

Voorzitter

onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de reclame en sponsoring voor tabaksproducten (PbEU L 152) (29721);

- **Wijziging van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen in verband met wijziging van de taken en de werkwijze van de Raad voor werk en inkomen (29727);**

- **Wijziging van de Wet op de jeugdzorg (herstel van enige onvolkomenheden) (29822);**

- **Wijziging van de Wet werk en bijstand in verband met het verlenen van een financiële tegemoetkoming aan personen die een ouderdomspensioen op grond van AOW ontvangen, alsmede in verband met enige aspecten van de financierings-systematiek (29850).**

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fractie van de SP worden conform artikel 121 van het Reglement van orde aantekening verleend, dat zij geacht willen worden zich niet met het wetsvoorstel 29574 (Wet werk en inkomen kunstenaars) te hebben kunnen verenigen.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (29483).**

De **voorzitter**: Ik heet de minister van harte welkom op deze mooie morgen.

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Putters** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Wij staan aan de vooravond van kerstmis. De minister van VWS zit in zijn werkkamer en overdenkt de maatregelen die hij in 2004 genomen heeft. Nog een keer dit jaar naar de Eerste Kamer, ditmaal voor de behandeling van de

no-claimteruggaveregeling die in januari 2005 moet ingaan. Verzekerden die niet of nauwelijks gebruik maken van zorg kunnen het jaar daarop maximaal € 255 terugkrijgen als no-claimkorting. Om dit te bekostigen gaat voor iedereen de nominale premie omhoog. Uitkijkend over donker Den Haag dacht de minister even terug aan het toneelstuk "the Christmas carol" dat hij afgelopen weekend bezocht. Plots verschijnt naast hem een geest. Het is oud-premier Drees. Hij wijst de minister erop dat solidariteit in de gezondheidszorg tussen rijk en arm, ziek en gezond en jong en oud een welbegrepen eigenbelang kent. "Je wordt zelf ook oud en hulpbehoevend Hans, en ik kan het weten", zegt Drees, "hopelijk blijft een chronische ziekte of handicap je bespaard. Hoe het ook loopt, je draagt nu bij aan de zorg voor mensen die het nodig hebben, zodat ze dat ook voor jou doen als jij het nodig hebt". Enigszins verward, maar niet echt van de kaart, gaat de minister verder met zijn voorbereidingen. Hij wordt echter niet met rust gelaten en nog drie geesten verschijnen aan zijn bureau. De eerste is Hans Simons. Ook hij waarschuwt de minister. "Je hebt de tijdgeest van de liberalisering mee Hans, dat is wel anders dan in mijn tijd, maar beheersing van de uitgaven en het voorkomen van zorggebruik vragen om meer. Denk ook aan preventie, efficiënte specialisten, samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen. Dát moet je afdwingen, in plaats van het doorvoeren van een hoge nominale premie, een uitgedund verzekerd pakket en een no-claimteruggaveregeling voor gezonde mensen." Ik laat me niet van de kaart brengen door die sociaal-democraten die mij demagogisch de les lezen over onrechtvaardigheid, pept de minister zichzelf op. Maar toen kwam de volgende geest, die van Dick Dees. "Je bent goed bezig Hans, ik steun de directe confrontatie van de burger met de kosten van zijn zorggebruik, maar ik zeg het je uit eigen ervaring, die koopkrachtdiscussie kan jouw hele stelselwijziging onderuithalen. Om draagvlak te houden moet je inzetten op die zorgtoeslagen, hoe bewerkelijk ook!" De minister begon zich wat ongemakkelijker te voelen nu ook een geestverwant hem kwam waarschuwen aan de vooravond van het no-claimdebat. Toen kwam de

laatste geest, die van Els Borst. "Dag Hans, goed te zien dat je de kansen benut die ik voor je heb voorbereid. Ik heb onder Paars toch maar mooi die duw richting echte liberalisering van de zorg gegeven. Maar met die no claim moet je oppassen. Ik zeg het je ook als dokter, gezond zijn is geen prestatie. Je mag niet de suggestie wekken dat mensen een gang naar de dokter wel uit kunnen stellen door wat gezonder te gaan leven en daar dan een bonus op te zetten. Mensen kunnen er te laat achter komen dat ze toch naar de dokter hadden gemoeten en dan zijn zowel de medische als financiële en sociale gevolgen ernstiger dan je nu denkt." Dit maakte de minister wél zenuwachtig. Met kritiek van socialisten en uit eigen liberale kring valt te leven, maar als die komt uit de hoek van D66 dan wordt het kritiek. De no claim is dan geen gekozen burgemeester, maar toch... Na het bezoek van Drees, Simons, Dees en Borst sluit de minister zijn dossier. Eerst een nacht slapen, morgen in de Eerste Kamer zien we verder.

Voorzitter. Nu staan we hier. Ik heb u deelgenoot gemaakt van mijn gedachten over de vooravond van dit debat. De citaten van de oud-bewindslieden zijn natuurlijk mijn vertaling van onder meer een interview met de heren Simons en Dees in de Volkskrant van 27 november jl. Voor de fractie van de PvdA zijn daarbij een aantal belangrijke problemen met deze wet naar voren gekomen. In de eerste plaats rond de diagnose van onnodig zorggebruik. In de tweede plaats rond het recept van de no-claimteruggave om kostenbewustzijn te vergroten en zorggebruik te verminderen. In de derde plaats rond de prognose van de toekomst van de solidariteit in de zorg, de koopkracht van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen, en van de uitvoerbaarheid van de regeling. Ik loop ze met u langs.

In de eerste plaats dus de diagnose en het recept. Om onnodig zorggebruik af te remmen en de betaalbaarheid van de zorg te vergroten, is er volgens de minister een nieuwe balans nodig tussen collectieve en eigen verantwoordelijkheid. Met deze no-claimteruggaveregeling krijgt de patiënt meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en portemonnee. De diagnose bevat echter een aantal veronderstellingen die wij niet delen.

Putters

Ten eerste de veronderstelling rond de onnodige zorgconsumptie. Het overgrote deel van de patiënten gaat niet voor niets naar de dokter. Bovendien geldt er ook nog zoiets als "voorkomen is beter dan genezen". Als je te lang rondloopt met een ziekte, of een knobbeltje in je borst, en een bezoek aan de arts uitstelt omdat het je nu claim gaat kosten, kan dat op langere termijn akelige gevolgen hebben. Beter voor niets naar de dokter dan het risico lopen dat noodzakelijke behandelingen op de lange baan worden geschoven. Nu zal de minister het met ons eens zijn dat gezondheidschade en meerkosten door uitstel van medische behandelingen voorkomen moeten worden. De rem is bedoeld voor écht onnodige zorg. De minister noemt daarom in interviews dat mensen maar wat gezonder moeten leven, eten en sporten en stelt onder andere: "Voordat ik hier op Volksgezondheid kwam, wist ik dat roken slecht was, maar zo slecht? Tien jaar van je leven! En als je nog eens weinig beweegt, gaat daar nog eens zeven jaar van af. Ik probeer nu elke dag van mijn huis in Den Haag naar het ministerie te lopen en als het even kan ook weer te voet terug naar huis te gaan." Gezonder leven kan onnodig zorggebruik voorkomen, maar dat is lang niet altijd zo. Waar ligt volgens de minister de grens tussen nodig en onnodig zorggebruik? Wanneer zijn mensen niet verantwoordelijk voor ziekte en hoe voorkomt hij dat noodzakelijk zorggebruik wordt bestraft? Graag een reactie op dit punt.

Ten tweede de gezondheidskundige veronderstelling onder de diagnose. Gezondheid is in onze ogen geen prestatie of keuze. Met zijn voorbeelden rond sporten en roken suggereert de minister dat mensen hun gezondheid zelf in de hand hebben. Dat is slechts gedeeltelijk het geval. In zijn absolute absolute is het niet alleen onterecht maar kan het ook misleidend zijn. Gezond leven voorkomt niet ziekten als kanker en nierproblemen. Het kan er hooguit toe leiden dat de afweer van mensen versterkt, waardoor ziekten minder snel optreden. Als de no-claimkorting is bedoeld om de gezondheid van mensen te sturen dan gaat deze liberale interpretatie van de maakbaarheidsgedachte de PvdA-fractie wel wat ver. De minister

overschat niet enkel zijn eigen mogelijkheden daartoe, maar ook die van patiënten die geen keus hebben en letterlijk niet weg kunnen lopen. Het gaat ons niet om u en mij, relatief gezond en in staat tot het maken van keuzes, het gaat mijn fractie wél om de chronisch zieke die geen keus heeft, hoe vaak hij of zij ook naar huis loopt na het werk. Het gaat ons wél om de gehandicapte die niet in staat is om naar huis te lopen. Het gaat ons óók om de hulpbehoevende oudere die na een lang leven werken en betalen aan de zorgpremies de peuk niet kan laten of de sport niet meer kan beoefenen. Wij kunnen ons nauwelijks voorstellen dat de minister die mensen niet voor ogen heeft als hij deze regeling voorstelt. Een fundament onder ons zorgstelsel is de solidariteit met juist die mensen. Kan de minister uitleggen hoe hij tegen deze kant van de zaak aankijkt?

Dat brengt ons bij de derde in onze ogen onterechte veronderstelling in de diagnose, namelijk dat er "omgekeerde solidariteit" nodig is om de zorg betaalbaar te houden. De minister stelt: "Chronisch zieken, mensen met reuma of suikerziekte, ontvangen aan terechte zorg vijf tot tien keer zoveel als zij aan premie betalen. En dat gaat jarenlang zo door. (...) Er is sprake van een enorme solidariteit van gezonde mensen in de richting van minder gezonde mensen." De minister stelt dat daarom een vorm van omgekeerde solidariteit gerechtvaardigd is. Dat betekent dat van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen een extra bijdrage mag worden verwacht om zo de gezonde mensen te belonen als ze niet naar de dokter gaan, zodat de zorg betaalbaar blijft. Het nieuwe evenwicht tussen collectieve en eigen verantwoordelijkheid dat deze regering nastreeft, valt dus weg als je ziek of hulpbehoevend bent en daar wellicht nooit meer van afkomt. Het betekent een sterker dalende koopkracht dan bij anderen en dreigende marginalisering. Als je gezond en sterk bent zonder zorgbehoefte, kun je rekenen op een aai over de bol en koopkrachtversterking bekostigd door de zieke medeburger, zonder dat de beoogde gedragsverandering hoeft op te treden. Dit is inderdaad solidariteit op zijn kop, maar in onze ogen niet rechtvaardig.

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

Het valt mij op dat collega Putters voorbij gaat aan een heel groot deel van de literatuur over keuzes, keuzes in het gebruik van gezondheidszorg en keuzes in het ziek zijn zelf. Ik mag toch aannemen dat het de heer Putters bekend is dat er heel veel bewijs is voor het feit dat zelfs mensen met een ernstige chronische ziekte wel degelijk de keuze hebben om wel of niet van gezondheidszorg gebruik te maken? Er zijn zelfs twee verschillende termen voor: de objectieve ziekte die iemand heeft en de keuze die hij maakt om zich ziek te voelen, in ieder geval de eigen perceptie van de ziekte. Ik begrijp niet dat dit hele veld van kennis totaal ontbreekt in de bijdrage van de heer Putters.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Die kennis ontbreekt niet, maar ik kom straks nog te spreken over de wijze waarop de PvdA naar eigen bijdragen en betalingen kijkt. Nu gaat het mij erom dat het onrechtvaardig is dat mensen die geen keuze hebben door dit voorstel ernstig worden getroffen.

Zoals ik al zei, dit is inderdaad solidariteit op zijn kop, maar in onze ogen niet rechtvaardig. Solidariteit betekent dat mensen die ziek of hulpbehoevend zijn, kunnen rekenen op de gezonde medeburger, juist omdat ze ziek zijn of al in een achterstandspositie verkeren. Dat vraagt wat van de gezonde, beter bedeelde en jonge Nederlanders, maar daar staat het eigenbelang tegenover dat je zelf ook wilt kunnen rekenen op zorg als je dat nodig hebt. De nieuwe solidariteit in deze regeling maakt van deze wet een "anti chronisch zieken- en gehandicaptenregeling".

Dat brengt mij bij de vierde veronderstelling van de minister, namelijk dat de no-claimregeling beperkt invloed op de koopkracht heeft. Hij gaat bij de berekening stevast uit van gemiddelden. Bij de no-claimteruggave gaat het om de gemiddelde zorgkosten van € 162 en een gemiddelde no-claimteruggave van € 93. De gemiddelde premieverhoging bedraagt € 5,50 per maand. De prognose van de minister is dat er, opnieuw gemiddeld genomen, sprake kan zijn van een positief effect op de koopkracht, doordat uiteindelijk minder zorgkosten gemaakt zullen worden. Zijn verwachting is dat ook de koopkracht

Putters

van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen er niet meer op achteruit gaat dan bij andere groepen. Recente berichten van Zorgverzekeraars Nederland lieten een minder optimistisch geluid horen. De kosten voor gezonde verzekerden kunnen dalen van gemiddeld € 300 naar € 150. Chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevende ouderen betalen ook de extra premie, maar krijgen niets terug. Voor hen stijgen de kosten aanzienlijk van gemiddeld € 300 naar € 400. Naar schatting zullen 1 tot 4 miljoen ziekenfondsverzekerden in 2005 zo'n € 100 meer premie betalen. In reactie hierop geeft de minister een nadere toelichting in de brief van 15 december jl. aan de Tweede Kamer en bevestigt hij nogmaals dat er gemiddeld genomen sprake kan zijn van een premiedaling door verminderd zorggebruik. De crux zit hem echter steeds in die gemiddelden. Chronisch zieken zitten boven die gemiddelde bedragen en gaan er dus wel flink op achteruit. Daar komt nog bij dat de premiestijgingen vooralsnog variëren tussen verzekeraars van 11 tot 40%. Het shoppen tussen duurdere en goedkopere zorgverzekeraars, waar de minister op zichzelf terecht een positief effect van verwacht, levert in dit verband dus geen oplossing, want het gaat kennelijk om een keuze tussen "een beetje" en "heel wat" duurder. De chronisch zieke moet verder maar zien hoe de zorgtoeslag straks uitpakt, want ook die wordt op basis van gemiddelden berekend waarin de gemiddelde no-claimkorting weer meetelt. Bovendien wordt de teruggave pas in 2006 uitbetaald, maar neemt de regering neemt de baten nu al mee waardoor er een scheef koopkrachtbeeld over 2005 ontstaat. De conclusie moet luiden dat hier geen sprake is van volksgezondheidsbeleid, maar van keihard inkomensbeleid, waarbij de chronisch zieke aan het kortste eind trekt. Mensen die onontkoombaar gebruiken moeten maken van zorg betalen een hogere premie en gezondere mensen een lagere. Niet alleen de inkomenssolidariteit vermindert, maar impliciet vooral de risicosolidariteit omdat slechte risico's steeds duurder uit zijn.

Kan de minister bij dit alles ophelderden waarom hij antwoordt op vragen uit deze Kamer dat het gemiddelde koopkrachtbeeld ook voor chronisch zieken in de pas loopt

met diegenen die een hoge no-claimteruggaaf zullen hebben? Kan hij bovendien duidelijk maken hoeveel en welke groepen verzekerden daadwerkelijk in aanmerking komen voor teruggave? Kan hij toezeggen dat bij de berekening van de compensatie in het kader van de zorgtoeslag meer rekening gehouden wordt met reële zorgkosten van chronisch zieken en ouderen, alsmede met het feit dat zij geen no claim terugkrijgen? Kan hij ten slotte toezeggen dat ter overbrugging een compensatie voor de achteruitgang in koopkracht in 2005 voor deze groepen wordt getroffen? In dit verband is mijn fractie benieuwd naar de reactie op het amendement-Noorman-den Uyl op de begroting Sociale Zaken om de achteruitgang in koopkracht voor AOW'ers te compenseren.

