetje in de woorden van de minister gesloten.

Ik krijg ook nog graag een nadere toelichting op de Compensatie eigen risico. Ik heb ook ergens gelezen dat er geen dubbele compensatie zou zijn. Blijft de Compensatie eigen risico van die € 54 ook bestaan voor de lage inkomens?

Minister Schippers:

Aan de Compensatie eigen risico doen wij verder niks. Overigens ken ik mijn plaats. Ik ga mijn opvolger geen opdrachten geven voor onderzoeken of zo, maar ik kan mij voorstellen dat iedereen die naar deze lappendeken kijkt en dat moet uitleggen voor een zaaltje, bedenkt: zouden wij dit niet simpeler kunnen doen? De volledige compensatie is inderdaad alleen voor deze maatregel. Wel wordt het eigen risico altijd voor een deeltje gecompenseerd in de zorgtoeslag. Maar als ik "volledige compensatie" zeg, dan bedoel ik: voor deze maatregel. Het is goed dat mevrouw Slagter dat even zegt. De Compensatie eigen risico gaat gewoon door zoals het ging. Daar gaan wij geen extra dingen in doen. Dat doen wij namelijk in de zorgtoeslag, zodat het inkomensafhankelijk is.

Mevrouw Slagter vroeg mij: hoe staat het met de praktijk dat verzekeraars hun patiënten kunnen sturen met het eigen risico, doordat verzekeraars een deel van het eigen risico of het hele eigen risico niet zouden innen als patiënten naar geprefereerde aanbieders gaan? Dat loopt bijzonder slecht. Eigenlijk loopt het gewoon niet. Verzekeraars doen dat niet. Toch heb ik de mogelijkheid opengeplaatst, omdat ik het heel goed zou vinden als zorgverzekeraars daar wel een keer iets in zouden zien en dat wel als instrument zouden gebruiken. Het zou toch geweldig zijn als een zorgverzekeraar zegt: als u zich bij mij verzekert, hoeft u maar € 100 eigen risico te betalen, maar dan gaat u wel naar aanbieders die ik heb gecontracteerd, die goed van kwaliteit zijn et cetera? Er wordt nauwelijks gebruik van gemaakt, maar ik laat de mogelijkheid wel open. Ik heb die dus wel doorgezet.

Er werd gevraagd: vindt de minister dat ze een taak heeft in de stijging van het aantal wanbetalers en het groeiend aantal schuldhulpverleners? Wij houden dat aantal bij met een wanbetalersmonitor van het CVZ. Ik heb de Kamer vorige week een afschrift gezonden van een brief die ik heb gestuurd aan Zorgverzekeraars Nederland, Divosa, VNG, NVVK en het ministerie van Sociale Zaken, waarin ik deze partijen heb geïnformeerd over twee pilots waarmee onderzoek wordt gedaan naar best practices om oplopende schulden voor de zorgverzekering tegen te gaan. Met deze partijen ga ik deze zomer verder praten. Ik kom aan het eind van de zomer met een preventief plan naar de Tweede en Eerste Kamer, want je kunt zaken beter voorkomen dan repareren.

Wat is het resultaat van de verhoging van het eigen risico voor de groep onverzekerden, vroeg de heer Thissen. Voor de personen die al onverzekerd zijn, verandert er niks door de verhoging van het eigen risico. Voor wanbetalers verwacht ik geen effect omdat wij een en ander volledig compenseren met deze maatregel. Deze maatregel zal daar dus geen effect op hebben. Het aantal onverzekerden is overigens sterk gedaald sinds we veel actie hebben ondernomen op dat punt. In 2011 ging het om een aantal van 150.000 en in januari 2012 om 55.000. Ook dat traject zullen we onverkort inzetten, net als dat van de wanbetalers.

Er is gevraagd of ik met de verzekeraars wil overleggen om betalingsregelingen in te voeren. Verzekeraars bieden nu de mogelijkheid om betalingsregelingen te treffen. Wij houden dat niet bij. Wij kunnen dus niet zien hoeveel regelingen er getroffen zijn per verzekeraar. Dat zal ook per verzekeraar verschillen. In mijn reactie op de schriftelijke vragen heb ik aangegeven dat het verplichten van verzekeraars tot het aanbieden van een betalingsregeling ook betekent dat je hen verplicht dat te doen voor de mensen die het wel kunnen betalen, maar dat liever niet doen. Ik laat de zorgverzekeraars vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is. Wel zal ik in mijn overleg met de zorgverzekeraars nogmaals aandacht vragen voor het belang van betalingsregelingen.

