

11

Ongewijzigd laten verplicht eigen risico

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021 (34929).**

De voorzitter:

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van wetsvoorstel 34929, Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021.

De beraadslaging wordt hervat.

De voorzitter:

Voor het antwoord van de regering is het woord aan de minister voor Medische Zorg en Sport. Gaat uw gang.



Minister Bruins:

Voorzitter, hartelijk dank. Het kabinet hecht groot belang aan betaalbare zorg voor iedereen. Goede gezondheid is van groot belang voor mensen en voor onze samenleving. In Nederland heeft iedereen recht op goede zorg en ondersteuning. Daar betalen we allemaal aan mee via belastingen, premies en eigen betalingen. De zorg en de ondersteuning in Nederland zijn daardoor in hoge mate gebaseerd op solidariteit van mensen die weinig zorg gebruiken met mensen die veel zorg ontvangen. Daarbij wordt rekening gehouden met draagkracht.

Voorzitter. Het wetsvoorstel dat wij heden bespreken, versterkt de solidariteit in ons zorgstelsel. Met dit wetsvoorstel wordt het eigen risico in de jaren 2019, 2020 en 2021 bevroren op €385. Hierdoor is het eigen risico in 2021 €60 lager dan zonder dit wetsvoorstel het geval zou zijn geweest. Zonder die bevroering zou het dus €445 zijn en nu is het €385. Om het nog even ingewikkelder te maken: als wij geen hoofdlijnenakkoorden hadden gesloten en als wij geen maatregelen hadden genomen op het gebied van geneesmiddelen, was die €445 €460 geweest. In het voorliggende wetsvoorstel is de bevroering nu op €385 bepaald. Voor mensen die hun eigen risico volmaken, waaronder veel chronisch zieken, pakt dit wetsvoorstel voordelig uit. Het gaat daarbij om ruim 6 miljoen mensen, 47% van de verzekerden.

Dan de financiering, waar u vanmiddag allemaal over heeft gesproken. Het bevroeren van het eigen risico wordt gefinancierd door het verhogen van de nominale premie met €34 in 2021. We betalen dus allemaal een beetje extra om het eigen risico te kunnen bevroeren. Om die €34 uit elkaar te pluizen: €29 daarvan is de daling van het gemiddelde eigen risico en €5 is de verhoging van de zorgtoeslag, want die moet ook betaald worden.

Voorzitter. Met dit wetsvoorstel hebben mensen met een laag inkomen die ook zorgkosten hebben, ook profijt van deze maatregel. U kunt dat allemaal nog eens zien in een

staatje op pagina 2 van de memorie van toelichting. Die memorie van toelichting vermeld ik, omdat de heer Flierman vroeg of de titel van het wetsvoorstel wel goed gekozen is. Daarbij gaat het namelijk alleen over het bevroeren van het eigen risico, maar daar staat niet bij dat de nominale premie dan omhoog moet; het was misschien wel beter geweest om dat toe te voegen. Het is een beetje een flauw antwoord om te zeggen dat je dan een lange titel krijgt, maar het één hoort natuurlijk wel bij het ander.

Voorzitter. Met dit wetsvoorstel dragen gezonde mensen een beetje extra bij voor de zieke mensen op een manier die voor iedereen betaalbaar is. Daarmee is dit dus een heel solidaire maatregel.

Voorzitter. Ik wil het niet ingewikkelder maken dan het al is. Ik zal de verschillende sprekers langslopen aan de hand van de vragen die zij aan mij hebben gesteld. Soms zal daar een dubbeling in zitten, maar dan zal ik mij beperken.

De eerste spreker vanmiddag was de heer Van Kesteren van de PVV. Hij sprak over het afschaffen van het eigen risico en vroeg of de minister de mening deelt dat het eigen risico verlaagd of afgeschaft moet worden. Nee, dat standpunt deel ik niet. Het afschaffen van het eigen risico zou in 2021 een bedrag in de orde van grootte van 4,5 miljard kosten. Dat is een bak geld. Dat kunnen we dan niet uitgeven aan andere dingen. Daar kunnen we dan geen banen voor organiseren.