In zijn memorie van antwoord gaf de minister nog aan dat onderzocht werd wat gemeenten doen met extra middelen in de bijzondere bijstand voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. In een brief aan de Tweede Kamer geeft de staatssecretaris van Sociale Zaken hieromtrent aan dat veel gemeenten geen inzicht hebben in de omvang van het niet-gebruik van de bijzondere bijstand door deze groepen. Mensen zijn soms onbekend met deze regelingen, willen er soms geen gebruik van maken en vinden het vaak te ingewikkeld om er gebruik van te maken. De regering wil niet-gebruik tegengaan en de minister van VWS verwijst naar deze regelingen als compensatiemogelijkheid voor de teruggang in koopkracht door de no-claimregeling. Welke conclusies trekt hij daarom uit het de uitkomsten van het onderzoek? Wat gaat hij aan het niet-gebruik doen?

Ik kom bij het tweede deel van mijn bijdrage dat gaat over de prognoses die bij deze regeling zijn gehanteerd. Naast de koopkrachtontwikkeling zijn er nog een aantal uiterst twijfelachtige verwachtingen van de minister bij het recept van de no-claimteruggave. Zijn eerste verwachting is dat verzekerden meer kostenbewust zullen worden door deze regeling. Onze fractie erkent dat het van belang is dat burgers kostenbewust zijn en weten wat een goede gezondheidszorg kost. De discussie over eigen bijdragen is ook bij ons geen taboe, ik kom daarop terug, maar de PvdA-fractie vraagt

zich af of de minister kennis heeft genomen van hetgeen professor Schut van de Erasmus Universiteit in dit opzicht over de voorgestelde no-claimteruggaveregeling stelt: "Wil je werkelijk effect op het gedrag van verzekerden veroorzaken, dan moeten mensen veel sneller feedback krijgen. Bovendien moeten ze tevoren weten hoe duur producten en diensten in de zorg zijn. Ziekenfondsverzekerden hebben hier geen idee van. (...) Als mensen niet weten wat de effecten zijn van hun consumptieve beslissingen, dan zullen ze na een jaar wel wat ze overhouden, net als bij de energierekening". Ook de Raad van State wees hierop. Verzekerden worden beperkt geïnformeerd over het saldo van de no claim en over de kosten van zorg. Het kostenbewustzijn wordt maar beperkt beïnvloed en de opbrengst van verminderd zorggebruik zal dus ernstig tegenvallen. Kan de minister aangeven of dit leidt tot extra premieverhogingen? Zo nee, hoe gaat hij dit dan bekostigen?

In de tweede plaats staat ook de verwachting rond de administratieve lasten en uitvoeringskosten ter discussie. De minister noemt dit "de meest eenvoudig denkbaar uitgevoerde variant van eigenbijdrageregelingen". In de huidige opzet is dat wellicht juist, maar de informatiemomenten aan verzekerden over de stand van zaken van de no claim zijn minimaal. Het tegenvallende gedragseffect zal snel leiden tot meer registratie- en informatiemomenten om toch het ingeboekte bedrag aan verminderd zorggebruik te halen. De kosten gaan hier immers voor de baat uit. In onze ogen onderschat de minister de extra administratieve lasten en uitvoeringskosten die hiermee gemoeid zijn. Hoe voorkomt hij tegenvallers en garandeert hij dat verzekerden toch op de hoogte gehouden worden van de stand van zaken? Hoe worden extra administratieve lasten bekostigd?

In de derde plaats is ook blijkens de memorie van antwoord de verwachting van de minister bij deze regeling dat de verzekerden noch de aanbieders en verzekeraars strategisch gedrag zullen vertonen in de uitvoering. Gezien de ervaringen met onder meer de medicijnknaak acht mijn fractie het echter niet ondenkbaar dat strategisch gedrag zich wel voordoet. Drie voorbeelden. In de eerste plaats zullen patiënten nu de huisartsenzorg niet meetelt,

Putters

geneigd zijn om druk op hun huisarts uit te oefenen om niet snel door te verwijzen, ofwel behandelingen langer uitstellen zonder er zeker van te zijn dat dit verstandig is. Een tweede denkbaar voorbeeld is dat vooral in november en december een gedragseffect op zal treden, doordat patiënten hun doktersbezoek willen uitstellen naar januari om te voorkomen dat het nog ten koste gaat van de no-claim van het lopende jaar. Dat vergroot de druk op de zorg aan het begin van het nieuwe jaar. Bovendien neemt het risico van gezondheidsschade toe. Berichten uit de tandartsenzorg wijzen erop dat uitstel en onregelmatig tandartsbezoek zijn toegenomen sinds het buiten het pakket valt. Dit leidt tot ernstige gebreken aan gebitten. Dreigt met de no-claimregeling niet ook risico van onderconsumptie? Hoe gaan wij dat voorkomen? In de derde plaats valt strategisch gedrag van huisartsen te verwachten. Het schrappen van investeringen in de huisartsenzorg voert de druk op de eerste lijn verder op. Huisartsen zullen geneigd zijn patiënten sneller door te verwijzen naar de duurdere ziekenhuiszorg. De minister antwoordt nogal gemakkelijk dat hij dit alles niet verwacht, maar waarom zou niet eenzelfde effect optreden als bij het specialistengeeltje en de medicijnknaak? Waarom verwacht hij dat convenanten en samenwerkingsprogramma's afdoende zijn om strategisch gedrag bij huisartsen te voorkomen? De stakingen wijzen eerder op het tegendeel. Welke maatregelen neemt de minister als strategische gedragingen zich toch voordoen en de opbrengst van de regeling ondermijnen? Kortom, wat gebeurt er als blijkt dat een beperker of niet beoogd gedragseffect leidt tot overschrijding van het budgettaire kader zorg? Kan de minister nogmaals bevestigen dat compensatiemaatregelen getroffen zullen worden zonder de premies te laten stijgen? Tot welke maatregelen leidt het wel? Geen minister loopt graag vooruit op eventueel te mislukken beleid ± dat begrijpen wij ook wel ± maar gezien de eerder aangehaalde hoogleraar Schut, die stelt dat het beoogde gedragseffect bij de huidige opzet van de regeling niet behaald wordt, telt een gewaarschuwd minister voor twee. Daarom toch graag een antwoord op de vraag naar het moment waarop

de minister de regeling niet langer zinvol acht.

Mevrouw Van Leeuwen (CDA): Waaraan denkt u zelf bij onverhoopt mislukken?

De heer **Putters (PvdA):** Ik kom over ongeveer één minuut op ons recept!

Mijn vraag was dus naar het moment waarop de minister de regeling niet meer zinvol acht. Hij geeft aan dat het kostenbewustzijn van zorggebruikers lastig te meten is. Dat zal zo zijn, maar het is wel een centrale doelstelling van deze wet. Volgens onze fractie moeten de gedragseffecten gemonitord worden, inclusief de verminderde zorgconsumptie én de gezondheidseffecten op langere termijn. Op dit moment zijn de meetcriteria niet helder. Kan de minister ons daarom een transparant evaluatiekader toezeggen waarin die criteria wel zijn meegenomen?

Voorzitter. Zoals beloofd kom ik nu aan dat andere, ons recept. Wat dan wel? In de eerste plaats vergen de beheersing van de zorguitgaven en het verminderen van onnodig zorggebruik investeringen in preventie en eerstelijnszorg. Voorzitter Sanders van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geeft recent in Medisch Contact aan dat hiervan op langere termijn meer financiële én gezondheidswinst te verwachten valt dan van een no-claim. Zorggebruik verschilt namelijk nogal regionaal. Dat ligt niet alleen aan verzekeren, maar meer aan de organisatie en uitvoering van het zorgaanbod. Te verwijzen naar de eigen verantwoordelijkheid van de partijen in de zorg om protocollen beter te hanteren, zoals de minister doet, is dan wel erg mager. Hier is meer en dwingende actie gewenst. Het vraagt om meer efficiëntie van specialisten en huisartsen, die hun eigen gedrag tegen het licht moeten houden. Het vraagt om samenwerking tussen ziekenhuizen in plaats van concurrentie. Het vraagt om investeringen in de preventieve en informerende functie van de eerste lijn. Door het ontwikkelen van call centers en door telefonische consulten kan het aantal bezoeken aan huisartsen en de spoedeisende hulp verminderen.

Mevrouw Dupuis (VVD): U spreekt de patiënt helemaal niet aan. Is die nu ook geen actor in het geheel die

eigen verantwoordelijkheid draagt? De eerste lijn moet anders georganiseerd worden, preventie moet beter, maar waarom bent u niet begonnen bij degene om wie het allemaal draait, de patiënt zelf?

De heer **Putters (PvdA):** Wij spreken de patiënten wel degelijk aan, maar wij willen dat liever doen op basis van een regeling die rechtvaardiger uitpakt. Ik kom zo bij het tweede ingrediënt van het recept, de eigen bijdragen, en zal ik nader ingaan op uw vraag.

Het schrappen van investeringen in en bezuinigen op de eerste lijn vinden wij onbegrijpelijk. Niet alleen zal daardoor het gewenste zorgremmend effect van de no-claim uitblijven, maar ook de efficiëntere organisatie en uitvoering van de huisartsenzorg krijgen niet de nodige impulsen. De verhoudingen tussen de regering en de eerstelijnszorg lijken bovendien alleen maar te verslechteren, waardoor weinig zicht op goede afspraken bestaat. Hoe gaat de minister dit oplossen? Hoe beweegt hij zorgaanbieders tot meer effectieve acties om zorggebruik af te remmen en hoe spreekt hij verzekeraars aan op resultaten op dit gebied? Graag een reactie.

Een tweede element in ons recept is dat ook met ons te spreken valt over het nut en de noodzaak van eigen bijdragen en betalingen ± juist om ook de patiënt zelf aan te spreken op zijn gedrag, zoals mevrouw Dupuis al zei ± maar dan vooral om de zorg te cofinancieren en om patiënten in een gelijkwaardiger positie tegenover de dokter te brengen, zodat ze ook daadwerkelijk iets te zeggen hebben. Eigen betalingen zullen een beperkt effect op de zorgconsumptie hebben en daar waar ze worden toegepast, treft het doorgaans de mensen met een krappe beurs en een hoog risico. Eigen betalingen moeten volgens ons daarom vooral de positie van de patiënt versterken. De regering zet vooral in op het belonen van gezonde mensen en brengt zieken de "reële kosten" in rekening, onafhankelijk van hun inkomen. Wij menen dat de lasten van ziekte rechtvaardiger verdeeld moeten worden op een inkomensafhankelijke wijze. Dat komt de solidariteit en de betaalbaarheid van de zorg wel ten goede. Wij vragen de minister ons toe te zeggen de haalbaarheid te onderzoeken van inkomensafhankelijke eigen

Putters

betalingen in de basisverzekering en daarbij ook bijvoorbeeld het IZA-model te betrekken. Graag ook op dit punt een reactie van de minister.

In de derde plaats liggen de oorzaken van ongezondheid vaak buiten de zorg zelf, bijvoorbeeld in schadelijke stoffen die in het milieu of in voedsel terecht komen. Dáár zou de overheid nu écht iets kunnen doen aan de gezondheid van mensen. Een belangrijke veroorzaker van ziekten is bovendien zo iets als structurele stress op het werk, maar ook die vermindert niet met de no-claimregeling. Hoezeer zet de minister daarop in met zijn collega-ministers? Is hij bereid om het beleid gericht op minder zorgconsumptie meer te verbreden naar het volksgezondheidsbeleid dat zich richt op het tegengaan van schadelijke gevolgen van bijvoorbeeld slechte woon- en werkomstandigheden? Dan zouden wij pas echt kunnen gaan spreken van volksgezondheidsbeleid!

Voorzitter. Ik rond af. De minister noemt deze regeling vriendelijk en solidair. Onze conclusie is dat de regeling onvriendelijk voor en niet solidair met die groepen is die het meest op onze solidariteit mogen rekenen. Zo zien wij de minister vanmiddag opnieuw in gedachten in zijn werkkamer. Hij bereidt de tweede termijn voor. De PvdA-fractie vroeg hem te reageren op haar diagnose en recept: inkomensafhankelijke eigen bijdragen, een meer rechtvaardige zorgtoeslag voor chronisch zieken, een rechtvaardiger koopkrachtbeeld, investeringen in een meer efficiënte organisatie van de zorg en in preventie, een echt volksgezondheidsbeleid en een transparante manier om dat alles te evalueren. Zij vroeg hem tot slot ook hoe hij werkt aan het draagvlak voor zijn beleid. De no-claimregeling is immers een rader in het geheel van hervormingen in de zorg. Weinig partijen zijn er blij mee. De chronische patiënt niet, huisartsen niet, verzekeraars niet en eigenlijk zelfs de ministers van Financiën en VWS niet nu de huisarts er buiten blijft. De politieke deal rond deze no-claimregeling heeft er bovendien toe geleid dat geen van de politieke partijen staat te juichen. Het is dus gelukt, met hulp van de Tweede Kamer, om een voor iedereen ongewenste regeling te treffen! Dat lijkt een voorbode van verzet van professionals, patiënten, verzeke-

raars, werkgevers en werknemers, en voer voor continue politieke twijfels. In gedachten verzonken over de vraag hoe hij dat moet wegen, kijkt de minister weer over donker Den Haag uit. En daar zijn opnieuw Hans, Dick en Els. Ik dicht ze nu de volgende tekst toe: "Pas op Hans, zelfs als je deze regeling inhoudelijk goed vindt kan een gebrekkig draagvlak een tijdbom zijn onder de veranderingen in de zorg." "Ik ben er zelfs over gevallen", roept naamgenoot Hans hem nog na, "die no claim kan het eerste dominante zijn". Er moet ten slotte nog gestemd worden over de zorgverzekeringswet! Tegen die achtergrond schrijft de minister verder aan zijn beantwoording. De woorden van zijn voorgangers blijven hangen in zijn gedachten en ook de solidariteit met de zwakkere medemens speelt daar zo vlak voor kerstmis doorheen... Met belangstelling wachten wij de uitkomst van die gedachten af!

□

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Vandaag discussiëren wij over de no-claimteruggaveregeling, voor dit jaar het laatste wetsvoorstel waarmee ons zorgstelsel door deze minister wordt hervormd. In deze tijd van eindejaarsverkiezingen is dit met stip de allerslechtste wet die wij op dit gebied aangeboden hebben gekregen. Zij is immers volstrekt onlogisch, oneerlijk, zij zal averechts uitpakken en kost waarschijnlijk meer dan dat zij oplevert. Het ligt dan ook voor de hand, dat de SP-fractie de minister die ons deze slechte wet voorlegt en onze burgers er tegen beter weten in mee opzadelt, graag nomineren voor de titel "misère-minister" van het jaar! Dat kan er volgens mij vanmiddag nog wel bij!

Minister **Hoogervorst**: U was de vorige keer zo vriendelijk!

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Vandaag ben ik streng doch rechtvaardig!

Door de inwerkingtreding van dit voorstel zal er een verschuiving plaatsvinden van het collectief gefinancierde deel van de zorgkosten naar het privaat gefinancierde, een verschuiving die een ondermijning van de solidariteit tot gevolg zal hebben, door deze minister zo treffend in kaart gebracht met de term "omgekeerde solidariteit". Een

verdere voortgang op de weg van ieder voor zich en eigen schuld dikke bult. Een beloning op gezond zijn en een straf voor ziek zijn. De minister beoogt met dit wetsvoorstel gepast gebruik van de gezondheidszorg te bevorderen en de consumenten bewust te maken van het feit dat ze zelf een verantwoordelijkheid hebben bij het kiezen voor verschillende vormen van zorg. Dit veronderstelt echter dat mensen keuzemogelijkheden hebben en dat terwijl wij toch ook weten dat er weinig te kiezen is, niet welke ziekte je ooit krijgt en in niet welke mate en met welk verloop. Ook valt er weinig aan het zorggebruik te beïnvloeden als je eenmaal chronisch ziek of gehandicapt of een hulpbehoevende bejaarde bent geworden. Toch zijn het juist deze groepen die extra gepakt worden door dit wetsvoorstel. Financiële tegenvallers die bovenop allerlei andere tegenvallers komen die ook al zijn veroorzaakt door het beleid van het kabinet waar deze minister deel van uitmaakt.