Draagt de verhoging van het eigen risico bij aan het kostenbewustzijn van ouderen en chronisch zieken? Het is in ieder geval een maatregel die de houdbaarheid van de overheidsfinanciën verbetert. Ik denk dat het ook bijdraagt aan het kostenbewustzijn in de zorg. We kunnen echt niet zeggen dat mensen niet kostenbewust zijn, maar het komt nog steeds voor dat mensen geneesmiddelen ophalen, maar die niet slikken, omdat ze niet tegen de arts durven te zeggen dat ze die pillen niet willen. Er worden nog steeds heel veel medicijnen weggehaald bij ou-

Schippers

deren. Zelfs de huisartsenposten zeggen zelf dat een eigen bijdrage niet gek zou zijn. Ik ben daar geen voorstander van want acute zorg en een eigen bijdrage gaan lastig samen, maar dat huisartsen hier zelf over beginnen, zegt wel wat. Volgens hen heeft 80% van de klachten waarmee mensen komen geen spoedeisend karakter. Het kostenbewustzijn kan echt nog beter. Er gaan nog steeds mensen naar de Spoedeisende Hulp terwijl de huisartsenpost adequaat genoeg is. Overigens is het niet alleen iets van patiënten. Ook bij artsen speelt het. Vaak weten zij helemaal niet wat een foto kost. Een patiënt heeft wel een foto bij zich, maar die is niet door hen gemaakt dus nemen ze er zelf nog een. Ook artsen zouden zich meer bewust moeten zijn van de kosten. Patiënten, dokters en alle anderen in het systeem moeten dat kostenbewustzijn beter voor elkaar krijgen om de solidariteit die we zo belangrijk vinden hoog te houden.

Mevrouw Meurs vroeg of ik, gezien de stapeling van maatregelen, alternatieven heb overwogen ter vereenvoudiging. Dat ben ik eigenlijk al op ingegaan, want er was dus die lappendeken. Je kunt daar best je ideeën over hebben, maar dit akkoord is eigenlijk gewoon bedoeld om 2013 op orde te krijgen. We moeten er ook niet meer van maken.

Waarom is er gekozen voor een eigen bijdrage van € 7,50 per ligdag? De verpleegkosten bij opname in het ziekenhuis worden op dit moment volledig betaald uit de premie. Dat geldt ook voor de kosten die niet aan de zorg gerelateerd zijn en voor een deel de kosten vervangen die iemand thuis ook gemaakt zou hebben. De werkelijke vervangingskosten bedragen ongeveer € 50 per dag. Een bijdrage van € 7,50 is in dat licht een redelijk bedrag gezien de kosten die mensen als gevolg van opname in het ziekenhuis besparen op bijvoorbeeld eten.

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Volgens berekeningen levert invoering van deze liggeldmaatregel ongeveer 40 mln. op en kost het ongeveer 23 mln. Ik begrijp het nut van de maatregel niet zo goed. Het brengt heel veel gedoe met zich mee en je moet het aan mensen uitleggen. Ik heb zelf in voorbereidend onderzoek gevraagd of we hier Afrikaanse toestanden krijgen waarbij families hun geliefden in het ziekenhuis gaan verzorgen omdat het kennelijk geld kost om opgenomen te zijn. Is de minister niet bang dat invoering van deze maatregel hetzelfde lot is beschoren als het specialistengeeltje of de eigen bijdrage van € 2 voor de receptregels?

Minister Schippers:

Of dat zo is, hangt af van de keuzes die politieke partijen maken in hun verkiezingsprogramma en in de formatie. Je kunt immers altijd iets invoeren of afschaffen; dat is altijd het geval. Het is geen willekeurig bedrag. Het bedrag is afgeleid van de verblijfskosten die nu al bestaan in de geestelijke gezondheidszorg. Dat bedrag is omgerekend. De bedragen die mevrouw Slagter noemt, herken ik niet. Wij halen 60 mln. op; 5 mln. daarvan is voor uitvoeringskosten. Het levert dus daadwerkelijk 55 mln. op. Dat zijn de bedragen. Hoelang zo'n eigen bijdrage blijft bestaan, is afhankelijk van het kabinet dat hierna komt.

Mevrouw Meurs (PvdA):

Ik kom terug op de lappendeken. Een van de vragen die ik had over de ligdagen betreft niet eens zozeer de hoogte van het bedrag – ik kan mij voorstellen dat daaraan een bepaalde berekening ten grondslag ligt – als wel het feit

dat er weer een nieuwe maatregel wordt getroffen. Uit de technische briefing begreep ik dat deze maatregel een heel nieuw administratief systeem vergt om dat bedrag te innen. Ik heb ook navraag gedaan bij verzekeraars en zorgaanbieders. Ik heb begrepen dat zij met elkaar stegelen over de vraag hoe dat bedrag geïnd zal worden. Tegen die achtergrond en om iets minder een lappendeken te hebben, was het misschien beter geweest om het eigen risico met € 5 te verhogen en dit te voorkomen. Er wordt nu weer iets nieuws geïntroduceerd. Ik vraag mij af of dit een doeltreffende maatregel is, vanuit het oogpunt van de lappendeken en de systematiek.