Ik hoor iets over een ander onderwerp, maar ik spreek gewoon door, voorzitter.

Natuurlijk kun je zeggen dat je het niet hoeft af te schaffen, maar ook kunt verlagen. Dat heeft allemaal consequenties voor werkgelegenheid. De SP heeft een paar jaar geleden al eens haar zorgpakket, waarin het afschaffen van het eigen risico een van de maatregelen was, laten doorrekenen. Het effect op de werkgelegenheid was 45.000 voltijdse banen. Als je het als solitaire maatregel beoordeelt, zullen het er bij het afschaffen van het eigen risico misschien niet 45.000 zijn, maar het zullen wel vele duizenden banen zijn. Een concreter antwoord heb ik niet. Deelt de minister de mening dat het eigen risico verlaagd of afgeschaft moet worden? Nee, die mening deel ik niet.

Dan het punt van de zorgmijding. Deelt de minister het standpunt van de PVV dat het remeffect bij de huisarts moet liggen in plaats van bij de burger en dat de kwaliteit van de zorg dan beter wordt en dat het geen kostenverhoging betekent? Nee, ook die mening deel ik niet. Ik denk dat het remeffect op z'n best bij burger en huisarts samen ligt, maar het ligt in ieder geval ook bij de burger als zijnde de premiebetaler. Door het gebruikmaken van het eigen risico denk ik dat er bewustzijn is, blijft of ontstaat bij de burger om te kijken of die zorg ook noodzakelijk is. Dat gaat al over de gang naar de huisarts, maar dat geldt ook voor het moment dat je van de huisarts terugkomt en een receptje in je hand hebt en denkt: nou ja, misschien is het toch niet nodig om dat receptje te verzilveren bij de apotheek. Ik spreek hier geheel en al uit eigen ervaring. Bij de familie Bruins hebben wij een prikker in de kast staan met allemaal niet-geconsumeerde recepten, als ik het zo mag uitdrukken. Nou wil ik mezelf niet als de maat der dingen beschouwen. Ik denk ook dat we als zorg noodzakelijk is, zorgmijding willen voorkomen, maar dan gaat het over noodzakelijke zorg. Ik kom daar straks nog even op.

Een andere vraag was: wanneer gaan de alarmbellen bij de minister rinkelen over zorgmijding door het eigen risico? Ik herhaal dat ik het onwenselijk vind dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg. Daarom is er bij voortduring aandacht voor dit onderwerp. Er zijn tal van maatregelen om de financiële toegang tot de zorg te borgen; niet allemaal via het bevriezen van het eigen risico dat wij vanavond bespreken. Ik noem een paar financiële maatregelen om de toegang tot de zorg te borgen. Denk aan de zorgtoeslag, denk aan zorgvormen die zijn uitgezonderd van het eigen risico, zoals de huisartsenzorg en de zorg voor 18-minners, denk aan gemeenten die kunnen helpen, bijvoorbeeld via collectiviteiten voor minima of via de bijzondere bijstand, denk aan de mogelijkheid tot het gespreid betalen van het eigen risico bij verzekeraars, en denk aan de fiscale aftrekmogelijkheid voor specifieke zorgkosten. Dit zijn al bestaande maatregelen.

Daarnaast heeft dit kabinet een aantal maatregelen getroffen om de stapeling van de zorgkosten tegen te gaan, waaronder de invoering van een abonnementstarief in de Wmo. Misschien mag ik ook wijzen op de brede schuldenaanpak van het kabinet, die kan bijdragen aan het terugdringen van schulden. Bij mensen met schulden is het risico immers groter dat zij om financiële redenen zorg gaan mijden.