De Socialistische Partij heeft zowel in het parlement als ook daarbuiten door ondersteuning van de protestactie No claim No way, al luid en duidelijk laten blijken niets in dit wetsvoorstel te zien. Met ruim 60.000 adhesiebetuigers aan deze actie, met de Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, met patiëntenverenigingen, gezondheidszorgdeskundigen, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is zij van mening dat het wetsvoorstel onrechtvaardig en ondoelmatig is. Het comité No claim No way heeft zo juist nog bij monde van Jan Troost voor de aanvang van deze vergadering de argumenten nog eens op een rij gezet. Wij denken dat er andere manieren zijn om gepast gebruik te stimuleren en zo kostenstijgingen in de zorg te voorkomen en dat er andere manieren zijn om verantwoordelijkheid daar te leggen waar zij zowel financieel als inhoudelijk ook gedragen kan worden. Ook denken wij dat het wetsvoorstel een aantal ongewenste effecten heeft.

Voorzitter. Het moge duidelijk zijn dat mijn fractie tegen zal stemmen, maar voor het zo ver is, wil ik de minister nog wat vragen voorleggen en ook nog een aantal zaken de revue laten passeren die met het onderwerp te maken hebben en die mogelijk een rol kunnen spelen voor de fracties die vandaag nog niet tot hun eindoordeel zijn gekomen.

Slagter-Roukema

Allereerst dan de al of niet reële besparing die het voorstel voor 's Rijks financiën moet opbrengen en dan bedoel ik met name de volumebesparing die het CPB berekende. In de voorronden is van verschillende kanten aangedrongen op een onderbouwing van de stelling dat een eigen risico in de vorm van een no-claimteruggaveregeling besparing zal opleveren. De minister komt in zijn beantwoording niet verder dan de stelling dat er nationaal en internationaal veel onderzoek is gedaan naar de effecten van eigen betalingen op de medische consumptie. Onduidelijk blijft aan welke onderzoeken hij refereert en daarom is het ook moeilijk zijn stelling te weerleggen. Toch is wel duidelijk dat de zorgstelsels in Europa op een aantal punten wezenlijk van elkaar verschillen. Het heffen van eigen betalingen moet dan ook tegen de achtergrond van de verschillende zorgsystemen worden bekeken. Op welke onderzoeken en situaties duidt de minister als hij stelt dat invoering van een eigen risico tot een meer afgewogen gebruik van medische voorzieningen leidt?

De minister hoopt op een positief kostenverlagend effect. Ik vrees echter kostenverhogingen. Er is al van verschillende kanten op gewezen dat eigenbijdrageregelingen in het verleden een ongewenst substitutie-effect hadden, substitutie in de vorm van verschuivingen naar duurdere middelen bij de maatregel om zelfzorgmiddelen uit het basispakket te halen, in vervoersvormen bij het schrappen van zittend ziekenvervoer, in het voorschrijven van grotere hoeveelheden medicijnen bij de medicijnknaak en ga zo maar door. Ik verwacht als praktiserend huisarts een toename van druk op de eerste lijn om maar direct te verwijzen bij vermoeden van een kwaal en niet eerst door de huisarts zelf geëntameerd diagnostisch onderzoek af te wachten. Huisartsen laten vaak onderzoek doen ter uitsluiting van een kwaal, ter geruststelling, onderzoek dat vanaf 1 januari echter wel voor de no claim zal meetellen. Een aantal patiënten zal direct naar de duurdere specialistenzorg willen gaan, want dan weet je waar je aan toe bent en je hebt het geld toch al voorgeschoten. Natuurlijk zullen de meeste huisartsen voor hun eigen protocollen gaan en de rol van poortwachter met verve op zich

blijven nemen, maar soms zijn zij ook moe van het vechten tegen de bierkaai. Bovendien is het niet jouw taak te bepalen hoe je patiënt zijn geld wil besteden. Ook verzekeraars spelen hier overigens een dubieuze rol in door actief second opinions aan te bieden, of is de minister van plan dit te verbieden? Een andere categorie patiënten zal nodig onderzoek juist niet willen ondergaan of overwegen te stoppen met medicatie, omdat ze het geld willen besparen. Voor ons als relatief in luxe levende parlementariërs misschien niet goed voor te stellen, maar ik kan u verzekeren dat er ook en zelfs steeds meer mensen in dit land zijn voor wie elke eurocent wel telt. Denkt de minister nu werkelijk dat deze substitutie-effecten niet zullen optreden? Zowel verschuiving naar duurdere zorg zal optreden als uitstel van noodzakelijke zorg met risico voor de gezondheid. Hoeveel tijd denkt de minister nodig te hebben om deze negatieve effecten in kaart te brengen en hoe gaat hij dat monitoren? Met negatieve effecten bedoel ik niet alleen kostenstijgingen, maar ook gezondheidsschade en de stijging van administratieve lasten. Is de minister bereid om, als in de loop van 2005 blijkt dat het allemaal anders uitpakt dan hij beoogde met de invoering van de no claim, deze regeling te heroverwegen?

Kan de minister zijn brief van vorige week aan de Tweede Kamer toelichten die gaat over de kostenstijgingen in de nominale ziekenfondspremies in 2005? In de pers stonden alarmerende berichten over stijgingen van 30% voor de groep die geen recht zal hebben op no-claimteruggave. Als ik de brief goed lees, moet iedereen de no claim van € 255 in 2005 eerst voorschieten, om hem als gemiddeld mens in 2006 voor € 93 weer terug te krijgen. Dat is € 21,25 per maand, een heel ander bedrag dan de € 5,50 die steeds werd genoemd. Omdat andere onderdelen van de premie verlaagd worden, ligt de maximale stijging van de nominale premie tussen 11% bij Anderzorg en 39% bij Amicon. Ik constateer dat op zijn minst de voorlichting ook aan ons onduidelijk is geweest en ook dat deze forse stijging in ieder geval volgend jaar voor alle ziekenfondsverzekerden geldt, omdat de teruggave pas het jaar daarna een feit is. Als er sprake is van voorschie-

ten is er dan ook sprake van recht op rente? De minister zal ongetwijfeld zeggen dat mensen kunnen switchen van verzekeraar door te stemmen met de voeten, dus alle ziekenfondsverzekerden naar Anderzorg, maar hij weet ook wel dat juist de groep die wordt getroffen door de maatregel slecht zal kunnen overgaan in verband met de risicoselectie voor de aanvullende verzekering. In dit verband is het verhaal van een 64-jarige dat ik deze week nog hoorde wel weer illustratief. Toen hij via de website invulde dat hij 64 jaar was, werd hem gezegd dat hij alleen schriftelijk of telefonisch informatie over aanvullende verzekeringen kon krijgen, toen hij 50 jaar invulde ging het makkelijk via het web. Het zijn allemaal toch zeer tersluikse manieren waardoor het voor ouderen steeds moeilijker wordt om desgewenst te switchen. Ziet de minister ook voor zichzelf een taak bij de voorlichting van het publiek over deze zelf bedachte regeling of laat hij dat werk door de zorgverzekeraars opknappen?

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in zijn rapport "Gepaste Zorg" aangegeven dat in ons land het zorggebruik laag is en dat er weinig sprake is van onnodig gebruik. Voor huisartsenzorg wordt een percentage van 4 genoemd, hetzelfde percentage dat in de Tweede Kamer door de minister is genoemd als taakstellend voor kostenreductie om onnodig gebruik in de tweede lijn te reduceren. Hij denkt dat door taakherschikking die besparing wel te halen is. Hoewel nog wel wat is af te dingen op het percentage van 4 ± het NIVEL kwam daarna weer met een rapport dat onnodig bezoek nog meer was afgenomen: mensen blijken steeds beter te weten waarvoor ze niet naar de dokter hoeven gaan ± onnodig gebruik, zeker van dure tweedelijnsvoorzieningen, moet uiteraard worden tegengegaan. Overigens is er ook nog de categorie mensen die niet te vroeg of onnodig, maar juist te laat naar de dokter gaat. Het is best mogelijk dat de groep die te vroeg en de groep die te laat gaat elkaar in evenwicht houden. Ik ben het overigens met de minister eens dat de sector door taakherschikking, taakdelegatie en samenwerking doelmatiger zou kunnen werken. Hiervoor zijn echter juist investeringen nodig, investeringen die zich

Slagter-Roukema

dubbel en dwars zullen laten terugverdienen doordat nog zuiniger en doelmatiger gebruik zal worden gemaakt van de tweede lijn. Veel (chronische) zorgverlening die in het verleden in de tweede lijn plaatsvond, is de afgelopen jaren al naar de (goedkopere) eerste lijn verschoven. De financiering van deze zorg is echter niet meegegaan naar de eerste lijn. Sterker nog, er zijn miljarden gepompt in de wachtlijsten in de tweede lijn, geld dat lang niet allemaal daar is terechtgekomen waar het voor bedoeld was, terwijl de investeringen in de eerste lijn zijn achtergebleven. Een geringe budgetverschuiving naar de eerste lijn zal veel meer opleveren en kan de verschuiving van zorgverlening van de tweede naar de eerste lijn doorgezet worden. Dat geld is gewoon nodig voor meer capaciteit en extra hulp personeel, voor werkruimte en ICT. Het is toch niet voor niets dat in heel Europa jaloers naar ons poortwachterconcept wordt gekeken? Ik verwijs op dit punt dan ook nog maar even naar het onlangs verschenen rapport van de Gezondheidsraad over primary care met als conclusie: zorg voor een sterke eerste lijn!

Ik constateer dat deze minister tot nu toe niet in staat is geweest om de sector te overtuigen van zijn genegenheid en waardering, het lijkt er zelfs op dat de verwijdering alleen maar groter wordt. Huisartsen bereiden acties voor waar patiënten de dupe van dreigen te worden, de stemming wordt alleen maar grimmiger. Ministerie, zorgverzekeraars en huisartsen wijzen naar elkaar. Hoe gaat de minister deze impasse doorbreken, wordt het niet eens tijd voor een commissie van wijze mannen en vrouwen? Is hij bereid leiderschap te tonen?

2,5 miljoen mensen met een chronische ziekte en/of handicap worden door de no-claimregeling opgezaald met hogere kosten en betalen zo mee om gezonde mensen te belonen. Zij zijn zelf nauwelijks in staat hun eigen zorggebruik te beïnvloeden en zullen zo tot in lengte van dagen niets terugzien van hun eigen inleg in deze gezondheidsmiljoenenjacht. Met hen zijn wij tegen deze onrechtvaardige regeling en ik roep mijn collegae dan ook op om met ons tegen te stemmen.

□

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Om te beginnen, merk ik op dat wij enigszins pijnlijk getroffen zijn door de voorstelling van zaken door zowel de heer Putters als mevrouw Slagter van de zorg in Nederland voor onze gehandicapte en chronisch zieke medemens. Het lijkt werkelijk wel alsof die langzamerhand voor de leeuwen worden geworpen en alsof er niets meer zou zijn. Het getendeel is waar. Nederland is, ook nadat de voorliggende maatregelen zijn ingevoerd, nog altijd een land waar chronisch zieken en gehandicapten uitstekende zorg ontvangen. Bovendien krijgen zij hier veel meer ondersteuning dan in welk ander Europees land ook. Laten wij toch vooral niet doen alsof de solidariteit weg is. Er is in Nederland nog altijd sprake van een zeer grote solidariteit. Mijn verhaal zal dan ook een heel ander zijn dan dat van de twee vorige sprekers.

Wij danken de minister voor zijn uitvoerige en zakelijke antwoorden, al zijn wij niet met alle antwoorden tevreden. Onze visie op het wetsvoorstel is door de argumenten van de minister nauwelijks gewijzigd, maar in het licht van de lastige materie waarover het hier gaat, is dat ook niet te verwachten. Gezien de uitvoerige behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer, wil de VVD-fractie nog slechts op een enkel punt nog nader ingaan.

Om te beginnen, benadruk ik nog eens dat de VVD-fractie het met de minister eens is dat een gepaster gebruik van de gezondheidszorg in ieders belang is. Dit is een punt dat in de debatten over gezondheidszorg eigenlijk nog altijd onderbelicht blijft. Meer geneeskunde is niet altijd en niet per definitie goed voor de patiënt. Het is een waanidee dat dit zo zou zijn. Er is heel veel literatuur waarin onomstotelijk wordt aangetoond dat een beperkt, gepast gebruik van gezondheidszorg grote voordelen heeft voor patiënten. Dit is het gevolg van verschillende factoren, zoals het potentieel schadelijke karakter van veel medische interventies. Dat is genoegzaam bekend. Verder is het duidelijk dat veel ziekten ook zonder therapie vanzelf overgaan. Als je te snel bent, heb je dus eigenlijk de kans dat je te veel doet.

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

zekere zin ben ik het wel eens met datgene wat mevrouw Dupuis nu stelt. De vraag is echter hoe al die mensen dat moeten weten. Om deze kennis te laten doordringen, heb je goede voorlichting nodig. Hoe denkt mevrouw Dupuis te bevorderen dat deze wetenschap doordringt tot de gewone man of vrouw? Die reageren immers op tv-programma's of agressieve reclame van farmaceutische industrieën.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw Slagter behoort zelf tot een groep die er heel veel aan gedaan heeft om patiënten deze informatie te geven. Immers, de huisartsen hebben een jaar of drie geleden als groep een buitengewoon aardig boekje uitgegeven waarin staat wanneer men vooral niet naar de dokter zou moeten. Er is dus wel degelijk heel veel kennis beschikbaar. Ik ben er ook zeker van dat het boekje op internet te vinden is. Bovendien mogen wij niet vergeten ± in een eerder debat hebben wij daar ook wel eens woorden over gewisseld ± dat ziek zijn in Nederland nog altijd een zekere ziekte winst oplevert. Dit is wellicht te voorkomen door wat strenger te zijn en, om het maar even grof samen te vatten, eigenbetalingsregelingen in te bouwen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Houdt u dat ook staande tegenover iemand die een ernstige suikerziekte heeft en wiens been bijvoorbeeld geamputeerd is? Ik ben heel benieuwd aan wat voor mensen u hierbij denkt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Natuurlijk zijn er mensen die de dokter echt nodig hebben. Met een diabetes moet je zo vroeg mogelijk naar de dokter. Het is overigens erg gemakkelijk om zelf je bloedsuikergehalte vast te stellen. Als mensen verantwoord met hun eigen gezondheid willen omgaan, is dat dus ook mogelijk. Dat is dan ook niet het punt. Het punt is dat niet altijd alles als een vanzelfsprekendheid aan patiënten behoort te worden aangeboden. Er mag toch wel een drempel worden ingebouwd waardoor de mensen zich gaan realiseren wat zij eigenlijk doen wanneer zij naar de dokter gaan?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ons punt hierbij is dat de no claim

Dupuis

een verkeerde drempel voor de verkeerde mensen neerlegt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat zegt de Socialistische Partij, maar de VVD zal dat niet zo formuleren. De VVD zou wel een beter systeem weten om drempels in te bouwen, maar ik ben bang dat de SP ook dan nog zal zeggen dat daarmee een groep mensen gepakt wordt. Je kunt ook anders redeneren en zeggen dat de mensen die echt zorg nodig hebben, goed af zijn in Nederland. Zij worden niet verwaarloosd en zij krijgen niet te weinig zorg. Ik denk trouwens niet dat het er 2,5 miljoen zijn; dat vind ik een zwaar overdreven getal, maar het zijn er wel veel. Zou het trouwens zo erg zijn \pm laten wij even het vreselijkste scenario noemen \pm als die mensen iets meer betalen voor alle zorg die zij krijgen? Is dat principieel verwerpelijk? Sommigen zeggen ja, maar wij zeggen nee.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Die 2,5 miljoen is een getal dat de minister zelf gegeven heeft.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ja, ik weet het, maar ik denk dat hij niet goed is voorgelicht.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voor een aantal mensen is het trouwens wel erg om iets extra's te betalen voor de zorg. Mijn punt is dat ik nog steeds niet duidelijk heb over welke mensen u het hebt, terwijl ik hierbij wel duidelijk een groep mensen voor ogen heb.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik heb het over de gemiddelde burger, ook de gemiddelde burger met diabetes of visusproblemen. Bij chronisch zieken en gehandicapten denken wij aan mensen die wezenlijke hobbels ondervinden bij het functioneren in de samenleving. De VVD is van mening dat die mensen het heel goed hebben in Nederland en dat er buitengewoon goed voor deze mensen wordt gezorgd. De vraag is of het een tandje minder mag of dat er althans iets van een eigen betaling tegenover mag staan. Dat is gewoon een principiële vraag.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb nog één vraag. U zei net dat er wel betere systemen te bedenken zijn. Daarom wil ik van u weten of het geen goed idee is om de minister te vragen, nog eens beter te

onderzoeken wat voor andere mogelijkheden er zijn. Collega Putters had het hier net al over. Als wij hier een voorstel voor indienen, zult u dat dan steunen?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Nee, zeker niet. Dit was het enige wat de minister door de Tweede Kamer kon halen. Het systeem dat mij voor ogen staat, zou nooit op de belangstelling van een groot gedeelte van de Tweede Kamer kunnen rekenen. Ik denk echt dat hetgeen de minister gedaan heeft, het enig mogelijke was in de huidige politieke context. De VVD-fractie vindt eigenlijk dat hij verder had moeten gaan, maar dat wil niet zeggen dat zij het wetsvoorstel om die reden zal afwijzen.