Minister Schippers:

Vijf partijen hebben rond de tafel gezeten. De ene partij wil het bedrag voor het eigen risico extra verhogen, terwijl de andere partij zegt: € 350 is voor mij "the limit", maar een vervangingsbijdrage vind ik wel te verantwoorden. Zo gaan die dingen. Die keuzes maak je met elkaar, rond de tafel. Je kunt ook een systeem introduceren om voor alles in de zorg een eigen betaling te innen. Sommige mensen zeggen dat zo'n maatregel veel beter werkt dan een eigen risico, want als het bedrag van het eigen risico op is, werkt het niet meer. Er zijn ook nog modellen waarin je het bedrag van het eigen risico op kunt maken en per keer kunt gebruiken. Je kunt voor allerlei systemen kiezen. Er is voor gekozen – dat is ook een compromis; dat geef ik toe – om het eigen risico niet hoger te maken dan € 350, maar wel vervangingskosten te innen bij het ziekenhuis. Deze maatregel sluit wel aan bij de bestaande administratieve systemen. Daarin moet een kleine wijziging worden doorgevoerd, maar er hoeft geen nieuw systeem gemaakt te worden.

Mevrouw Frijters heeft gevraagd of ik in verband met de invoering van de eigen bijdrage voor een ligdag de ligduur wil monitoren om te bezien of het aantal ziekenhuisbezoeken zal dalen. De invoering van de eigen bijdrage voor een ligdag is echter niet bedoeld om een efficiëncyslag te maken. Mevrouw Frijters heeft gelijk: daarin hebben wij slagen gemaakt. Ik sluit niet uit dat wij daarin nog iets kunnen doen, maar de grote slagen hebben wij al gemaakt. Het monitoren van het aantal ligdagen heeft weinig zin, want het doel was niet om het aantal ligdagen terug te brengen. De reden van de invoering van de eigen bijdrage voor een ligdag is de gedachte dat je in het ziekenhuis vervangingskosten betaalt voor kosten die je anders thuis ook hebt.

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Met monitoren kun je toch wel zien wat het effect is van deze maatregel? Een efficiëncyslag is misschien niet te maken, want een en ander gaat al omlaag, maar door te monitoren kun je wel zien wat deze maatregel voor effect heeft. Daar gaat het om.

Minister Schippers:

Mensen verblijven in een ziekenhuis omdat zij medisch-specialistische zorg nodig hebben. De vervangingskosten zijn ongeveer € 50. Daar rekenen wij € 7,50 voor. Je moet het zien als een kleine bijdrage aan eten en drinken, wat je thuis ook doet. Ik denk dat het geen enkel effect heeft op het aantal ligdagen.

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Realiseert de minister zich dat er mensen zijn die thuis geen € 7,50 per dag spenderen aan eten en drinken? Dat

Schippers

geld hebben zij niet. Zij eten vaak een boterham met pinda's. Voor die mensen is € 7,50 heel erg veel. Dit geldt voor een heel grote groep mensen. Misschien zeggen zij wel: dan ga ik maar niet in het ziekenhuis liggen.

Minister Schippers:

Dat kan ik mij niet voorstellen. Je ligt in het ziekenhuis omdat je echt die medisch-specialistische zorg nodig hebt. Wij hebben voor het nemen van deze maatregelen juist enorm rekening gehouden met de groep waarover mevrouw Frijters spreekt, namelijk de mensen met een heel laag inkomen. Die mensen worden meer dan gecompenseerd voor de maatregelen die wij nemen, zeker omdat wij het via de zorgtoeslag doen. Al met al vind ik het dus een te verantwoorden pakket.

Mevrouw Meurs vroeg of is overwogen om een meer glijdende schaal te gebruiken voor de compensatie van de geestelijke gezondheidszorg. De bij het begrotingsakkoord betrokken fracties hebben ervoor gekozen om de verzachting te richten op mensen met de laagste inkomens. Inkomens van niet meer dan 110% van het sociaal minimum worden dan ook volledig gecompenseerd. Door volledig te compenseren, wordt voorkomen dat deze groep om financiële redenen geen gebruik maakt van de geestelijke gezondheidszorg. Ook hierbij geldt dat je voor simpele regelingen moet kiezen als je een maatregel wilt nemen die volgend jaar moet ingaan en die uitvoerigstechnisch ook nog enigszins haalbaar moet zijn voor het CAK. Simpele regelingen vind ik eigenlijk sowieso beter, maar dat geldt zeker op zo'n korte termijn.