Een punt dat vanmiddag goed ter sprake kwam, is dat mensen de ondersteuning wel moeten kunnen vinden. Juist omdat ik daar zo veel belang aan hecht, heb ik het NIVEL onlangs onderzoek laten doen naar de bekendheid van maatregelen. Daaruit blijkt dat het kennisniveau van verzekeren over compensatiemaatregelen is toegenomen. So far, so good, maar het kennisniveau van verzekeren met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau blijkt kwetsbaar te zijn. Daarom vind ik dat de informatievoorziening over het eigen risico moet worden verbeterd. Dat kan onder andere met de radiospots die mevrouw Nooren vanmiddag nog aanhaalde, en de informatiecampagne, maar het gaat natuurlijk veel verder dan dat. Het is niet alleen een spotje en een website. We zullen ook dit najaar weer de markten op gaan om te spreken over het eigen risico, de kosten van de zorgverzekering en de mogelijkheid tot wisselen van verzekeraar. Daarbij heeft het ministerie een rol, vind ik, maar daarnaast ook gemeenten, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en het CAK.

Op lokaal niveau, dus dicht bij de mensen, gebeurt al heel veel. In Rotterdam wordt bijvoorbeeld sterk ingezet op wijkteams. In Amsterdam draait een pilot waarbij men onderzoekt of jongeren hun ggz-behandeling minder snel staken als ze hiervoor geen risico behoeven te betalen. Dat zijn allemaal lokale initiatieven waarvoor een rijksbijdrage beschikbaar is. Ik ben dol op dat soort initiatieven. Er zijn er te veel om hier te noemen. Ze passen wel erg bij het idee dat het kabinet heeft, of dat ik heb, om de informatie aan groepen die niet zo makkelijk bij overheidsinformatie komen, te verbeteren en makkelijker aan te reiken.

Nog een vraag van de PVV-fractie: wordt noodzakelijke of niet-noodzakelijke zorg gemeden en hoe kan de patiënt dat nou beoordelen? Een patiënt besluit samen met zijn zorgverlener welke zorg nodig is. Dat is een zorginhoudelijke afweging. Het kan gebeuren dat na het bezoek aan de huisarts een kwaal vanzelf overgaat of toch minder erg is dan gedacht. Een patiënt kan dan besluiten om af te zien van de voorgeschreven zorg. In dat geval gaat het niet over noodzakelijke zorg, denk ik.

Nog een paar vragen van de PVV-fractie. Zullen de kosten door het mijden van zorg uiteindelijk niet hoger uitvallen dan de opbrengst van het eigen risico? Het onderzoek van NIVEL, op basis van objectieve data, laat zien dat de stijging van het eigen risico niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Hiermee is het niet mijn verwachting dat het eigen risico leidt tot zorgmijding, en al helemaal niet dat kosten die daarmee samenhangen, hoger zouden zijn dan de opbrengst van het eigen risico.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Was dat het onderzoek van het NIVEL dat ging over de eigen betalingen? Ik vroeg mij af of daar geen bias in zat. Mevrouw Prast noemde het geen wetenschappelijk onderzoek. Dat vond ik iets te ver gaan, maar het was wel een panel van mensen die vrijwillig deelnamen. Het NIVEL gaf zelf al aan dat het geen afspiegeling was van de samenleving.

Minister Bruins:

Ik heb het over het onderzoek uit 2015. Dat is wel een objectief onderzoek. In dat onderzoek vond ik een interessant punt dat het eigen risico in de periode 2011-2013 met een sprong is gestegen, om redenen die vanmiddag hier zijn besproken, maar dat het percentage zorgmijders niet mee is gestegen. Nou moet ik voorzichtig zijn om daar conclusies aan te verbinden. Maar het is niet zo dat als gevolg van een stijging van het eigen risico, bijvoorbeeld in die periode, de groep zorgmijders is toegenomen.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Ik had een debatje met de heer Bruijn over een ander onderzoek dat over dezelfde periode is uitgevoerd. Daaruit bleek dat 10% van de mensen om financiële redenen zorg meden. Dat is door een van uw voorgangers, de heer Van Rijn, besproken met de Tweede Kamer. Er zijn dus meerdere onderzoeken, die verschillende kanten op wijzen. Het NIVEL-onderzoek is een van de onderzoeken.