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Ik wil nog even terugkomen op het begrip "ziektewinst". Dit intrigeert mij omdat ik, volgens mij met u, van mening ben dat misbruik van sociale voorzieningen, waaronder de gezondheidszorg, bestreden moet worden. U verwijst naar een wereld van literatuur. Die is mij onbekend, want ik val in dit debat in. Daarom wil ik van u weten hoe hoog het misbruik van medicijnen en specialisten volgens uw informatie is.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Er wordt gezegd dat in Nederland 90% van de bezoeken aan specialisten er alleen toe dient om uit te sluiten dat er iets is en om de patiënt dus zeker te stellen. De gedachte is dat met een goede anamnese bij de huisarts de helft daarvan niet nodig is. Dat is dus een heel groot getal.

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Dat is volgens mij iets anders dan ziekte winst. Daar was mijn vraag echter wel op gericht.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ziekte winst is inderdaad iets anders. U vroeg naar de omvang van het misbruik.

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Misbruik is in mijn ogen echt iets anders dan onnodig gebruik. Ik denk dat wij hier allemaal wel eens naar een specialist zijn geweest om uit te sluiten dat wij iets hebben. Het is een groot goed dat die mogelijkheid bestaat en dat die mogelijkheid voor mensen met een laag inkomen gratis blijft.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Onnodig gebruik kost ook geld. Het aantal mensen dat een specialist onnodig bezoekt, is echt heel groot. Ik heb jaren in een medische wereld geleefd en doe dat eigenlijk nog. En daar hoor ik medici niets anders zeggen dan: je moest eens weten wat er allemaal voor onzin wordt gedaan. Onder medici zijn dat gewone uitspraken; wij kijken veel te positief naar wat er allemaal in de gezondheidszorg gebeurt. Er gebeuren goede dingen, maar er gebeurt ook een hoop onzin. Het gaat nu om de vraag of wij daar greep op kunnen krijgen. Dat is lastig, maar wij zijn van mening dat dit wel moet gebeuren.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Je komt toch alleen maar bij een specialist na verwijzing door de huisarts? Maakt de huisarts dus al die fouten?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Mevrouw Van Leeuwen weet dat het anders in elkaar zit. Een heleboel verwijzingen hebben plaats, omdat de patiënt dat gewoon wil en het spreekuur zo vol zit dat de huisarts geen kwartier de tijd heeft om die patiënt van het tegendeel te overtuigen. Bij de nascholingscursussen die ik aan huisartsen heb gegeven, heb ik dit verhaal eindeloos gehoord.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb het gevoel dat u een heel wonderlijke vriendenkring hebt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat gevoel is geheel wederzijds. Bovendien waren het geen vrienden, maar huisartsen die op nascholingscursus waren.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb een uitstekende huisarts. Als ik iets ernstigs heb, heb ik altijd wel twintig minuten nodig om verwezen te worden. De huisarts zegt namelijk dat hij in eerste instantie verantwoordelijk is en dat hij alleen maar naar een specialist verwijst als dat strikt noodzakelijk is.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik wou dat het waar was.

Ik wil nu doorgaan met mijn betoog, omdat ik aan de hand daarvan ook nog het een en ander kan toelichten. Het was natuurlijk wel te verwachten dat mensen door mijn verhaal getergd zouden worden. Er

Dupuis

bestaat evenwel zo'n groot geloof in de wonderen van de geneeskunde dat het moeilijk is als iemand daar eens tegen ingaat.

Ik was aan het uitleggen waarom een gepast gebruik van de gezondheidszorg voordelen heeft voor de patiënt. Het eerste wat ik noemde, wat het potentieel schadelijke karakter van veel medische en ook diagnostische interventies. Ten tweede noemde ik het gegeven dat veel ziekten vaak zonder therapie vanzelf overgaan. Verder noem ik nu nog het feit dat meer dan de helft van alle medische behandelingen onvoldoende positief is geëvalueerd. Voorts is bewezen hoe groot de rol kan zijn die het placebo speelt bij herstel van een patiënt. Hier zijn buitengewoon interessante onderzoeken naar gedaan, die ik graag wil laten zien. Dit alles laat in ieder geval zien dat genezing van ziekten veel complexer is dan velen vermoeden. Gepast gebruik is dus geboden. In dit verband verwijs ik evenals in eerdere debatten hierover met nadruk naar de uitspraak van de Engelse neurochirurg Brian Jennett dat wat economisch het meest verantwoord is ± dat wil zeggen: zo zuinig mogelijke geneeskunde ± ook ethisch het meest acceptabel is. Deze uitspraak gaat dus over het belang van de patiënt om zo min mogelijk medische behandelingen te ondergaan.

Vanuit dit gezichtspunt zijn wij blij met een minister die ervoor gaat om gepast gebruik te bevorderen. Ons bezwaar tegen het voorliggend wetsvoorstel is dat het ongepast gebruik weinig radicaal aanpakt. Wij gaven dit al aan in het voorlopig verslag. Wij willen graag ten minste het Duitse systeem geïmplementeerd zien en hopen dat de minister daar in de toekomst nog eens goed naar zal kijken. Dat is een systeem met beperkte betaling vooraf, waardoor in ieder geval de band tussen verrichting en betaling veel meer zichtbaar wordt. Ook betreuren wij het dat de huisarts buiten de no-claimregeling is gevallen. En naar blijkt, zijn ook veel huisartsen ongelukkig met het hiertoe strekkende amendement dat door de Tweede Kamer is aangenomen. Het is overigens duidelijk dat de huisartsen het onderling niet eens zijn. Ik wijs erop dat dit ook voor de minister lastig is.

De VVD-fractie is zonder meer bezorgd over de effecten van het

amendement op de huisartsen. Wij delen de mening van de minister niet dat voor huisartsen al zo veel is gedaan. Er is inderdaad het een en ander gedaan. De tarieven zijn opgetrokken, maar zij zijn nog altijd lager dan de tarieven van de kapper. Ook is het waar dat de weekenddiensten met behulp van de huisartsenposten de huisarts ontlasten. Dat was dan ook hard nodig. Te veel patiënten zoeken of, beter gezegd, zochten tijdens de weekeinden hulp voor zaken zonder enige urgentie. De nieuwe regeling maakt dat terecht moeilijker en is dus beter voor de huisarts. Ook de auto met chauffeur die nu in het weekeinde voor de dienstdoende huisarts ter beschikking staat, is een voordeel. De noodzaak hiervan houdt trouwens ook verband met het gedrag van patiënten. Veel huisartsen krijgen tegenwoordig te maken met geweld jegens henzelf en kunnen niet altijd veilig op huisbezoek. Op een nascholingscursus voor huisartsen bleek mij eens dat op een groep van 40 huisartsen er vier met ernstig geweld te maken hadden gehad. Twee hadden zelfs letterlijk onder vuur gelegen. Terecht zijn hiertegen maatregelen genomen. Voor de patiënt die echt een arts nodig heeft in het weekend, is het echter buitengewoon nadelig om soms meer dan 10 kilometer te moeten reizen voor een bezoek aan een huisarts. Hier lijden de goeden onder de kwaden. Dit punt samenvattend: er is inderdaad wel het een en ander voor huisartsen gedaan, maar dat was bittere noodzaak. Het betekent niet dat het genoeg is.

Door dit wetsvoorstel zal de huisarts naar onze verwachting meer werk krijgen. Het ligt immers voor de hand dat, nu een bezoek aan de tweede lijn de no-claimteruggave beïnvloedt, patiënten langer bij de huisarts zullen blijven hangen. Daar is op zichzelf weinig op tegen. Integendeel, het is vaak zelfs beter voor de patiënt om zo veel mogelijk in de eerste lijn te blijven. Ook zou het wel eens een onverwachte kostenbesparing kunnen opleveren, maar dan wel ten koste van de huisarts. Deze zal extra worden belast.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP):
Mevrouw Dupuis betoogt dat het gevolg van het wetsvoorstel kan zijn dat mensen langer bij de huisarts blijven hangen. In mijn betoog heb ik

gezegd dat ik verwacht dat mensen juist sneller doorverwezen willen worden, omdat zij toch al geld voorgeschoten hebben. Dit geeft aan dat wij best onzeker zijn over de effecten van de invoering van de no claim. Ik vraag mij af of mevrouw Dupuis met mij aan de minister wil vragen om een heel duidelijk evaluatiekader te maken. Wij komen er met z'n tweeën al niet uit en in het grote verhaal zal het dus nog veel onduidelijker zijn. Mijns inziens moet een en ander gemonitord worden.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik vind het grappig dat mevrouw Slagter het idee waarmee ik wil opkomen voor de beroepsgroep waartoe zij behoort, ook niet zo goed vindt. Ik verwacht dat de minister een en ander gaat evalueren. Volgens mij is het ondenkbaar dat dit niet zal gebeuren, omdat wij natuurlijk willen weten wat voor effecten dit heeft. Ik blijf er evenwel bij dat de huisarts volgens de VVD wel eens de grootste last van de regeling zou kunnen moeten dragen. Mijn vraag aan de minister is wat hij daar tegenover stelt. In die zin pleit ik voor solidariteit, zij het niet met de patiënt, maar met de huisarts. Eigenlijk is dat de kern van mijn verhaal. Ons lijkt een abonnementensysteem, zoals dat geldt voor alle patiënten waarover dit wetsvoorstel gaat, voor de huisarts zeer onvoordelig. Sterker nog, wij vinden het gewoon niet fair. Wij willen dan ook graag van de minister weten wat hij daaraan gaat doen of althans wat hij tegen de ziektekostenverzekeraars hierover zal gaan zeggen.

Ik onderstreep nog eens dat veel huisartsen fantastisch werk doen. Zij behandelen meer dan 95% van alle patiëntenklachten voor slechts 3% van de totale kosten van de gezondheidszorg. Wij verwachten dat hun aandeel in de gezondheidszorg door de voorliggende wet nog wel eens groter kan worden. In dit verband vragen wij ons werkelijk af waarom bijvoorbeeld toezeggingen op het gebied van praktijkondersteuning, door meerdere bewindslieden gedaan, gewoon van tafel zijn gegaan. Als er één groep professionals in de gezondheidszorg is die effectieve en laag-technologische, dus goedkope geneeskunde bedrijft, zijn het wel de huisartsen. Vraag aan de minister is dus wat hij voor de huisartsen gaat doen of gaat laten doen. Het is

Dupuis

trouwens ook de vraag waarom de tarieven voor de huisarts lager zijn dan die voor specialisten. Of lijkt dat maar zo? De VVD-fractie vindt deze kwesties uitermate belangrijk. Als huisartsen zich slecht behandeld voelen, is het risico aanwezig dat hun motivatie verdwijnt. Ook zullen minder medici voor een huisartsenopleiding kiezen. Het lijkt de VVD-fractie juist van het grootste belang om onze unieke huisartsenzorg geheel overeind te houden. Het feit dat op sommige plaatsen in het land al niet meer voldoende huisartsen aanwezig zijn, is een signaal dat er in dit opzicht iets ernstig fout gaat. Er moet op gereageerd worden, in het belang van de patiënten en in het belang van een effectieve en zuinige gezondheidszorg.

Ten slotte wil ik namens mijn fractie nog terugkomen op mijn opmerking in het voorlopig verslag dat de ziektekostenverzekering voor een groot deel het karakter van een verzekering verloren heeft. De minister heeft dat min of meer bestreden met de opmerking dat internationale verdragen de regering ertoe nopen, te zorgen voor een brede ziektekostenverzekering. Dat argument mag waar zijn, maar het weerlegt de visie van de VVD-fractie niet. Waar het om gaat, is dat het huidige pakket zeer breed is en allerlei uitgaven voor life events dekt en dat het juist daardoor veel meer is dan een verzekering. In internationale verdragen staat toch zeker niet dat allerlei min of meer medische zaken niet deels of geheel door patiënten zelf zouden kunnen worden gedragen? De minister beroept zich op de trechter van Dunning. Dan weet hij ook dat het laatste deel van de zeef in de trechter inhoudt dat zaken die voor eigen rekening kunnen komen, ook voor eigen rekening zouden moeten komen. Bovendien gaat verzekeren over niet te voorspellen gebeurtenissen, niet over zekerheden. Juist daarom kunnen allerlei eigen betalingen van patiënten zeer goed verdedigd worden. Gaarne hoor ik hierop het commentaar van de minister.

De VVD-fractie blijft tamelijk kritisch over dit wetsvoorstel, maar zij wil de minister die er als eerste in geslaagd is om een begin van een eigen risico c.q. no-claimkorting door de Tweede Kamer te loodsen, in principe de kans geven om de ingeslagen weg te vervolgen. Het

moet dan echter wel fair geregeld worden. Laten wij zeggen dat solidariteit met de huisartsen ook een deugd is.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter. Ik voer het woord namens de fracties van de SGP en de ChristenUnie. Zo op het eind van het jaar is het wel aardig als je nog wat tegen bewindslieden kunt zeggen. Je kunt hen een kerstwens meegeven, zoals in allerlei vormen al is gedaan. Daar doe ik niet aan mee, maar ik wil de minister wel gelukwensen. Ik heb namelijk begrepen dat bijna alle ziekenfondsen over het laatste kwartaal op een geweldig positief saldo zullen uitkomen. Ik denk niet dat dit al met het onderhavige beleid te maken heeft, want dat moet nog ingevoerd worden. Het zal evenwel toch met het beleid van de minister te maken hebben dat er enorme winsten gemaakt zijn. De minister zal dit nog niet weten, want dit zijn interne berichten. Om hem vrolijk te stemmen, wil ik hem evenwel met die wetenschap het jaar laten uitgaan.