Ik kom op de vraag of inzicht heb in de gevolgen van de eigen bijdrage voor geestelijke gezondheidszorg tot nu toe en of ik berichten in de media over vraaguival bij bepaalde groepen herken. Die berichten lees ik natuurlijk ook. Ik heb vrij snel na invoering van de maatregel een quickscan uitgevoerd. Die quickscan volgde zo snel dat eigenlijk iedereen die wij daarvoor benaderden zei: wij kunnen er nog niets van zeggen. Wij hebben ook huisartsen gebeld en die zeiden dat zij het ook nog niet konden zeggen. Dat werd aan het begin gezegd, maar ik wilde vanaf het begin de vinger aan de pols houden. Het echte onderzoek komt september. Er zit een begeleidingscommissie op dat onderzoek. In die begeleidingscommissie zitten ook vertegenwoordigers van Veiligheid en Justitie en de politie om die aspecten daadwerkelijk in het oog te houden en om de effecten op de forensische zorg in het onderzoek mee te nemen. In september stuur ik de eerste tussenresultaten van die monitor naar de Kamer.

Hoe wordt de verzachting van de eigen bijdrage voor ggz, die op het Zorgverzekeringsfonds drukt, verrekend? De tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor een behandeling in het kader van tweedelijns geestelijke gezondheidszorg komt ten laste van het Zorgverzekeringsfonds, net zoals de uitkeringen voor compensatie van het eigen risico. De verwachte uitgaven van het Zorgverzekeringsfonds moeten overeenkomen met de verwachte inkomsten. De hogere uitgaven worden gedekt door hogere premies voor 2013. Deze effecten zijn meegenomen in de doorrekening van het begrotingsakkoord.

Het stoppen met roken komt weer in het pakket. Mevrouw Frijters heeft mij geciteerd en met dat citaat ben ik het nog steeds eens. Gelet op de urgentie die het samenstellen van een bepaald pakket met vijf partijen mijns inziens had, moet je bereid zijn om compromissen te sluiten. Dat is hierbij ook het geval geweest. Ik ga het ook niet verdedigen door ineens te zeggen dat ik het een geweldi-

ge maatregel vind. Zo zit ik namelijk niet helemaal in elkaar. Ik geef gewoon toe dat ik huiselijk gezegd niet mijn zin heb gekregen.

Het afschaffen van de zorgzwaartepakketten 1 tot en met 3 zorgt er wat mij betreft niet voor dat er geen zorg meer wordt geleverd. Die zorg wordt alleen op een andere plaats geleverd. In plaats van dat de patiënt naar de zorgverlener toe moet, komt de zorgverlener op bezoek bij de patiënt. Zo omschrijf ik het.

Mevrouw Meurs vroeg om mijn visie op gepast gebruik; is er geen alternatief voor eigen betalingen en andere maatregelen? Ik ben van mening dat gepast gebruik dé uitdaging is waar wij voor staan. Dat is de uitdaging welk systeem wij dan ook kiezen, een systeem waar de SP meer voorstander van is of een systeem waar een liberale partij meer voorstander van is. Ieder systeem moet op gepast gebruik aansturen. Als wij dat kunnen, kunnen wij andere dingen veel meer laten.

Ik vind het dus ook dé uitdaging om ervoor te zorgen dat artsen doen wat zij moeten doen en niet meer, en dat mensen gebruikmaken van de zorg die zij nodig hebben en niet meer. Het moet echt zinnig en zuinig zijn, zoals volgens mij de heer Dunning jaren geleden al heeft opgeschreven. Dat is de uitdaging. Wij hebben een kwaliteitsinstituut opgericht. Wij kijken naar het systeem, maar dit blijft altijd de uitdaging in dit systeem en andere systemen. Het lijkt mij van groot belang dat wij daar allemaal aan werken, maar ik ben ook van mening dat het iets van de langere adem is. Het is dus niet iets dat wij in 2013 even kunnen afkondigen. Kon dat maar wel, want dan was waarschijnlijk niet alleen ik maar ook deze gehele Kamer daar voor geweest. Het is wel de crux voor het houdbaar houden van onze solidariteit. Als ik me niet vergis, heb ik daarmee alle vragen beantwoord.

Mevrouw Meurs (PvdA):

Mijn vraag uit eerste termijn over de administratieve lasten is blijven liggen. Ik verwees daarbij naar het rapport van Ecorys van anderhalf jaar geleden. Uit die monitoring kwam naar voren dat toentertijd 27 mln. administratieve lasten werd begroot en dat het uiteindelijk 40 mln. werd. Ik vroeg mij af of met deze maatregelen beter in de gaten wordt gehouden dat zulke overschrijdingen niet opnieuw plaatsvinden.