Minister Bruins:

Jazeker. Er is veel gestudeerd op dit onderwerp. Dat leidt wat mij betreft allemaal naar dezelfde conclusie. Ik denk dat het niet 10% maar 3% is, en daar houd ik aan vast. Ik zie die stijgende lijn ook niet. Het gaat mij om het volgende. Door u en door de SP-fractie is gevraagd of het handig is om er opnieuw onderzoek naar te doen. Ik stel daar tegenover: laten we niet nieuw onderzoek gaan doen, maar laten we maatregelen bedenken die erop gericht zijn dat mensen de zorg niet mijden en dat de toegang tot zorg dichtbij mensen georganiseerd is en blijft.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Ik wil niet een nieuw onderzoek, ik wil precies wat u wil: dat het voor mensen uitvoerbaar is. Ik wil niet een of ander onderzoek, maar ik denk dat we het met dezelfde middelen op een slimmere manier kunnen regelen, waardoor we de kans op ongewenste zorgmijding kunnen verkleinen. Daar gaat het mij om en volgens mij wil de minister dat ook.

Minister Bruins:

De minister wil in ieder geval geen nieuw onderzoek, want daar wil ik de energie niet op richten. Ik wil de energie richten op goede informatie, bijvoorbeeld over het eigen risico, de zorgtoeslag en het wisselen van verzekeraar. Dat vind ik belangrijke thema's en daarbij sta ik een beetje in de doe-stand, al dan niet geïnspireerd door het WRR-rapport.

De heer Don (SP):

Mijn vraag aan de minister ging er niet zozeer over om nog eens wat verder te kijken naar zorgmijding maar om te kijken naar de effecten van zorgmijding. Ik had er eerder een kort debatje over met uw partijgenoot meneer Bruijn. Als je uiteindelijk zorg mijdt, heeft dat een consequentie. Dat kan een positieve consequentie of een negatieve consequentie hebben. En daar ging mijn vraag over.

Minister Bruins:

Ja, daar hoor ik nog niet direct een vraag in mijn richting in, maar we zijn het erover eens dat zorgmijding op financiële gronden ongewenst is.

De heer Don (SP):

Ik maai nu misschien het gras voor uw voeten weg omdat u mijn vragen nog gaat beantwoorden. Dus ik kom straks nog wel eventjes terug.

De voorzitter:

Dat lijkt mij heel verstandig.

Minister Bruins:

Dat weet ik niet zeker, voorzitter, maar ik ga gewoon door met het beantwoorden van de vragen.

De heer Van Kesteren van de PVV-fractie stelde nog de vraag of het bevrozen van het eigen risico niet een sigaar uit eigen doos is, aangezien de premie immers omhooggaat. Ja, dat mag je best zien als een sigaar uit eigen doos. Er zijn niet veel meer mogelijkheden. Als je het eigen risico befrist, dan leg je een rekening neer die ergens moet worden goedge maakt. Dat leidt dus tot een premiestijging. In de inleiding heb ik al betoogd dat die extra premiekosten worden verdeeld over alle premiebetalers, over zij die ziek zijn en zij die gezond zijn. Daardoor betaalt de gezonde premiebetaler een beetje mee voor de zieke premiebetaler. Daarom durf ik ook wel de stelling te verdedigen dat dit wetsvoorstel een solidaire maatregel is. Als dat wordt gezien als een sigaar uit eigen doos, dan mag dat wel. We hebben hier niet ergens een boom staan waar we het geld van af kunnen halen. De kosten van de zorg zullen immers linksom of rechtsom opgebracht moeten worden. Gegeven de financieringssystematiek van de Zvw gaat de nominale premie automatisch omhoog. Nogmaals gezegd: gezond betaalt een beetje mee voor ziek.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Ik hoor de minister spreken over solidariteit van bepaalde groepen in de samenleving die het toch voornamelijk moeten opbrengen. Heeft de minister en heeft het kabinet

ook oog voor de middengroep, die toch steeds meer moeite heeft om maandelijks de eindjes aan elkaar te knopen? In mijn betoog heb ik daar ook voor gepleit.