De verzorgingsstaat wordt in snel tempo versoerd. Het gevaar is reëel dat de zwakkeren in de samenleving steeds meer onder druk komen te staan. Verhoging van de eigen bijdragen en het opschroeven van de premies raken voornamelijk de mensen aan de ondank van de samenleving. De toeloop op de medische zorg moet worden afgeremd; dat is de gedachte achter dit wetsvoorstel. De vraag die wij als fracties allereerst willen stellen, is evenwel of er wel sprake is van overconsumptie. Uit het rapport Gepaste zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de RVZ, blijkt dat er geen sprake is van overconsumptie. Uit een vergelijking met andere Europese landen blijkt dat Nederland een tussenpositie inneemt. In een aantal gevallen is er zelfs sprake van een niet geringe lagere consumptie, zoals bij geneesmiddelen en het aantal ziekenhuisopnamen. Wij horen graag nog eens de visie van de minister hierop. Als er in Nederland geen sprake is van overconsumptie, wil dat niet zeggen dat er niet doelmatig gewerkt moet worden om te proberen om onnodige zorg verder terug te dringen. Als wij er evenwel positief uitspringen, moet je je wel

afvragen of dit soort maatregelen nodig is.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik wijs de heer Van den Berg erop dat 10% van alle klachten van patiënten iatrogeen is en dus veroorzaakt wordt door de geneeskunde. Dat wijst erop dat er te veel geneeskunde wordt bedreven.

De heer **Van den Berg** (SGP): Ik zal dat niet tegenspreken. Ik ken ook de effecten van placebo's. Bovendien is het de vraag hoe je anders moet verklaren dat er hordes mensen naar alternatieven grijpen. De burger wil dat kennelijk. Wie zijn wij om, als dat al mogelijk is, een systeem op te zetten om dat te voorkomen?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): De verklaring is vrij duidelijk: mensen hebben een eindeloze behoefte aan zorg. Dat betekent echter niet dat dit ook in hun belang is.

De heer **Van den Berg** (SGP): Dat zeg ik ook niet. Ik wil alleen zeggen dat je, in uw visie, dan een systeem moet bedenken om dat te voorkomen. Volgens mij is dat er echter niet en zul je dat ook nooit krijgen. En daarom moet je juist de positie van de huisarts versterken. Ik spreek daar vanmorgen niet over, maar ik zie wel dat er heel veel winst te behalen is, als die echt poortwachter zou kunnen zijn. Het beleid van het kabinet is daar op dit moment evenwel niet op gericht. Als de huisarts meer tijd zou hebben, zou je natuurlijk een aantal zaken kunnen voorkomen. Ik weet het ook uit eigen ervaring. Mijn huisarts is een alleraardigste man. Als ik bij hem kom, duikt hij achter zijn pc'tje. Af en toe ziet hij mij nog eventjes en dan zegt hij: oh ja, je doet in de Kamer ook wat aan gezondheidszorg en dus weet je dat die klacht van jou geprotocolleerd is; ik zal even een uitdraai maken en dan kijken wij samen. Vervolgens constateren wij samen of het iets is of niet. Zo werkt het nu eenmaal, maar de man heeft dus geen tijd meer voor mij. Als hij een vrouw was geweest, had hij dat waarschijnlijk ook niet.

Voorzitter. Als u het goed vindt, ga ik door met mijn verhaal. Ik ben vanmorgen erg gezagsgetrouw, maar ik heb ook wat goed te maken. Ik kwam namelijk nogal amechtig binnenrennen en ik had mijn kopje koffie nog niet op. Ik had daar echter al vanaf vanmorgen zes uur trek in

Van den Berg

en ik heb het dus heel stiekem, onder de vermanende blikken van wat CDA-collega's, hier opgedronken. Ik belijd daarvoor mijn schuld, maar ik moet zeggen dat het mij bijzonder goed smaakte.

De **voorzitter**: De excuses zijn voor deze keer aanvaard.

De heer **Van den Berg** (SGP): Vervolgens is het maar de vraag of het juist is dat veel patiënten van alles willen, omdat het toch niets kost. De RVZ stelt dat dit niet zo is, en dit is toch een gezaghebbend orgaan, zo weet ik uit allerlei publicaties. Ook de vooronderstelling dat door een eigen bijdrage het volume van de zorg echt flink omlaag kan worden gebracht, is aanvechtbaar. Zo verwacht het CPB, in tegenstelling tot de invoering van een eigen risico, van een no-claimkorting zelfs een kleiner volume-effect. In het wetsvoorstel gaat het om een teruggave waarvan het effect pas later gevoeld wordt. Deskundigen zeggen dat zo'n maatregel dan absoluut negatief zal zijn. De no-claimregeling is daardoor niet het omgekeerde van het eigen risico. Ik begrijp wel dat de minister de no-claimregeling als een goede vondst om uit de problematiek te komen, heeft ingevoerd bij het kabinet. Ik behoud mij dan ook het recht voor om, zolang de minister niet heel geargumenteerd aantoont dat dit niet zo is, te zeggen dat het een soort politiek compromis geworden is. De no claim, zo blijkt uit analyses van deskundigen ± prof. Rutte is al genoemd ± zal als technische uitwerking van het principe van het eigen risico naar verwachting maar een klein remmend effect hebben op de zorgvraag. De vraag is daarom waarom je hiertoe overgaat. Ik ben begonnen met een positieve insteek voor de ziekenfondsen, maar dit kost de ziekenfondsen weer een heleboel extra geld, omdat het een hele klus is om het in te voeren. Je zit dus met de vraag wat je moet investeren en wat daarvan het rendement is. Het klinkt zakelijk, maar soms moet je dat in het debat ook zijn.

De RVZ toont in het rapport Gepaste zorg aan dat de patiënt eenmaal bij de arts/specialist nauwelijks invloed heeft op zijn/haar zorggebruik, want de arts bepaalt. Je moet wel van heel goede huize komen om, als je bij een specialist zit

en denkt dat je echt iets hebt, tegen zijn advies in te gaan. Dat is echt heel moeilijk, zeker als het om de eigen gezondheid gaat. Er is trouwens heel veel in ons systeem wat er in de loop der jaren toe heeft bijgedragen dat er veel te veel gedaan wordt door specialisten, zonder dat het nodig is. Dat kun je de patiënt echter niet verwijten, tenzij die heel mondig is. Er zijn evenwel maar 75 mondige patiënten in Nederland. Wij vragen de minister dan ook of het wetsvoorstel wel rechtvaardig is. Allereerst is gezond zijn op zichzelf geen prestatie, al moet je er natuurlijk alles aan doen om gezond te leven. Nu ontstaat er echter een verschil tussen mensen die chronisch ziek zijn of een handicap hebben, en mensen die gezond zijn. In het voorgestelde no-claimsysteem worden gezonde mensen beloond, waardoor er een tweedeling ontstaat. En dat vinden wij ongewenst.

Iedereen heeft recht op gezondheidszorg. In moderne samenlevingen wordt evenwel onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve rechten. Een positief recht of claimrecht is een recht dat anderen mij moeten verschaffen door hun goederen of diensten. Een negatief recht is een recht dat anderen mij moeten gunnen door mij er niet van te weerhouden om iets te doen. Onze fracties beschouwen recht op gezondheidszorg als een positief recht dat wij kunnen claimen. Als mensen een medische behandeling nodig hebben, mogen er naar onze overtuiging geen financiële belemmeringen zijn. Onrechtvaardig vinden wij de regeling ook, omdat iedereen hetzelfde bedrag inlegt, terwijl duidelijk is dat jongere mensen veelal het geld zullen terugkrijgen en oudere mensen niet. Jonge mensen zullen naar verwachting ten minste vijf keer zo veel no claim terug ontvangen als oudere mensen, zo stelde het CVZ in het rapport Vrijwillig eigen risico in de nieuwe curatieve zorgverzekering. Per saldo betekent de invoering van de no claim dan ook een lastenverzwaring voor zieken en ouderen. De solidariteit komt hiermee onder druk te staan. Waarom, zo vragen wij de minister, wordt niet gekozen voor een rechtvaardiger systeem? Er had bijvoorbeeld gewerkt kunnen worden met een leeftijdsafhankelijke inleg, waarbij de ouderen wat gespaard

hadden kunnen worden, of er had op basis van de gezondheidstoestand van mensen gewerkt kunnen worden, waardoor de chronisch zieken gespaard hadden kunnen worden.

Een no-claimteruggaaf doet naar onze mening afbreuk aan deze voor de ziektekostenverzekering zeer wezenlijke vorm van solidariteit. Ik heb in eerdere debatten al gezegd dat dit een groot goed is voor ons land. Met de no-claimregeling word je financieel gestraft als je ziek bent en wordt gezond zijn een prestatie waarvoor je wordt beloond. In een solidaire samenleving betalen wij evenwel samen de zorg voor zieke burgers. Aan verdelingsystemen die behoefte als grondslag hebben, is eigen dat ze alleen maar gedragen kunnen worden door solidariteit. Het zal duidelijk zijn dat onze fracties daaraan blijven hechten. In tweede instantie zullen wij ons stemgedrag bepalen, maar wij willen eerst het antwoord van de minister horen.

□

De heer **Schouw** (D66): Voorzitter. Een paar weken geleden bespraken wij in deze Kamer de invoering van een van de eerste voorstellen voor het introduceren van marktprikkels in de zorg. Dit betrof de invoering van DBC's. Vandaag gaat het alweer om een nieuwe prikkel, de no-claimprikkel. Laat ik vooropstellen dat mijn fractie in het verkiezingsprogramma het punt heeft opgebracht dat een eigen risico in de zorg tot de mogelijkheden behoort. Wij kunnen ons dan ook goed vinden in het beginsel dat er een grotere eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde komt in samenhang met een vermindering van de collectieve verantwoordelijkheid. Er zal gezocht moeten worden naar een nieuw evenwicht in de gezondheidszorg dat voldoende solidair is en de toegankelijkheid van de zorg op lange termijn borgt. Wij kunnen vaststellen dat met het onderliggende wetsvoorstel vooral de doelstelling van een financieringsverschuiving wordt gerealiseerd, van collectief naar individueel. Wij staan ook achter het idee om mensen meer kostenbewust te maken van hun keuzes. Een vorm van eigen risico kan een van de instrumenten zijn om dit te bevorderen. Wij onderschrijven de bedoelingen die erachter liggen: mensen

Schouw

meer bewust maken van de kosten die samenhangen met de zorg.

Daarbij is het goed om op te merken dat deze maatregelen niet uit weelde zijn ontstaan. Het beheersbaar maken van de almaar groeiende kosten van de zorg is een verantwoordelijkheid die mijn fractie niet uit de weg gaat. Samengevat beoogt dit wetsvoorstel eigenlijk twee dingen: een financieringsverschuiving en gedragsbeïnvloeding. Het is echter zoals altijd: the proof of the pudding is in the eating. Daarom kunnen en willen wij onze ogen niet sluiten voor een aantal van de problemen die onze fractie heeft met dit wetsvoorstel. Samengevat zijn dit er vier:

- twijfel over de bewezen werking;
- de huisarts en de no claim;
- de chronisch zieken;
- het gebrek aan inzicht in alternatieven.

Ik begin met de bewezen werking. Op 26 juni 2003 heeft de minister aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een adviesvraag gesteld. Die vraag luidde: welke prikkels zijn bruikbaar in de Nederlandse situatie ofwel welke prikkels leiden tot gepaste zorg? In zijn overigens fantastische rapport ± alle feiten staan keurig netjes op een rij ± geeft de raad op pagina 24 aan: "De financiële prikkels blijken minder effectief dan verwacht. Patiënten worden slechts in relatief geringe mate geprikkeld om minder zorg te consumeren. Hierbij wordt weliswaar overconsumptie tegengegaan, maar tegelijkertijd onderconsumptie gestimuleerd." Op zijn gunstigst kan je stellen dat er wat licht zit tussen het advies van dit gerenommeerde orgaan en het voorliggende wetsvoorstel. Het komt ons voor dat de minister in de memorie van antwoord vooral van aannames uitgaat, zonder dat die nauwkeurig met feiten zijn onderbouwd. De door de minister genoemde onderzoeken en rapporten doen op hun mooist een best guess naar de besparingen. Bewezen is het niet.

De minister geeft dat feitelijk toe door in de memorie van antwoord te stellen: "Er kan dus sprake zijn van onnodig gebruik. De precieze omvang daarvan is nog niet bekend." Vraag is dan ook of de minister het met onze fractie eens is dat het absoluut noodzakelijk is om vanaf dag één van de invoering van het wetsvoorstel de gedragseffecten ervan te monitoren? Ik doel dan

zowel op de over- als op de onderconsumptie? Is de minister ook van mening dat je ten minste een periode van bijvoorbeeld een jaar nodig hebt om meer zicht te krijgen op de gedragseffecten van de maatregel? Alleen op die manier kunnen wij volgen of en, zo ja, waar de gedragsverandering een besparing van 175 mln oplevert en wat de realiteitswaarde hiervan is. Ook wil mijn fractie weten aan de hand van welk model de minister dit wil monitoren? Kan hij dit evaluatiemodel aan de Kamer overleggen?

Ik kom op de gevolgen van het Kamerdebat begin oktober dit jaar aan de overzijde. Aan het bereikte compromis, huisartsen uit de regeling, kleeft naar de opvatting van mijn fractie een aantal bezwaren. In de eerste plaats zijn huisartsen meestal de voorkeur in de zorgketen. Een effectieve gedragsverandering moet je aanpakken bij de voordeur en niet bij de achterdeur. Wij kunnen er echter wel enig begrip voor opbrengen dat de minister op dit punt niet het machtswoord heeft gesproken in de Tweede Kamer, toen het ging om het amendement-Buijs. Het amendement omarmen of afdoen als minder relevant en wat minder van invloed op het beleid, gaat ons echter iets te ver.

De huisartsenkosten zouden maar 5% uitmaken van het totale bedrag van de no-claimteruggaveregeling en daarmee zou het geen onoverkomelijke inbreuk maken op het wetsvoorstel, zo stelt de minister in de memorie van antwoord. Ergens anders in dezelfde memorie van antwoord schrijft hij echter dat de huisartsen van mening zijn dat 14% van de mensen hen onnodig bezoekt. Bij specialisten is dit percentage de helft. Als er dus ergens een goudgerande kans ligt om de efficiency van de maatregel te vergroten, dan is het wel bij de huisarts. Ook vanuit het oogpunt van solidariteit is het uitsluiten van de huisarts een beetje merkwaardig. Immers, het bezoek aan de huisarts is redelijk evenwichtig verdeeld over de bevolking. Dat ligt gans anders bij het specialistenbezoek. De ongelukkig gekozen oplossing in de Tweede Kamer heeft ook een streep gezet door het versterken van de eerstelijnszorg. Dit lijkt toch veel op het paard achter de wagen spannen. Immers, een uitstekend draaiende eerste lijn voorkomt hogere kosten verderop in de keten. De minister

heeft toegezegd dat hij alternatieven hiervoor zal ontwikkelen. Mijn vraag is welke alternatieven inmiddels concreet zijn uitgedacht. Mijn fractie hecht er zeer aan dat de huisarts wordt meegenomen in een vorm van een eigenbijdrageregeling in de toekomstige basisverzekering. Wil de minister toezeggen dat hij dit punt serieus zal bestuderen?