Minister Schippers:

We zien dat de ramingen steeds beter worden. Dus wordt een maatregel altijd duurder om in te voeren. Dat zien we ook daadwerkelijk uitgerekend worden. Ik kan niet anders dan op ramingen bouwen. Er zijn mensen die dit soort dingen naar eer en geweten ramen. Daar nemen ze ervaringen uit het verleden in mee. De ramingen voor ligdagen zijn nu 5 mln. op 60 mln. Ik vertrouw op die ramingen.

□

Mevrouw Meurs (PvdA):

Voorzitter. Ik dank de minister voor haar eerlijke beantwoording. Dat helpt namelijk om beter te begrijpen waar deze maatregelen over gaan. Al zijn we het er niet allemaal mee eens, het maakt ook duidelijk hoe ze tot stand zijn gekomen. De minister zegt dat ze deze maatregelen niet met plezier treft. Mensen zullen het in hun portemonnee voelen. Inderdaad, er zitten ontzettend veel dilemma's aan vast waar we wellicht in een ander ver-

Meurs

band nog eens over van gedachten kunnen wisselen. Overigens is de uitgave "Wat is de zorg ons waard?" ook zeer de moeite waard. Ik ben het er ook erg mee eens dat dit een klein beetje helpt om meer inzicht te krijgen in welke vragen voorliggen.

De minister maakte ook duidelijk dat het echt gaat om het Begrotingsakkoord 2013. We moeten dit dus als niet meer en niet minder zien dan een bezuinigingsmaatregel die in 2013 uitvoerbaar moet zijn. In dit verband heb ik nog wel een verzoek aan de minister. Zij zegt dat zij het met mij eens is dat we te maken hebben met een lappendeken. Ik hoop en verwacht dat zij dit punt in haar overdrachtsdossier aan haar opvolger meeneemt, zodat we nog eens nader kunnen bezien hoe we dit kunnen voorkomen. Daarbij is het niet per se noodzakelijk om weer aan een stelselwijziging te denken. Ook dat heeft namelijk weer heel veel consequenties. Wellicht kan worden bekeken of binnen het bestaande systeem een vereenvoudiging mogelijk is. Als de minister nog zou willen aangeven of zij bereid is om dat in haar overdrachtsdossier mee te nemen, heeft de Eerste Kamer een mogelijkheid om daar op terug te komen met de volgende bewindspersoon.

Dan kom ik bij het punt van de eigen verantwoordelijkheid en de eigen betaling. Ik denk dat wij het er met de minister een heel eind over eens zijn dat alles in het werk moet worden gesteld om het kostenbewustzijn te vergroten, voor zover het niet aanwezig is. Aan het voorbeeld van de spoedeisende hulp zijn vele andere voorbeelden toe te voegen. Ook wat ons betreft is het principe van het gepast gebruik – de minister zegt "zinnig en zuinig" – van het allergrootste belang.

Ik heb dit punt in mijn eerste termijn naar voren gebracht omdat mijn fractie het heel erg belangrijk vindt om de eigen verantwoordelijkheid niet onmiddellijk te koppelen aan de eigen betaling. Het hele vraagstuk van kostenbewustzijn en gepast gebruik heeft namelijk niet alleen te maken met eigen betaling maar ook met hoe medisch specialisten zich gedragen, hoe andere zorgverleners zich gedragen en uiteraard welke vragen patiënten stellen. Er is dus een veel groter verhaal te vertellen over de eigen verantwoordelijkheid dan alleen het invoeren van een systeem van eigen betalingen. Dat was vooral het punt dat ik wilde maken.

Ik hoop dat wij het erover eens zijn dat kostenbewustzijn goed is, maar dat dit niet alleen bereikt mag worden via een systeem van eigen betalingen, die soms verkeerd neerslaan.

De minister heeft gesproken over de ligdagen. Ik laat het daarbij. Wij zullen zien hoe het uitpakt. Met de minister hoop ik dat de ramingen correct zijn. Wij blijven het jammer vinden dat er weer iets dergelijks geïntroduceerd wordt.

De monitoring eigen bijdrage ggz zien wij in september tegemoet. Wij kunnen er op dat moment op reageren.

□

Mevrouw Frijters-Klijnen (PVV):

Voorzitter. Wij danken de minister voor haar antwoorden. Zij heeft ons er echter niet van kunnen overtuigen om voor het wetsvoorstel te stemmen. De PVV-fractie vraagt om een hoofdelijke stemming over het wetsvoorstel. Wij willen hiermee benadrukken dat iedereen persoonlijk zijn verantwoordelijkheid dient te nemen voor deze in onze ogen asociale maatregelen.