Minister Bruins:

Zeker. In mijn inleiding heb ik dat ook gezegd. We betalen allemaal wat extra premie. De mensen die het eigen risico volmaken, profiteren van dit wetsvoorstel. De mensen met de kleine beurs worden gecompenseerd via een extra zorgtoeslag. Dus we hebben zeker ook oog voor de mensen met een kleine beurs, als ik dat zo mag uitdrukken.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Ik heb ook heel duidelijk gezegd dat juist die middengroep voor geen enkele financiële compensatie in aanmerking komt. Die groep zit klem tussen een bovenlaag in de samenleving die fluitend aan de zorgkosten voldoet, zelfs naar Prescan gaat om daar scans te laten maken, en een onderlaag die terecht financieel wordt gecompenseerd. Die groep die ertussen zit, komt helaas nergens voor in aanmerking, ook niet voor de maatregelen die u noemt.

Minister Bruins:

Ik heb een hele serie maatregelen genoemd op het financiële vlak, ook maatregelen die door gemeenten worden getroffen. Laat ik noemen de mogelijkheid tot gespreid betalen die er niet alleen voor de mensen met een kleine beurs is maar ook voor de middeninkomens waar u op doelt. Dus er zijn verschillende mogelijkheden. Ik geloof niet dat er veel mensen zijn die fluitend hun zorgkosten betalen, want we moeten echt nog eens flink de samenleving in om te vertellen dat, als het al niet menens is met de zorgkosten, het wel menens wordt. Daar is dus weinig aan te fluiten.

Dan de transparantie van de ziekenhuistarieven.

De voorzitter:

Mevrouw Prast heeft nog een vraag.

Mevrouw Prast (D66):

Het is eigenlijk een vraag aan de interrumpant van zo-even. Ik zat eventjes na te denken. Je hebt een middeninkomen en dan heb je een eigen risico van omgerekend per maand €32. Natuurlijk heeft iemand met een middeninkomen het minder goed dan iemand met een allerhoogst inkomen. Maar brengt dat nou iemand met een middeninkomen echt in de problemen?

De voorzitter:

Meneer Van Kesteren, als u erop wil antwoorden, dan zou ik zeggen: neem het mee in de tweede termijn. Anders gaan we een separate discussie houden. Ik vraag de minister om verder te gaan.

Minister Bruins:

Dan de transparantie van de ziekenhuistarieven. Het is niet een onderwerp dat erg samenhangt met het wetsvoorstel dat voorligt, maar ik wil er wel graag op antwoorden. Ik zou

inderdaad graag willen dat de ziekenhuistarieven snel transparant worden gemaakt. Er is wel een beginnetje gemaakt. U kunt in de "mijn"-omgeving van uw ziektekostenverzekeraar zien welk prijskaartje hangt aan de ziektekosten die u heeft gemaakt. Dat is een beginnetje. Het is ook maar een beginnetje omdat het wel iets zegt over de prijs maar het nog heel weinig zegt over de kwaliteit. Ik ben een beetje aan het zoeken hoe we prijs en kwaliteit inzichtelijk kunnen maken. Het gaat namelijk niet alleen over de tarieven maar ook over de kwaliteit van zorg. Over dit punt heb ik onlangs met de Nederlandse Zorgautoriteit gesproken en de NZa zal met de sector, dus met de verzekeraars in gesprek gaan om te kijken hoe die transparantie de komende twee jaar beter kan worden. Dus dat thema is alive. Het is nog niet af, want ik ben er nog maar pas mee begonnen.