Mijn volgende punt betreft de chronisch zieken. Vooral de mensen die voortdurend een beroep moeten doen op de gezondheidszorg, zoals chronisch zieken en gehandicapten, zullen niet profiteren van deze regeling. Ter voorbereiding op dit debat ben ik eens in een aantal onderzoeksrapporten van het RIVM en het NIVEL gedoken. Want hoeveel mensen zijn dat die straks niet profiteren? Als wij chronisch zieken als mensen met een chronische kwaal definiëren, dan hebben wij het waarschijnlijk over 2,5 miljoen mensen met een lichamelijke aandoening. Daarnaast zijn er nog eens 0,5 miljoen mensen met een psychische aandoening. Het NIVEL doet al jarenlang onderzoek onder chronische zieken met een lichamelijke aandoening. Daar komt een consistent beeld uit: 100% heeft jaarlijks contact met de huisarts, gemiddeld 6 keer; 75% heeft jaarlijks contact met een specialist, gemiddeld zes keer; 90% gebruikt medicijnen. Het gemiddelde inkomen van deze groep ligt 25% lager dan bij de gehele bevolking. Slechts 60% weet van de WVG, 50% van de bijzondere bijstand en 53% van de aftrek buitengewone uitgaven. De voorlichting op deze punten mag dus wel een tandje harder, zo roep ik in de richting van de minister. Conclusie: deze mensen hebben gemiddeld een lager inkomen en krijgen zeer waarschijnlijk geen eurocent terug van de no-claimkorting. Kortom, het is al niet eerlijk verdeeld in de wereld en dit wetsvoorstel heeft er alle schijn van, daar nog een schepje bovenop te doen. Het is daarom essentieel dat de effecten van de maatregel, juist voor deze groep, zorgvuldig worden gevolgd.

Volgens Zorgverzekeraars Nederland moeten ten minste 1 miljoen ziekenfondsverzekerden, vooral chronisch zieken en bejaarden, volgend jaar 30% meer gaan betalen voor het ziekenfonds. Volgens diezelfde zorgverzekeraars presenteert het kabinet te rooskleu-

Schouw

rige cijfers. De nominale premie zou niet met € 17 stijgen, maar met € 100. Zo lijken premiestijgingen wel dagkoersen. Geen mens die er nog een touw aan vast kan knopen. Kan de minister ingaan op de laatste stand van zaken? Tot slot heb ik in dit verband nog een vraag over de aanspraak op de no-claimkorting, wanneer mensen door de overheid worden opgeroepen om zich bij hun huisarts te melden voor het een of ander, bijvoorbeeld om zich te laten testen op HIV. Het consult aan de arts is dan gratis, maar het noodzakelijke onderzoek niet. Hoe verhouden deze overheids campagnes om de volksgezondheid te bevorderen, zich dan tot de invoering van dit wetsvoorstel?

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Collega Schouw zegt aan de ene kant dat het nieuwe systeem niet deugt en oneerlijk is ± hij heeft hier dus eigenlijk best veel twijfels over ± maar aan de andere kant concludeert hij dat een en ander dus maar goed gevolgd en gemonitord moet worden. Waarom zegt hij niet gewoon dat wij hiermee moeten ophouden en iets beters moeten verzinnen?

De heer **Schouw** (D66): U moet ook even naar de orde van het debat kijken. Ik ben om te beginnen nog niet tot een conclusie gekomen. Bovendien is dit pas de eerste termijn. Ik heb vrij veel stevige vragen gesteld, waarop ik een aantal klip en klare antwoorden van de minister verwacht. Daarna zien wij wel welke kant wij opgaan en welke politieke conclusie wij hieraan moeten verbinden. Het is een serieus debat over een serieus onderwerp waarover wij een aantal serieuze opmerkingen hebben gemaakt, die overigens voor een belangrijk deel overeenkomen met de opmerkingen van de vorige woordvoerders.

Voorzitter, ik zal nu spreken over de alternatieven. Naar onze smaak gooit de minister een aantal alternatieve modellen om gedragsveranderingen te realiseren, veel te snel overboord. Het klassieke eigenrisicosysteem in bijvoorbeeld België voldoet volgens velen uitstekend en is in zijn uitwerking veel effectiever dan de Nederlandse oplossing van no claim.

Ook herinner ik de minister eraan dat hij in zijn vorige functie van staatssecretaris van Sociale Zaken

was betrokken bij de vormgeving van de nieuwe basisverzekering. Toen werd gekozen voor een eigen risico van € 100. Dat is een beproefd systeem in de huidige particuliere ziektekostenverzekeringen. De IZA-verzekering, waarin alle gemeentelijke en provinciale ambtenaren al jaren zitten, kent een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, ook een beproefd systeem. Kortom, als de invoering van de Zorgverzekeringswet in deze Kamer aan de orde is, zou mijn fractie graag andere systemen voor gedragsbeïnvloeding in overweging willen nemen en een en ander willen afwegen tegen de dan bewezen effecten van de invoering van deze wet.

Afrondend, de fractie van D66 heeft de grootste moeite met deze wet. Het effect ervan moet zich nog bewijzen en de chronisch zieken en gehandicapten lijken de dupe te worden van dit experiment. Het is dan ook belangrijk om de effecten goed te meten en de alternatieven serieus mee te wegen.

De minister heeft aangegeven dat hij zich een vorm van eigen bijdrage ook in het voorstel van de Zorgverzekeringswet voorstelt. Besluitvorming hierover kan volgens mijn fractie pas verantwoord gebeuren als aan drie voorwaarden is voldaan:

1. inzicht in de effectiviteit, gedragsverandering, van de huidige wijziging van de Ziekenfondswet;
2. een geobjectiveerd en systematisch inzicht in de effecten van de alternatieve modellen;
3. inzicht in het effect van uitsluiting van de huisarts in het systeem.

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben het met u eens dat er meer inzicht in de effecten op gedrag moeten komen. De minister is in zijn memorie van antwoord vrij duidelijk: het valt eigenlijk niet te meten. Heeft uzelf een idee van hoe dit zou moeten?

De heer **Schouw** (D66): Dat is nu typisch een vraag die de minister aan mij had kunnen stellen, dus ik heb me erop voorbereid. Ik ben niet degene die een uitwerking geeft van evaluatiemodellen, ik ben wel degene die een opvatting heeft over de iets te gemakkelijke conclusie dat dit soort effecten niet te meten zijn. Ik vind het een zaak van de minister en het departement om het evaluatiemodel uit te werken. Sommige zaken zijn, zoals bekend,

moeilijk te meten, maar voor dat soort methodische problemen zijn oplossingen.

De heer **Putters** (PvdA): Hoe belangrijk is het voor D66 dat hierin überhaupt in een evaluatiemodel inzicht kan worden gegeven?

De heer **Schouw** (D66): Zullen we het antwoord van de minister even afwachten?

De heer **Putters** (PvdA): Volgens mij was het antwoord van de minister vrij duidelijk.

De heer **Schouw** (D66): Ik verwacht dat de minister niet de memorie van antwoord napraat.

□

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Voorzitter. Na de flop van de medicijnknaak en het specialistengeeltje heeft de wetgever een zware bewijslast met betrekking tot de effectiviteit van vergelijkbare kostenbesparende maatregelen. Ook collega's vroegen al naar de effectiviteit. De regering komt niet echt verder dan de verwijzing naar een CPB-onderzoek, dat iets anders onderzocht, namelijk de invoering van een eigenrisicoregeling en niet de invoering van een no-claimregeling. De minister zegt zelf dat iets moet worden afgedaan aan het door het CPB gemeten effect, maar daarmee komen wij niet veel verder. Bovendien is de regeling sinds het CPB-onderzoek danig gewijzigd, nu met name de huisarts niet meer meedoet in de no-claimregeling: een tweede schep die van het beoogde effect zou moeten worden afgehaald.

De voorlopige conclusie moet dus luiden dat op basis van al hetgeen over de no-claimregeling is gezegd, de financiële winst in termen van kostenbesparing volledig op drijfzand is gebaseerd. Als het anders is, hoor ik het graag van de minister in dit debat. Het gaat om ondeugdelijk onderzoek op basis van premissen die niet meer de premissen zijn van dit wetsvoorstel. Overigens is de opbrengst die de minister met heel veel slagen om de arm presenteert niet meer dan een habbekratsje te noemen; dus op drijfzand gebaseerd én een buitengewoon gering bedrag in verhouding tot de totale kosten van gezondheidszorg.

De Wolff

Is dit overigens de reden waarvoor het bedrag van de no-claimregeling niet is vermeld in het wetsvoorstel zelf, maar dat wordt verwezen naar een algemene maatregel van bestuur? Als het om zoiets wezenlijks gaat als de hoogte van de no-claimregeling, zou ik toch menen dat dit in het wetsvoorstel moet worden voorzien. Is de verwachting met zoveel onzekerheden omkleed? En wanneer kunnen we die algemene maatregel van bestuur verwachten?

De terugvalopties van de regering zijn eigenlijk niet veel meer dan in de considerans van het wetsvoorstel staat, namelijk dat de regering beoogt de eigen verantwoordelijkheid van verzekeren te vergroten. Zoals ik net al zei tegen mevrouw Dupuis, ook ik vind dat ieder misbruik van gezondheidszorg moet worden voorkomen. Ik zie dit overigens niet als een uitgewerkte doelstelling bij het wetsvoorstel; de term "eigen verantwoordelijkheid" blijft wat in de lucht hangen, er wordt niet verwezen naar misbruik van gezondheidszorg, wel worden hier en daar wat getallen uit onderzoek genoemd over onnodig gebruik. Ik vraag de minister wat duidelijkheid in die telling te scheppen. Als ik naar de huisarts ga, blijkt dat naderhand meestal onnodig te zijn. Ik ben dan erg blij. Als ik door mijn huisarts wordt doorverwezen naar een specialist, blijkt dat ± gelukkig ± in het algemeen achteraf onnodig te zijn geweest. We hebben in Nederland een systeem van gezondheidszorg waar wij nog altijd trots op kunnen zijn, maar veel mensen gaan naar een arts of specialist opdat ze zich verder geen zorgen hoeven te maken. Ik zou het betreuren als dit wordt gezien als een soort gezondheidszorg die dient te worden bestreden.

Ik hoopte van een hoogleraar medische ethiek wat hardere gegevens te vernemen over misbruik van gezondheidszorg. Mevrouw Dupuis sprak over "ziektewinst", maar kwam helaas ook niet verder dan borreltafelpraatjes.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): In het Tijdschrift voor Geneeskunde is een aantal jaren geleden al gepubliceerd dat bij specialisten sprake is van een interdoktervariatie van één tot acht. Zo'n getal spreekt voor zichzelf, lijkt mij.

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Dat zegt mij nog even helemaal niks. U had het zo-even, ook bij wijze van terugvaloptie, over iatrogene klachten. Dat is toch weer wat anders dan misbruik door patiënten van gezondheidszorg teneinde ziekte-winst te behalen. Maar ook het getal dat u noemde biedt mij nog geen enkele conclusie met betrekking tot misbruik.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is de conclusie: er is te veel sprake van onzin, die vaak niet eens de schuld is van de patiënt. Voor iatrogene schade bestaat tegenwoordig zelfs een tijdschrift, dat is bedoeld om mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg te voeden over de risico's die worden genomen. Het gaat hier om een zeer aanzienlijk aandeel in de klachten van mensen. Dat heeft niets te maken met misbruik, maar met ongepast gebruik. Dat is het probleem.

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Ik wil dat best van u aannemen, maar de vraag is of dit wetsvoorstel ook maar iets bijdraagt aan de vermindering van dergelijk gebruik. Ik heb daar grote twijfels over en zou graag de visie van de minister hierop vernemen: welk soort gebruik, waarvoor mensen zelf verantwoorde-lijk kunnen zijn, heeft hij op het oog, aan welke vermindering denkt hij? In de stukken en ook in de Handelingen van de Tweede Kamer ben ik nog niets van een antwoord tegengekomen.

Die grotere eigen verantwoordelijkheid leidt er wel toe dat alle ziekenfondsverzekerden volgend jaar een bedrag gaan inleggen, nu geraamd op € 67 ± maar ik begrijp dat ook dit nu nog onduidelijk is. Is er al meer duidelijkheid over het bedrag dat zij volgend jaar worden geacht te betalen? Klopt het dat iemand met het geluk van een goede gezondheid dit bedrag driemaal terugkrijgt en dat degenen met de pech van een slechte gezondheid of een huisarts die onnodig onderzoek verricht dat als noodzakelijk wordt gepresenteerd, die inleg kwijt zijn? Ik wil nog wijzen op de manier waarop de minister in de Tweede Kamer heeft gereageerd op een vraag van een woordvoerder van de PvdA. Deze legde de verschillen naast elkaar en zei dat de ene € 63 inlegt en dat geld drie keer terugkrijgt en de ander dit geld inlegt en het niet

eens terugkrijgt. De minister antwoordde hierop in de trant van "echte, ouderwetse jaloeziepolitiek". Ik heb het een aantal malen moeten lezen om tot me door te laten dringen wat de minister nu eigenlijk bedoelde, maar ik ben er niet in geslaagd. Als er staat wat ik erin lees, is dit buitengewoon kwetsend voor mensen die alle reden hebben om jaloers te zijn op mensen met een blakende gezondheid.

Ik denk dat ik de minister niet in onzekerheid hoef te laten over het stemgedrag van mijn fractie ten aanzien van dit wetsvoorstel: het zal geen verbazing wekken dat ik mijn fractie zal adviseren om haar instemming aan dit voorstel te onthouden.

□

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voorzitter. "Wie wijs is, draagt de zotten, Schoon dat ze met haar spotten".

Aan deze versregels van Vader Cats ± in ietwat aangepaste vorm ± moest ik denken toen ik het eerste antwoord van de minister op de door de CDA-fractie gestelde vragen las. Ik had dit overigens al opgeschreven toen mij het berichtje in Trouw opviel over de beschadiging van het schilderij van Vader Cats door degenen die hier met de verbouwing bezig zijn. Maar gelukkig kan het schilderij worden gerepareerd. Misschien ligt het allemaal mooi met elkaar in lijn, omdat we hier in de Eerste Kamer al de nodige reparatievoorstellen hebben behandeld. Maar waarom gebruikte ik deze dichtregels? Omdat de minister in zijn eerste antwoord wel zeer kort door de bocht ging, waardoor aan onze inbreng een tegengestelde inhoud werd gegeven. Immers, de CDA-fractie was en is van mening, dat het aanvaardbaar is om de prikkel ook bij de toegang tot de medische voorzieningen, in casu de huisarts, te leggen. Maar een dergelijke financiële prikkel kan uitsluitend worden ingezet wanneer de uitkomsten ± de lasten ± hiervan op een rechtvaardige wijze worden verdeeld. Dat nu, was niet het geval. De minister kan een en ander vinden op pagina 1 van stuk 29483 D.

Uiteraard zijn wij toch wel enigszins verlegen met de uitkomsten van het debat in de Tweede Kamer. Een no-claimeruggave-regeling moet de beslissing om een

Van Leeuwen

gepast gebruik te maken van de zorgvoorzieningen zeker ook daar leggen waar een keuzemogelijkheid voor de verzekerde/patiënt aanwezig is en dat is bij de gang naar de huisarts. De huisarts als poortwachter schrijft, zo nodig, al dan niet medicijnen of een behandeling voor. Moet de verzekerde/patiënt daarvan vervolgens maar afzien? Dat mogen wij toch niet aanmoedigen? In een latere periode zou dat weleens tot onnodige hogere uitgaven kunnen leiden!

Edoch, de huisarts valt nu niet meer onder de no-claimteruggave-regeling. De minister had ook hiervan aanvankelijk hoge verwachtingen. Verzekerden liepen te veel voor elk wissel naar de huisarts, zo lees ik meermalen, ook in door de minister gegeven interviews. Overigens wordt deze visie niet bevestigd door recent onderzoek: het onnodig gebruik van huisartsenzorg is eerder af- dan toegenomen, althans zo concluderen onderzoekers van NIVEL/RIVM op basis van de Tweede Nationale Studie voor ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. In het kader van dit debat past een uitvoerige beschouwing over deze uitkomsten niet, maar het zou de minister sieren als hij in ieder geval de vraag beantwoordt of hij deze uitkomsten voor zijn rekening wil nemen, met alle consequenties van dien; dan is een langdurige beschouwing wellicht niet nodig. De CDA-fractie heeft in de schriftelijke inbreng opmerkingen gemaakt over de wijze waarop het vervallen van de huisarts uit de no-claimregeling financieel wordt gedekt. Vandaag wil ik niet ingaan op de acute problematiek met betrekking tot de huisartsen. Wij zullen de minister volgen in de wijze waarop hij de besprekingen met de huisartsen al dan niet tot een goed einde brengt.