□

De heer Thissen (GroenLinks):

Voorzitter. Ook de GroenLinks-fractie dankt de minister voor haar eerlijke beantwoording. Ik zal haar niet nogmaals uitdagen om vannacht nog een samenhangende visie te formuleren op de relatie tussen wonen, zorg, sociale zekerheid en sociale voorzieningen. Wel hoop ik dat de partijen die het komend kabinet – hoe dat er ook uit zal zien – zullen vormen, de moed zullen hebben om die horizon eindelijk eens te verkennen en vervolgens neer te zetten hoe wij daar stapsgewijs naar toe zullen gaan.

De minister is ingegaan op de relatie tussen kostenbewustzijn en gezonde overheidsfinanciën. Het is natuurlijk zeer de vraag in hoeverre je als burger zelf sturende mogelijkheden hebt, als de conclusie in het uit de Verenigde Staten afkomstige onderzoek juist is dat er een causaal verband bestaat tussen aanbod van zorg, inclusief technologische ontwikkelingen en mogelijkheden, en zorgconsumptie. Met andere woorden: waar zit de beperking van de verleidingen? Hoe kunnen wij daar de prikkel leggen? Wij raken hiermee aan ethische kwesties. Wanneer mag je zeggen dat iets wat wel geleverd kan worden, niet meer, of beperkt in aantal, geleverd wordt? Is dat misschien ook leeftijdsafhankelijk? Nogmaals, wij raken hier ethische dilemma's. Misschien moet dat debat eens verkennend gevoerd worden.

De stelselwijziging, dat geef ik de minister toe, werd gevormd door de Zorgverzekeringswet. Wat ons betreft had die zaak inkomensafhankelijk neergezet moeten worden. In dat geval hadden wij het opgebouwde circus van 's lands grootste sociale dienst, te weten de afdeling Toeslagen van de Belastingdienst, kunnen voorkomen.

Uiteindelijk blijft de vraag wat de zorg ons waard is. Waar zit voor de burger een sturingsmogelijkheid? Waar zit voor hem als verantwoordelijk burger de eigen regie? Waar wil hij op aangesproken worden? En op welke punten zorgt de overheid voor de borging daarvan en voor de faciliteiten? Deze vraagstukken zullen door het komende kabinet beantwoord moeten worden. Dit is slechts een begrotingsakkoord. Ik herhaal de woorden van de minister dat wij niet in alles onze zin krijgen. De komende dagen zullen wij waarschijnlijk tandenknarsen bij enkele wetsvoorstellen die hier moeten passeren. Dat wordt door sommige partijen nog eens fijn ingewreven. Wij hebben echter onze verantwoordelijkheid getoond. Dat is een proces van geven en nemen. Ik daag iedere andere fractie uit om dat eens mee te maken.

□

Mevrouw Slagter-Roukema (SP):

Voorzitter. Ook ik dank de minister voor haar beantwoording. Mijn eerste termijn ben ik begonnen met de opmerking dat het meer gaat om de financiën dan om de zorg en dat wij daarom wellicht beter een debat met de minister van Financiën kunnen voeren dan met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dat is bij mij blijven hangen. De minister was er duidelijk over dat het een compromis betreft, maar het is wel een gedrocht of een lappendeken. Ik denk dat wij dat eigenlijk allen wel vinden, wat toch ook weer verantwoordelijkheid schept voor het vervolg. De minister zegt terecht dat alle partijen dat ook in het eigen verkiezingsprogramma kunnen uitdrukken. Ik denk dat wij moeten constateren dat het eigenlijk zo niet verder zou moeten gaan. Wij moeten nieuwe we-

Slagter-Roukema

gen inslaan om te kijken hoe wij de kosten in de zorg op een toch zinnige manier kunnen terugdringen. Niet op de manier waarop wij dit nu doen, waarbij mijn fractie nog steeds denkt dat chronisch zieken, gehandicapten en bejaarden relatief zwaar getroffen worden. Wij hebben uitgebreid met elkaar gesproken over gepast gebruik. Als je gepast gebruik zegt, dan valt er ook iets te kiezen. Als je daarover filosofeert, collega Thissen zei het al, dan komt de vraag aan bod of de patiënt nu wel zoveel kan kiezen, terwijl hij wel degene is die het eigen risico moet betalen. Dit brengt veel verantwoordelijkheid met zich mee, niet alleen bij de patiënt maar ook bij degenen die de zorg aanbieden. Wij vinden dit geen goede zaak en onze fractie zal zeker tegen dit wetsvoorstel stemmen. Misschien wordt deze eigen bijdrage of in ieder geval een gedeelte ervan toch weer afgeschaft na de verkiezingen. Dan valt er ook in het najaar wat te kiezen. In ons verkiezingsprogramma zal dit punt in ieder geval een andere invulling krijgen dan bij sommige andere partijen.