Dan de alternatieven voor het eigen risico. Gevraagd is of ik bezig ben met het zoeken naar alternatieven voor het eigen risico. Nee, daar ben ik eigenlijk niet mee bezig. Ik heb al een aantal maatregelen genoemd om de financiële toegang tot de zorg te borgen, van de zorgtoeslag tot en met het gespreid betalen van het eigen risico bij verzekeraars. Daarnaast is er de doenerige aanpak of in ieder geval de poging tot doenerige aanpak om mensen goed te informeren in de samenleving over de kosten van de zorg.

Dan kom ik bij de vragen die zijn gesteld door de fractie van de SP. De kernachtige eerste vraag van de heer Don was of zorgmijding wenselijk is. Ik vind het wenselijk dat zorggebruik dat niet noodzakelijk is, wordt voorkomen. Of anders gezegd: noodzakelijke zorg moet niet voorkomen worden. Het financiële moet dan geen sta-in-de-weg zijn als het gaat om noodzakelijke zorg. Daarnaast wil ik toch zeggen dat het eigen risico de verzekerde nog eens aanzet tot denken of het inroepen van zorg wel echt nodig is. Dat kan er in sommige gevallen toe leiden dat van de zorgvraag wordt afgezien. In de gevallen waar het gaat om echt noodzakelijke zorg, vind ik zorgmijding onwenselijk.

Dan de vraag: waarom wel het eigen risico bevrozen ter voorkoming van zorgmijding maar toch wel überhaupt een eigen risico blijven hanteren? Dat zit voor mij vast op het element van bewustwording van burgers dat zorg wel geld kost. Het eigen risico financiert een deel van de zorgkosten en zonder eigen risico zouden de zorgkosten stijgen doordat mensen zich misschien minder bewust zijn van de kosten. Het opheffen van het eigen risico doet een nog groter beroep op de solidariteit. Ik ben erg op zoek naar het evenwicht, wat dat dan ook moge zijn. Het betreft vaak een politieke taxatie. Dus ik ben niet voor het afschaffen van het eigen risico. Het is ongelofelijk duur. Het kost banen, zeg ik maar alvast in de richting van de heer Bruijn. Daarnaast denk ik dat mensen zich minder bewust zijn of worden van de zorgkosten.

Dan de vraag hoe de minister de effecten en gevolgen van zorgmijding betreft in de beleidsafwegingen. Ik heb voortdurend aandacht voor zorgmijding en sta daarom ook open voor signalen uit het veld en kennis uit onderzoeken. Het meest recent is het onderzoek van NIVEL naar kennis van verzekerden. Daaruit blijkt dat het kennisniveau van verzekerden over de eigen betalingen en de compensatiemaatregelen is toegenomen. Opnieuw: de mensen met een laag inkomen en een laag opleidingsniveau blijven achter en daar moet dus nog wat aan gedaan worden.

Dan de vraag: is de minister bereid om verschillende dimensies van de effecten van zorgmijding te onderzoeken? Nee, voorzitter, daar wil ik niet op insteken. Mijn route zou zijn om meer te kijken hoe we de informatie kunnen versterken voor mensen die deze informatie nodig hebben.

Voorzitter. Dan een aantal vragen die zijn gesteld van de zijde van de PvdA-fractie.

De heer Don (SP):

Ik mis toch wel een beetje het antwoord van de minister op de vraag over de dubbele boodschap die in het wetsvoorstel zit. We bevrozen de hoogte van het eigen risico. Dat doen we in verband met de kosten die voor mensen te hoog worden, waardoor ze dan mogelijk te veel zorg gaan mijden. Anderzijds hebben we een eigen risico om mensen te prikkelen, zodat ze niet onnodig zorg gaan gebruiken. Nu zegt u dat u die balans wel moeilijk vindt. Maar het is wel een hele dubbele boodschap die u geeft. En ik snap het niet zo goed.