Er is uit het veld de nodige kritiek ingebracht op het invoeren van de no-claimkorting, waaronder ook de té positieve inschatting van het beoogde winstsaldo, de verzwaring van de administratieve lasten en de lastenverzwaring voor de kwetsbare groepen ± om maar enkele argumenten te noemen. Voor de helderheid, de CDA-fractie verstaat onder "kwetsbare groepen" gehandicapten, chronisch zieken en ouderen met lage tot zeer lage inkomens. Bij collega Van den Berg viel mij op dat hij solidariteit over de hele linie met

zieke burgers verwacht. Ik ga op dit moment geen principiële sociale-zekerheidsdiscussies voeren, maar in mijn schriftelijke inbreng en ook in het debat over de WTG ExPres en het overeenkomstenstelsel heb ik al herhaaldelijk kenbaar gemaakt dat ik geen bezwaar heb tegen eigen bijdragen, ook van gehandicapten en chronisch zieken ± volgens de gehanteerde termen ben ik dat zelf ook ± met hoge inkomens. Ook gehandicapten met hoge inkomens kunnen aan de eigenbijdrageregeling een bijdrage leveren. Ik kom hier nog op terug.

Voor de CDA-fractie speelt ook nog een ander aspect mee. Een no-claimkorting doet denken aan een no-claimkorting op een ander terrein. Gezondheidsschade is echter van een totaal andere orde dan, bijvoorbeeld, blikshade. Overigens heeft de minister wel geprobeerd om op creatieve wijze met de diverse bezwaren om te gaan, door in ieder geval zijn keuze met een aantal, soms zeker steekhoudende argumenten te onderbouwen. Wel vraagt de CDA-fractie zich nog steeds af of bij de no-claimteruggaveregeling in de voorgestelde vorm zal worden voldaan aan de voorwaarden om metterdaad de zorgconsumptie terug te dringen, anders dan dat een gezonde verzekerde een financieel voordeeltje toevalt. Deze gezonde verzekerde maakte immers al geen gebruik van de medische voorzieningen. Aan de waarschuwingen van prof. Schut in de Staatscourant van 26 augustus jongstleden wordt door de minister onvoldoende aandacht gegeven. Ook het negatieve jongste advies van de RVZ wordt terzijde gelegd, hoewel hierin behartigenswaardige aanbevelingen worden gedaan om burgers bewuster met hun gezondheid te doen omgaan. Toch, een botte afwijzing zonder hier andere alternatieven tegenover te zetten, volstaat ook niet. De CDA-fractie zal zich dan ook inzetten om op termijn alternatieven aan te dragen.

Mevrouw **De Wolff** (GroenLinks): Voorzitter. Je zou kunnen zeggen dat dit wetsvoorstel twee doelstellingen beoogt: kostenbesparing en de verschuiving van verantwoordelijkheid. Ik hoorde mevrouw Van Leeuwen zo-even kritisch ingaan op de eerste. Zou ik het zo mogen samenvatten, dat de voorgestelde maatregel voor haar alleen aanvaard-

baar is als beide doelstellingen worden gediend en niet alleen de tweede? Of heb ik haar woorden misverstaan?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik denk dat u mijn woorden misverstaan heeft, want tegen de verschuiving van de verantwoordelijkheid heeft de CDA-fractie geen bezwaar, mits de uitkomsten van een regeling voor het dragen van eigen verantwoordelijkheid de toets der kritiek van solidariteit kan doorstaan. Ik heb dat vaker gezegd en zal hier ook op terugkomen bij mijn voorstellen. Wij vinden het vanzelfsprekend dat het ook een besparingsmotief heeft en een volume-effect. Ik heb dit in de verhalen van vandaag te veel gemist. Ik wijs met nadruk op het meer-sporenbeleid in vele EU-landen. Ik zal een en ander in mijn verdere betoog inbedden.

De CDA-fractie beseft ± en daarom valt dit betoog mij moeilijk ± dat het jaar 2005 voor de aanvaarding van dit wetsvoorstel min of meer als een verloren jaar moet worden beschouwd. Ik voeg er wel aan toe dat er, juist voor de groep waarvoor de CDA-fractie wil staan, voldoende fiscale ruimte is om gestegen kosten onder te brengen. Het wetsvoorstel afstemmen is voor de CDA-fractie dan ook moeilijk, mede gelet op de financiële gevolgen daarvan. Een ander voorstel dat tot een novelle moet leiden, is slechts mogelijk voor de langere termijn, zeker nu het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is aanvaard. Wij zagen echt geen kans om hetgeen wij beogen, op zeer korte termijn te realiseren. Verder was van belang dat een verplicht eigen risico wel eens de andere uitkomst zou kunnen zijn, wat zeer kwalijke gevolgen zou hebben voor juist die categorieën. Ik heb daar niemand over gehoord. Ik heb wel horen spreken over eigen betalingen, maar in vele landen geldt een verplicht eigen risico. Dat zou hier uitgekomen zijn op € 250 per jaar en daarom veel schadelijker zijn dan de huidige regeling. Ik vind dit echt een verdienste van de minister. Ik heb mijn bedenkingen reeds geuit, maar je moet dan ook wel staan voor een alternatief.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Mevrouw Van Leeuwen zei dat het moeilijk is voor de CDA-fractie om het wetsvoorstel af te

Van Leeuwen

stemmen, mede vanwege de financiële gevolgen. Maar moeilijke beslissingen moeten nu eenmaal wel eens worden genomen. Wanneer is afstemmen voor haar wel een optie?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb me goed gerealiseerd dat voor de categorie waarvoor wij staan, de chronisch zieken en gehandicapten met lage tot zeer lage inkomens, nog ruimte bestaat in de twee hiervoor bestemde fiscale regelingen. Ik probeer voor volgend jaar een ander voorstel op tafel te leggen, waardoor we er misschien op de langere termijn blijvend uitkomen. Er zijn natuurlijk andere mogelijkheden en daarop kom ik terug in mijn verdere betoog, maar ik sta erop om mijn eerste voorstel goed op tafel te leggen. Ik vraag de minister voor 2005 alleen nog of hij, naast de fiscale regelingen en gelet op de jongste uitkomsten over het koopkrachtbeeld, de discussie met zijn collega's wil aangaan over de vraag of dit er echt zal uitkomen op de wijze die is voorgesteld, of dat er andere oplossingen moeten worden bedacht. Nogmaals, ons is het er vooral om te doen dat de meest kwetsbare groepen door deze no-claimkorting niet extra in moeilijkheden komen. De CDA-fractie wil er overigens nog eens uitdrukkelijk op wijzen dat een verplicht eigen risico voor de kwetsbare groepen veel ingrijpendere gevolgen zal hebben. Wij willen onze inzet voor 2006 en later dan ook inbedden in een beschouwing over de noodzaak van eigen betalingen en de mogelijke oplossingen.

In "Exploderende uitgaven" ± een signalement van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg van maart 2003 ± komt ook een belangwekkende passage voor over nut en noodzaak van de eigen betalingen. In dit signalement wordt allereerst geconstateerd dat de zorguitgaven stijgen en zullen blijven stijgen. Er zal dan ook "iets" moeten gebeuren. De RVZ zoekt dat in een nieuwe vorm van uitgavenmanagement. Daarmee ben ik het van harte eens, maar in dit kader komen ook de eigen betalingen in beeld, zowel in de vorm van eigen bijdragen als van eigen risico. Eigen betalingen, die ook kunnen worden gecompenseerd door fiscale maatregelen, is de aanbeveling van de RVZ. Ik kom daar nog op terug.

Het is duidelijk dat er verschillende motieven voor de introductie van eigen betalingen kunnen worden genoemd. De RVZ gaat van drie motieven uit: remgeld, een vorm van medefinanciering en verrekening van elders door de verzekerde bespaarde kosten. De RVZ ziet de eigen betalingen vooral als een onmisbaar middel om de vraagsturing vorm te geven. Met behulp van eigen bijdragen kan een reële vraagzijde worden gecreëerd. Dat is op zich juist, maar zeker in de thans gekozen oplossing, de no-claimteruggaveregeling als een bijzondere vorm van eigen risico, is dit voor bepaalde groepen bepaald zeker geen middel om de vraagsturing vorm te geven. Niettemin kan het nut en de noodzaak van eigen betalingen alsmede een oplossingsrichting voor de uitgavenproblematiek niet worden ontkend, zeker ook niet in vergelijking met andere Europese landen. Het rapport "Financiële bouwstenen zorg" uit februari 2003 heeft dat ook overtuigend aangetoond.

Het aandeel eigen betalingen in de uitgaven aan de gezondheidszorg was in Nederland in 1998 het laagst, te weten 6%, met een variatie van 6 tot 26% in de andere Europese landen, dat zich in een gemiddelde van krap 16% laat vertalen. In de studie "Eigen betalingen in perspectief" van het departement wordt op deze materie dieper ingegaan, zeker ook in de vergelijking met landen als België en Frankrijk. De diverse in dit rapport gestelde vragen werden toen nog niet beantwoord, maar wel als openstaande vragen samengevat. Ook thans nog zijn deze niet allemaal helder door het kabinet beantwoord. Daarom worden deze vragen nog maar eens weergegeven: wat zijn eigenlijk de motieven achter eigen betalingen, voor welke verstrekkingen gelden deze, welke vorm van eigen betalingen wordt gekozen, welk niveau krijgen de eigen betalingen en voor wie dient de overheid extra maatregelen te treffen? Met een beetje goede wil is op sommige van deze vragen wel in de diverse stukken in beperkte zin ingegaan, maar zeker niet op de laatste, zo belangrijke vraag. In ieder geval zal de verzekerde ± voordat een definitieve keuze als onderdeel van het nieuwe zorgstelsel wordt bepaald ± inzicht in de zorgkosten moeten hebben. Ook de RVZ denkt in

deze richting met de conclusie, dat de eigen betalingen vooral een onmisbaar middel zijn om vraagsturing vorm te geven, zoals ik reeds eerder heb gememoreerd. Aan instrumenten als transparantie van de zorgkosten wordt inmiddels hard gewerkt.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Is de CDA-fractie van mening dat de informatie- en registratiemomenten in deze regeling voldoende zijn om de patiënt daadwerkelijk meer inzicht te geven om keuzes te maken?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik dacht dat ik dit al impliciet heb gezegd. Ik denk dat we dit niet deze minister kunnen verwijten. In acht jaar paarse gezondheidszorg is er immers nauwelijks aan gewerkt. Er is wel met de mond beleden dat de patiënt meer vraagsturing moet kunnen waarmaken, maar er is nooit invulling gegeven aan de instrumenten die de patiënten daarvoor nodig hebben. Daarmee wordt nu een begin gemaakt. Ook Keulen en Aken zijn niet op één dag gebouwd. Maar om een antwoord op uw vraag te geven: nee, dit is op dit moment niet het geval, maar deze minister heeft wel duidelijk een aantal stappen naar de toekomst gezet.

De heer **Putters** (PvdA): Bent u dan ook met mij van mening dat de administratieve lasten van deze regeling, wanneer deze wordt uitgebouwd, ernstig zullen toenemen en dat de "lage" administratieve lasten die de minister voorspiegelt bij deze regeling, uiteindelijk vergelijkbaar zullen zijn met andere vormen van eigenbijdragebetalingen? Ze zullen dus niet zo laag uitvallen als de regering voorstelt.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik heb er ook mijn twijfels over dat het allemaal zo laag zal uitvallen als de minister voorstelt. Hoe dan ook, alle literatuur toont aan dat elke vorm van eigen risico ± verplicht, vrijwillig, eigen betalingen en ook deze regeling ± administratieve lasten meebrengt. We kunnen daar niet omheen. Dat ga ik niet verdoezelen en dat heeft de minister ook niet gedaan. Het gaat om de vraag of zijn inschatting goed is. Ik vind die vraag verschrikkelijk moeilijk, want ook bij andere regelingen viel pas achteraf te constateren hoe zij in de praktijk

Van Leeuwen

uitvielen. Voor mij is dat overigens geen reden om tegen deze regeling nee te zeggen, want een verplicht eigen risico en zeker eigen betalingen zullen ook extra administratieve lasten meebrengen.

De heer **Schouw** (D66): Ik wil toetsen of wij dit op dezelfde manier zien. Mijn redenering is: no claim is eigenlijk een gedragsexperiment, we moeten goed weten wat het oplevert; voor de toekomst moeten alternatieven systematisch in kaart worden gebracht, zodat een afgewogen oordeel mogelijk is. Beluister ik dit ook bij de CDA-fractie?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik moet helaas constateren dat ik het niet helemaal eens ben met uw verhaal over gedragsbeïnvloeding. Ik kom straks nog te spreken over het IZA-systeem. Het is verschrikkelijk moeilijk om aan te tonen welk effect uitgaat van eigen betalingen en eigen risico. Uit onderzoek wordt wel duidelijk dat pas bij een heel hoog verplicht eigen risico ± waar u en ik niet voor zijn ± de effecten het best aantoonbaar zijn en het is daarbij ook nog de vraag of je met die effecten zo blij moet zijn. Over de alternatieven kom ik nog te spreken.

De CDA-fractie zal zich dus niet principieel verzetten tegen enigerlei vorm van eigen betalingen. Het is immers noodzakelijk ± voor ons is dat een duidelijk uitgangspunt ± om de autonome opwaartse druk op de kosten van de volksgezondheid af te remmen. Een zwaardere nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden om slechts een gepast gebruik te maken van medische voorzieningen kan hierbij ± als een van de instrumenten ± niet worden uitgesloten. De CDA-fractie verbindt aan de uitwerking van een systeem van eigen betalingen evenwel een duidelijke randvoorwaarde: de kwetsbare groepen, zoals chronisch zieken en gehandicapten met lage inkomens, dienen hierdoor niet onevenredig zwaar te worden getroffen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Als ik u goed begrijp, zal transparantie van zorgkosten volgens u verzekerden in de gelegenheid stellen om een betere keuze te maken; ze zullen dan gemakkelijker kiezen voor minder dure zorg. Mevrouw Dupuis wees echter op de grote hoeveelheid onnodige zorg.

Krijg je daar wel zoveel grip op? In hoeverre speelt dit bij u een rol?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Die opmerking over transparantie heb ik gemaakt in de context van wat wij de afgelopen weken hebben besproken. Als straks de patiënt/verzekerde van zorgverzekeraar wil veranderen, moet hij inzicht hebben in de kosten. Hij moet echter ook inzicht hebben om zich te realiseren hoe duur alles is. Zo ben ik zelf pas werkelijk bewust geworden van wat ik kostte aan gezondheidszorg toen ik op de rekening zag wat mijn behandeling voor kanker heeft gekost. Voor mij was dit echt een eye-opener. Natuurlijk moeten die kosten worden betaald, maar op gebieden waar wel besparingen kunnen worden behaald, bijvoorbeeld niet-noodzakelijke medicijnen of medische voorzieningen, is best enige winst te behalen. Ook medici moeten worden aangespoord tot doelmatiger handelen. Ik zoek het dus niet alleen bij de patiënten/verzekerden, maar ook bij de aanbieders van zorg. Aan mij kan echter niet de uitspraak worden ontlokt dat zoveel patiënten onnodig naar de dokter lopen. Ik herinner slechts aan een proefschrift dat indertijd een diepe indruk op mij maakte, waaruit bleek dat zelfstandigen, zeker agrariërs, bijna niet naar de dokter gingen omdat dit geld kostte. Je krijgt dan later altijd extra kosten, je kunt beter op tijd naar de huisarts gaan. De huisarts blijft de poortwachter. Maar het is beter een keer te veel naar de huisarts te gaan, want dat kan veel erger voorkomen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Ik heb hier altijd een beetje moeite mee. U zei zelf al dat u zo bent geschrokken van uw eigen rekening. Het is natuurlijk belangrijk dat mensen dit weten, maar nierdialyse, chemotherapie, bestraling of levertransplantaties kosten allemaal enorme bedragen. Het is pijnlijk om mensen die zo'n behandeling moeten ondergaan, ook nog te vertellen dat die veel geld kost. We moeten ervoor waken dat we ook nog allerlei schuldgevoelens gaan opleggen. Laten we er trots op zijn dat dit soort behandelingen kunnen gebeuren!