Tot slot, ik heb in mijn eerste termijn al gezegd dat ik een beetje het "oog en oor hebben" mis voor de gevoelens van mensen die chronisch ziek zijn. Ook omdat zij zich ervan bewust zijn dat ze de samenleving veel geld kosten. Zij voelen zich daar vaak fysiek schuldig onder en kunnen daar akelig van worden. Ik vraag de minister of zij ook oog en oor heeft voor dat ongemak en of ze daar nog iets over wil zeggen.



Minister Schippers:

Voorzitter. Ik heb een heel kleine bijdrage geleverd aan de beschrijving van de lappendeken in mijn analyse van de regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten van 20 juni 2012. Ik heb deze analyse naar de Kamer gestuurd. Ik zal deze analyse en het feit dat wij heel veel verschillende regelingen hebben onder de aandacht brengen van mijn opvolger. En vooral ook zal ik de notie onder de aandacht brengen om het binnen het bestaande systeem te vereenvoudigen.

Het koppelen van de eigen bijdrage aan verantwoordelijkheid moet denk ik nooit alleen worden gedaan. Daarmee komen wij ook bij het punt van mevrouw Slagter. Ik spreek zelf altijd van "de gebruiker betaalt", want dat is wat je eigenlijk doet. De gebruiker betaalt een klein beetje van zijn kosten zodat wij de rest solidair kunnen blijven oppakken. Dat vind ik ook een heel belangrijke notie, dat het niet gaat over schuld of over een extra belasting. Het gaat erom dat je een deel betaalt van wat je gebruikt en dat wij als samenleving de rest van de rekening kunnen blijven opbrengen voor de mensen die dat heel hard nodig hebben. Dat noem ik solidariteit. Ik wil heel graag nog met deze Kamer en met de heer Thissen, in welke hoedanigheid dan ook, van gedachten wisselen over het systeem, hoe het verbeterd kan worden en over alle dilemma's die daarbij horen. De dilemma's "moet alles wat kan?" en "waar ligt de grens?" komen vaak aan de orde in gesprekken met medisch specialisten en huisartsen. Dit zijn ontzettend moeilijke vragen. Het zijn echt ethische dilemma's die je wel moet bespreken en die je niet moet vermijden. Natuurlijk zijn zorgconsumptie en zorgaanbod met elkaar in verhouding. Dat zien we ook heel erg goed in de cijfers die we hier in Nederland hebben. Dat hoeft niet slecht te zijn, tenzij er sprake is van overconsumptie. Patiënten moeten wel kunnen kiezen, maar er is altijd een asymmetrie in kennis tussen de arts en de patiënt, want

de arts heeft veel meer kennis dan de patiënt. Uiteindelijk ben ik er wel blij om dat er steeds meer sprake is van een verhouding tussen patiënt en arts waarbij beiden veel meer een team zijn geworden dat gezamenlijk tot beslissingen komt wat betreft behandelingen, terwijl de situatie vroeger was dat de arts voorschreef en de patiënt dat had te doen.

De heer Thissen (GroenLinks):

Er moet toch ook in Nederland zicht zijn op regio's waar heel veel zorgaanbod aanwezig is, zoals ziekenhuizen, medici en anderszins, en waar het zorggebruik per 1000 inwoners hoog is vergeleken met regio's waar veel minder zorgaanbod aanwezig is en waar het zorggebruik van burgers minder hoog is. Dat zou toch moeten leiden tot enige conclusie?

Minister Schippers:

Ik heb vaak het voorbeeld gebruikt van de buisjes in de oren van kinderen. Ik woon in een regio waar heel veel kinderen buisjes in de oren krijgen. Het kan zijn dat er in mijn regio heel veel kinderen wonen die een bepaalde afwijking hebben die dat rechtvaardigt, maar logischer is dat het aantal KNO-artsen in mijn regio veel hoger is dan elders. Dus natuurlijk zit er een verband tussen. Uiteindelijk bepaalt de arts welke ingrepen hij doet op basis van medische noodzakelijkheid. Wij kunnen niet met een wet gepast gebruik afdwingen. Uiteindelijk probeer je met een paar prikkels die je kan verzinnen en waarmee het altijd nog behelpen is, om de arts tot de juiste beslissingen te laten komen op basis van medische noodzakelijkheid.

De heer Thissen (GroenLinks):

Uit het aangehaalde onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat er niet eens een bewijs is van causaliteit tussen dat grote zorgaanbod en zorggebruik en de kwaliteit van leven en de lengte van leven.