Minister Bruins:

O, ik vind de boodschap niet eens dubbel. Ik denk dat u en ik allebei van mening zijn dat het handhaven van een eigen risico op het niveau van die €385 mensen aanzet tot het nadenken over de vraag: wanneer zet ik dat eigen risico in? Ik denk dat dat tot een gesprek leidt. Als u onverhoopt zaterdagmiddag bij de voetbal een tik op uw knie krijgt, dan hoop ik dat uw voetbalmaten u naar de huisartsenpost brengen, omdat dat dan geen eigen risico kost. Ik hoop dat u ze vertelt dat als ze u naar het ziekenhuis brengen, uw eigen risico al geconsumeerd is nog voordat u de deurklink van het ziekenhuis te pakken hebt. Ik vind het dus heel belangrijk om dat eigen risico te handhaven en ik zie daar helemaal geen dubbele boodschap in.

De heer Don (SP):

Dan lijkt het erop dat we in verschillende werelden verkeren. Uiteindelijk kom je tot een maatregel waarmee je wilt voorkomen dat mensen onnodig zorg gaan mijden. Dus we bevrozen dat eigen risico. Maar we houden het eigen risico wel in stand. Daar zit dan volgens mij ergens toch wel een beetje spanning op. Want waarom zou je niet meer zakken of iets meer stijgen?

Minister Bruins:

We hoeven er niet omheen te draaien dat die €385 uiteindelijk een politieke keuze is geweest. Dat ligt vast in het regeerakkoord. Het had ook wel een tientje hoger of lager kunnen uitvallen. Er zijn hier in deze Kamer partijen die in hun verkiezingsprogramma andere ideeën hadden over het eigen risico. Uiteindelijk is dat een resultaat van onderhandelingen. Maar het staat los van de aandacht die er is en blijft voor zorgmijding. Dat heb ik net betoogd.

De voorzitter:

Tot slot, meneer Don.

De heer **Don** (SP):

Mijn laatste vraag. We moeten ons enerzijds bewust zijn van de kosten en anderzijds moeten de kosten ook weer niet te hoog worden voor bepaalde inkomensgroepen. Beide boodschappen zijn in dit wetsvoorstel verwerkt. Het is een vrij grofmazige manier van sturen. Zijn er andere instrumenten denkbaar die een onderscheid maken tussen gewenste en ongewenste zorgmijding?

Minister **Bruins**:

Ik vind het eigenlijk niet zo grofmazig, omdat ik vind dat er naast die hogere premie ook een compensatie via de zorgtoeslag wordt geboden voor de mensen met de kleine beurs. Dat rekent goed rond. Daar ben ik blij om. Dat kan ik hier ook fier vertellen. Er zijn in theorie vast andere mogelijkheden denkbaar, maar in het regeerakkoord staat dat we in Nederland met dit zorgstelsel in deze kabinetsperiode werken. Daar wil ik me ook heel graag aan houden.

De **voorzitter**:

Ter afronding, meneer Don.

De heer **Don** (SP):

Ik moet constateren dat de politieke keuzes belangrijker zijn dan echte rationele inhoudelijke afwegingen in dezen.

Minister **Bruins**:

Nu hoor ik uw stem een beetje zakken. Ik sta pal voor het patiëntenbelang. Veel burgers zien een stapeling van kosten. Ik denk dat we in ieder geval via het regeerakkoord en dus via een van de maatregelen uit het regeerakkoord die we vanavond hier bespreken, aandacht hebben voor zorgkosten en dat dat burgers ook helpt om die bewustwording te krijgen, te hebben of te houden. U moet het mij maar niet euvel duiden — ik heb het u eerder gezegd — maar die €385 is inderdaad de uitkomst van een politieke onderhandeling. Daar zouden we zelfs trots op kunnen zijn.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen die zijn gesteld door mevrouw Nooren van de PvdA-fractie. Eerst maar eens de vraag: waarom vindt de minister dat er nu een verantwoord evenwicht is tussen wat de zorggebruiker zelf betaalt en wat collectief gefinancierd wordt? Ik geef het mevrouw Nooren meteen na: het had ook een ander evenwicht kunnen zijn. Het is een optelsom van wat politiek denkbaar en haalbaar is. Maar er zitten wel een paar elementen in. Ik vind dit evenwicht in de zin van solidariteit een goed voorstel. Daarnaast is het aandeel van de eigen betaling in Nederland — zeg maar de paracetamolletjes die u en ik bij de Albert Heijn kopen — in Nederland verhoudingsgewijs laag. Dat is laag ten opzichte van andere landen. Dat vind ik ook een onderbouwing van wat je een evenwicht zou kunnen noemen. Maar dat is met enige twijfel omgeven. Het is in zekere zin arbitrair, maar ik denk dat het wel een goed evenwicht is waar in ieder geval de ondertekenaars van het regeerakkoord mee uit de voeten kunnen. En ik hoop u ook.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):