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Ik antwoord hierop dat ik op een buitenlands congres heb gesproken

over de schuldvraag rond kanker ± in hoeverre kun je daar zelf iets aan doen? ± en over hoe gevaarlijk het is om mensen met zo'n vraag op te zadelen. Zo heb ik het dus duidelijk niet bedoeld. Maar als wij willen dat niet alleen mensen met een dikke portemonnee, maar iedereen moet kunnen profiteren van alle nieuwe medische mogelijkheden, dan dragen wij de verantwoordelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg ook voor de toekomst beheersbaar te houden.

In Nederland heeft metterdaad enkele jaren een eigen bijdrage-regeling, geënt op het IZA-systeem, bestaan. Deze regeling werd echter als te ingewikkeld ervaren en ging gepaard met veel administratief verkeer, met gevolgen voor de uitvoeringskosten en de administratieve lasten. Bij de afschaffing werd echter niet overwogen of deze vorm vanuit patiënten- en verzekerdersperspectief toch niet was aan te bevelen. Een eigenbijdrage-regeling betekent altijd een zekere toename van de uitvoeringskosten, waaronder de administratieve lasten en het inningsrisico, zij het zeker niet meer dan bij, bijvoorbeeld, een eigen risico. Het kabinet heeft echter niet gekozen voor het invoeren van een verplicht eigen risico, maar voor een no-claimteruggaveregeling, waarbij de verzekerde geld krijgt uitgekeerd als hij geen of minder zorgkosten maakt. Dit wordt als een positieve stimulans beschouwd. Afgewogen tegen de uitkomst voor de chronisch zieken en gehandicapten mag hier echter bepaald niet van een positieve stimulans worden gesproken. Het is een psychisch belastende regeling, waarvan deze groep verzekerden niet of nauwelijks zal kunnen profiteren.

De vraag is bovendien ook of deze regeling aan de internationale maatstaven zal voldoen. Hoewel allerhande zekerheden door de minister zijn ingebouwd, is het wachten toch op het oordeel van de toezichthoudende organen in internationaal verband. Zijn we toch niet in strijd met de IAO-verdragen 102 en 121 en met de Europese Code, waar het een belasting van de eerdergenoemde groepen betreft die niet voortvloeit uit de zorgkosten als zodanig?

Verder zal voor de toekomst ± vanaf 2006 ± ook rekening moeten worden gehouden met het feit dat het nieuwe stelsel niet uitsluitend een naturastelsel zal zijn zoals voor

Van Leeuwen

de huidige ziekenfondswet geldt, maar evenzeer mogelijkheden tot restitutie van zorgkosten zal bieden met de nodige consequenties voor de administratieve lasten. Dit kan eveneens gevolgen hebben voor de uitvoering van de nu gekozen regeling.

De invoering van de Zorgverzekeringwet in combinatie met de Wet op de zorgtoeslag vraagt ook anderszins om een herbezinning op de no-claimteruggaveregelingsregeling als zodanig. Het kabinet erkent immers dat er voor verzekerden/patiënten individueel nadelen zullen kunnen ontstaan. Al dan niet gecumuleerd met andere maatregelen, kunnen deze verzekerden dan een beroep doen op de bestaande tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven dan wel de fiscale buitengewone uitgavenregeling. Tot dusverre is echter gebleken dat beide regelingen, evenals in een aantal opzichten de bijzondere bijstand, niet werken overeenkomstig de beoogde bedoelingen, dat wil zeggen ondersteuning van kwetsbare groepen met lage inkomens.

De leden van de CDA-fractie vragen de minister om te onderzoeken of met ingang van 1 januari 2006 in ieder geval deze fiscale tegemoetkomingen niet kunnen worden verdisconteerd in de zorgtoeslag, evenzeer een fiscale regeling. Dat zal deze categorie verzekerden een grotere zekerheid op de te verkrijgen tegemoetkoming geven voor het geval de no-claimteruggaveregelingsregeling toch zou worden gehandhaafd. Hierdoor ontstaat er ook een meer rechtvaardige regeling. Ik heb graag een duidelijke toezegging dat de minister tot dit onderzoek bereid is, uiteraard met de bedoeling om deze wijziging ook metterdaad door te voeren per 1 januari 2006. Immers, wanneer niet op deze wijze een oplossing wordt gevonden, zitten wij blijvend vast aan een regeling waarvan de CDA-fractie de uitwerking niet aanvaardbaar vindt. De CDA-fractie hoopt van harte dat het zover niet zal komen. In feite moet het wel leiden tot aanvaarding van ons voorstel. Anders staan wij immers voor de noodzaak om van systeem wisselen.

De heer **Schouw** (D66): Zegt de CDA-fractie dat er straks een no-claimregeling komt en blijft, of vraagt zij het kabinet zich te herbezinnen op die no-claimregeling

en alternatieven voor de toekomst te ontwikkelen? Het lijkt mij met name op die laatste twee punten gewenst dat de CDA-fractie niet lijdzaam afwacht of het kabinet al dan niet komt met een no-claimregeling, maar daarin ook zelf stelling neemt. Ik zou van de CDA-woordvoerder willen weten hoe hard die stelling is.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Voor het CDA is het een werkelijkheid dat in de Tweede Kamer de no-claimteruggaveregelingsregeling is aanvaard. Daarmee rekeninghoudend, kunnen wij voor 2005 alleen maar aan de minister vragen om de uitkomst nog eens in het kabinet te bespreken. Voor 2006 heb ik als voorwaarde op tafel gelegd dat de minister toezegt te onderzoeken of de twee fiscale regelingen opgenomen kunnen worden in de zorgtoeslag, met uiteraard de daarbij passende verhoging. Daardoor wordt het mogelijk dat mensen in de kwetsbare groepen dit zonder meer vergoed krijgen, zonder dat zij allerlei pijnlijke aanvragen en dergelijke moeten doen. Ik ga ervan uit dat de no-claimregeling blijft bestaan. Voor het onverhoopte geval dat de minister zegt dat dit niet gebeurt, heb ik een tweede optie. Ik kom daarop terug.

Wij zeggen het op deze manier vanwege de uitvoeringstechnische problemen. Als wij over dit soort zaken praten, valt mij steeds weer op dat Kamerleden denken dat het een fluitje van een cent is om van jaar tot jaar op nieuwe systemen over te gaan. Ik had die no-claimregeling ook liever niet gezien, maar het is nogal wat om in 2006 weer te veranderen. Als de minister bij de behandeling van de Zorgverzekeringwet en de zorgtoeslag niet met een harde toezegging komt in lijn met mijn voorstel, heb ik nog wel een tweede optie. Ik zal proberen die duidelijk te maken.

De heer **Putters** (PvdA): Ik ben het met mevrouw Van Leeuwen eens dat wij niet zomaar systemen kunnen veranderen. Zij gebruikt echter wel de term "niet aanvaardbaar". Dat is nogal wat. Als de minister daar dus geen werk van maakt, is deze regeling voor de CDA-fractie niet aanvaardbaar?

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Als dat niet gebeurt, vind ik inderdaad dat wij moeten spreken over een andere regeling voor 2006. Ik dacht dat dit duidelijk was. Ik heb eerlijk toegegeven dat ik voor 2005 geen mogelijkheden zie, maar voor 2006 hebben wij dit hard op tafel gelegd.

Voor dat onverhoopte geval heeft de minister al toegezegd het VVD-voorstel in studie te nemen. Daarin wordt een no-claimteruggaveregelingsregeling voorgesteld met een indeling in groepen naar leeftijd en geslacht. Welnu, daaraan voeg ik een alternatief toe, namelijk een onderzoek naar het IZA-systeem. Dat systeem zou qua uitvoering beter passen in het nieuwe zorgstelsel en heeft bovendien het grote voordeel dat het de categorie verzekerden/patiënten op een meer evenredige wijze laat bijbetalen. Het argument dat het hier om inkomenspolitiek gaat, kan bij de komst van het nieuwe zorgstelsel zeker niet meer gelden nu de inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage eveneens blijft gehandhaafd en er gelukkig is afgestapt van een volledig nominaal zorgstelsel.

Mevrouw de voorzitter. Ik hecht eraan hier op te merken dat ik al enkele jaren geen voorzitter meer ben van IZA, anders zou ik dit alternatief hier niet naar voren durven te brengen. De publiekrechtelijke regelingen waaronder het IZA-systeem, bevatten elk voor zich voldoende prikkels in het kader van het verstrekkingspakket en de vergoedingslijst voor het beleven van de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden, zowel via het restitutiestelsel als via een kleine eigen bijdrage voor de meeste verstrekkingen, de ziekenhuiskosten uitgezonderd. Met die opzet worden de verzekerden in ieder geval steeds geconfronteerd met de eigen individuele ziektekosten, in de verwachting dat hierdoor hun kostenbewustzijn zal worden bevorderd. Om in het kader van de eigen bijdragen ongewenste cumulatie te voorkomen, wordt bij excessief hoge ziektekosten in enig jaar de 1%-regeling toegepast. Dat wil zeggen dat het maximum voor in één jaar te betalen eigen bijdragen is gerelateerd aan de draagkracht van de verzekerden. Het totaal aan eigen bijdragen wordt uitgedrukt in een percentage: 1% van het bruto-inkomen. Dat wil zeggen dat de eigen bijdragen in één jaar boven de

Van Leeuwen

1% van het bruto-inkomen eveneens worden gerestitueerd. Dat is een volstrekt rechtvaardig stelsel dat al jaren zijn waarde heeft bewezen en ertoe heeft geleid dat er met zeer scherpe premies gewerkt kan worden.

Nogmaals, de CDA-fractie vindt dat wij aan de uitvoering van deze studies niet moeten willen toekomen, omdat het opnieuw een systeemwijziging zou inhouden. De CDA-fractie gaat ervan uit dat de minister in positieve zin aan ons eerste voorstel tegemoet zal willen komen. Immers, van de van jongs af aan gehandicapten en chronisch zieken kan en mag geen solidariteit worden verwacht. Veelal komen zij in de Wajong terecht. Degenen die gezond zijn, dienen juist met hén solidair te zijn. Voor mensen die op latere leeftijd chronisch ziek of gehandicapt zijn geworden, geldt dat zij tot die tijd ook solidariteit hebben betracht. Het hangt dan van hun inkomen af, of deze solidariteit alsnog van hen kan worden verwacht. Een oplossing binnen de zorgtoeslag doet aan beide groepen recht, waarbij deze kwetsbare groepen, in combinatie met lage tot zeer lage inkomens, hiermede het meest zijn gebaat.

Tot slot heb ik nog een opmerking van zeer technische aard. Ik ben daar pas op het laatste moment achter gekomen. Wij behandelen vandaag namelijk twee wetsvoorstellen: wetsvoorstel 29850 dat reeds als hamerstuk is afgehandeld en wetsvoorstel 29483, waarover wij thans spreken. Het is mij gebleken dat in beide voorstellen aan artikel 31 een nieuw punt wordt toegevoegd. Dit punt heeft in beide wetten de letter P gekregen. Er kan er echter maar één een P krijgen, het andere moet R worden. Ik vraag de minister, alsnog die wijziging te laten aanbrengen in dit wetsvoorstel. Ik vraag hem dan tevens, even na te gaan welke letter het amendement-De Wit (29760, nr. 28) krijgt. Naar mijn mening heeft dit amendement nog geen letter gekregen. Wij kunnen misschien de R krijgen en het amendement de S. Als dat niet gebeurt, zit er weer een technische fout in het wetsvoorstel.

De heer **Schouw** (D66): Ik heb ook gepleit voor alternatieven. Wij hebben daarover een interruptiedebatje gevoerd, waarbij mevrouw Van Leeuwen wat moeilijk deed. Zij noemt in haar bijdrage een

fantastisch alternatief, namelijk het IZA-systeem. Ik wil dat van harte steunen.

Mevrouw **Van Leeuwen** (CDA): Nee, mijnheer Schouw. Ik zeg voor de derde keer heel nadrukkelijk dat de CDA-fractie opteert voor de eerste oplossing, namelijk het onderbrengen van de fiscale regelingen in de zorgtoeslag. Alleen als het kabinet daar niet uitkomt maar dat verwacht ik niet, ga ik over op de alternatieven.

De beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De behandeling van dit wetsvoorstel wordt voortgezet na de behandeling van de wijziging van de Gemeentewet. Zoals het er nu uitziet, zal dat ongeveer om 14.30 uur zijn.

De vergadering wordt van 12.25 uur tot 13.30 uur geschorst.

Aan de orde is de **stemming** over twee moties, ingediend bij de **behandeling van het Belastingplan 2005**, te weten:

- de motie-Thissen c.s. inzake het instellen van een lastenplafond voor huishoudengroepen met een laag inkomen en verminderde koopkracht (29767, 29758, D);
- de motie-Van Driel c.s. over een redelijke overgangsregeling voor particulieren met een grijs kenteken (29767, 29758, E).

(Zie vergaderingen van 13 en 14 december 2004.)

De **voorzitter**: Ik geef gelegenheid tot het afleggen van een stemverklaring vooraf over de motie-Thissen c.s.

De heer **Essers** (CDA): Voorzitter. Aangezien de CDA-fractie evenals het kabinet lastenmaximering hoog in het vaandel heeft staan en zij het beleid van het kabinet op dit punt nauwgezet volgt, de discussie thans volop in de Tweede Kamer wordt gevoerd, mede op initiatief van mevrouw Verburg van de CDA-fractie, heeft de CDA-fractie op dit moment geen behoefte aan deze motie. Om die reden zal zij dan ook tegen de motie stemmen.

In stemming komt de motie-Thissen c.s. (29767, 29758, D).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, GroenLinks en de SP voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

Ik geef gelegenheid tot het afleggen van een stemverklaring vooraf over de motie-Van Driel c.s.

De heer **Essers** (CDA): Voorzitter. Gelet op het feit dat de nieuwe regeling voor het grijs kenteken eerst over een halfjaar zal ingaan; en gelet op de vorige week door de staatssecretaris van Financiën in deze Kamer gedane toezeggingen met betrekking tot in de eerste plaats het behouden blijven van het grijs kenteken voor alle gehandicapten die als gevolg van hun handicap zijn aangewezen op een auto met een grijs kenteken; in de tweede plaats het niet met BPM belast zijn van de verkoop van een bestelauto door een particulier aan een ondernemer, ook als dit na 1 juli 2005 geschiedt, waardoor bij de vaststelling van de verkoopprijs van een dergelijke auto geen waarde-drukkende effect uit zal gaan van de BPM; en in de derde plaats dat de Belastingdienst er streng op zal toezien dat geen nieuw onbedoeld gebruik van de regeling wordt gemaakt door BTW-ondernemers, zal de CDA-fractie tegen deze motie stemmen. Daarbij is tevens in aanmerking genomen dat een overgangsregeling generiek van aard dient te zijn, terwijl zich in de praktijk een grote diversiteit aan gevallen voordoet. Tevens kan elke overgangsregeling in dit kader er weer toe leiden dat nieuwe ongelijkheden ontstaan.

In stemming komt de motie-Van Driel c.s. (29767, 29758, E).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de PvdA, GroenLinks, de SP, de ChristenUnie en de SGP voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

Ik geef kort het woord aan de heer Jurgens.

De heer **Jurgens** (PvdA): Voorzitter. Vorige week hebben wij een uniek debat gehad over de uitleg van artikel 137 van de Grondwet. Voor de