Minister Schippers:

Gedeeltelijk is dat waar. Tegelijkertijd zien we wel dat dankzij de zorg sinds de jaren vijftig we er zes jaar bij hebben gekregen in redelijk goede kwaliteit van leven. En daar blijkt dus weer iets anders uit. Dus ik denk dat het genuanceerd ligt, waardoor de oplossingen ook genuanceerd moeten zijn.

De heer Thissen (GroenLinks):

Zou de centrale sturing, ook vanuit uw ministerie, dan niet veel meer naar regionale of kleinschalige sturing toe moeten om de zorgconsumptie toch wat te dempen?

Minister Schippers:

Nederland is een klein landje. Als je het vergelijkt met Amerika heb je het over een totaal andere schaal. Waar we hier spreken over de zorg hebben we het enerzijds over oncologische topzorg en anderzijds over huisartsenzorg. Natuurlijk moet je de eenvoudige basiszorg niet zozeer regionaal als wel plaatselijk organiseren. Daar zetten we enorm op in met de Wmo en met zorg in de buurt. Wanneer het echter gaat om ingewikkelde zorg, zit je alweer heel snel op een landelijke schaal. Dus ook daarop kun je geen algemeenheden toepassen. Als je het regionaal gaat herverdelen, denk ik dat je in grote problemen komt met de zorg die wij gewoon niet in iedere regio kunnen leveren, omdat die te ingewikkeld is.

Schippers

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

Even over de buisjes: dat heeft volgens mij misschien ook te maken met het feit dat er meer zwembaden in het Gooi zijn, althans ervan uitgaande dat de minister het over het Gooi had. Veel zwemmen geeft ook veel oorontstekingen en dat soort dingen.

De minister had het er zo-even ook over dat patiënten steeds beter konden kiezen en beter geïnformeerd waren. Maar ik bedoel eigenlijk te zeggen dat een zieke niet kan kiezen wat voor ziekte hij heeft. Bepaalde ziekten zijn gewoon veel duurder dan andere ziekten. Dat is in feite de basis van waaruit patiënten moeten opereren. Ze hebben een ziekte en daar moeten ze mee dealen. Mijn ervaring op basis van gesprekken in mijn spreekkamer is dat er veel zieken zijn die zich schuldig voelen onder het feit dat ze een bepaalde dure ziekte hebben.

Minister **Schippers**:

Bepaalde ziekten zijn duurder dan andere. Ik ben er trots op dat ik in een land woon waarin iemand met een klein inkomen die een dure ziekte heeft, de beste behandeling kan krijgen die we in dit land kunnen bedenken. Dat noem ik solidariteit. Het is van groot belang dat we denken, welke kant het ook opgaat, deze solidariteit op een of andere manier ook bij die stijgende kosten overeind te kunnen houden. Dat is de uitdaging waar wij in de komende periode voor staan. Natuurlijk moet je oog en oor hebben voor chronisch zieken en ouderen die zich te veel voelen of die zich bezwaard voelen omdat zij gebruik moeten maken van de gezondheidszorg. Dan hebben we echter allemaal een taak – ik als politica, maar ook de arts – om te zeggen dat het daar helemaal niet om gaat, dat wij iets hebben om die pijn te verlichten of waardoor wij het leven beter kunnen maken. Aan de andere kant is het uiteindelijk ook van belang dat wij maatregelen nemen om dat met een beperkte groei van de economie en de groei van de zorg in het huidige tempo, allemaal betaalbaar te houden. Dat is een reëel probleem. Dat probleem moeten we onderkennen. Ik ben het echter geheel met mevrouw Slagter erover eens dat we ook de mensen die zich bezwaard voelen, mee moeten krijgen en dat dit ook niet de bedoeling is van deze discussie.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

Ik dank de minister voor haar antwoord in tweede termijn.

Er is om hoofdelijke stemming gevraagd. Die hoofdelijke stemming zal morgen worden gehouden.

De heer **Thissen** (GroenLinks):

Voorzitter. De vraag van mijn fractie en van meerdere fracties is of die stemming morgen om 13.30 uur is of na middernacht.

De **voorzitter**:

Dat is net ook al gevraagd. Ik hoop voor middernacht. Wij stemmen morgen, zoals altijd, over de wetsvoorstellen van vorige keer en de moties. Aan het eind van de dag stemmen wij over de wetsvoorstellen die wij vandaag en morgen behandelen.

De heer **Thissen** (GroenLinks):

Het moet maar duidelijk zijn. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor de rustpauze tot 9.00 uur morgenochtend.

De vergadering wordt van 0.13 uur tot 9.00 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering op dit voor de Eerste Kamer uitzonderlijke moment: 9.00 uur op de dinsdagochtend. Fijn dat u er allemaal bent.