Zoals bekend, hadden wij het liever anders gezien. Ik viel niet over het evenwicht maar over de vraag of het verant-

woord is. Ik heb ernaar verwezen dat er in de afgelopen twintig jaar allerlei onderzoek is gedaan waarbij is gekeken wanneer een eigen risico het nadenkeffect heeft. Dat is het nadenken over de vraag: moet ik wel naar de vervolgzorg gaan? Dat nadenkeffect is er ook al bij €200. Dat het een politieke keuze is, heb ik ook in mijn eigen bijdrage gezegd, maar als je het als een remeffect wilt zien, hoeft je het niet op €385 vast te stellen. Dan gaat het om het moment waarop iemand ten opzichte van zijn uitgavenpatroon moet nadenken over de vraag of hij het er wel voor over heeft.

Minister **Bruins**:

Dat is dus de ene kant. Aan de andere kant, stel je voor dat we dat doen. Dan zouden we toch weer enkele tientjes per jaar per burger op de premie moeten zetten, hetgeen ook weer gefinancierd moet worden uit middelen waar je ook extra banen voor kunt organiseren.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):

Dat is waar, maar er zijn daarvoor natuurlijk ook allerlei alternatieven. Er is eerder onderzoek gedaan onder de Nederlandse bevolking, waarbij aan mensen werd gevraagd wat ze liever wilden: meer belasting betalen of een hoger eigen risico. Dat was volgens mij in 2012. Daaruit kwam dat mensen liever iets meer belasting betaalden dan dat ze een hoger eigen risico hadden.

Minister **Bruins**:

Als je praat over extra belastingen, dan spreek je toch eigenlijk meer over inkomenssolidariteit, terwijl ik vind dat dit wetsvoorstel meer in de hoek van de risicosolidariteit tussen ziek en gezond zit. Ik vind die aandacht voor inkomenssolidariteit ook belangrijk, maar dan zitten we meer in de hoofdstukken van de zorgtoeslag of de inkomensafhankelijke bijdrage. Dan gaat het meer om die thema's.

Voorzitter. Hoe weet je dat zorg betaalbaar blijft als je geen rekening houdt met het inkomen van de verzekerde? Dat heb ik eigenlijk net gezegd: het is een misverstand dat ik geen rekening houd met het inkomen van de verzekerde. Dit wetsvoorstel zorgt voor een versterking van de risicosolidariteit. Het is daarom niet specifiek op bepaalde inkomensgroepen gericht. Maar bij andere maatregelen, zoals de Zvw, gaat het juist over die inkomenssolidariteit.

Dan het vraagstuk van het eigen risico als poortwachter. Die vraag is zowel door de PvdA als door 50PLUS gesteld. Is het niet inconsequent om het eigen risico te gebruiken als een soort poortwachter terwijl de huisarts die functie al vervult? De huisarts is inderdaad de poortwachter in ons stelsel, vooral bij de mogelijke inzet van medisch specialistische zorg, dus de zorg die volgt na de huisarts. Het is echter ook redelijk om van gebruikers van die zorg een bijdrage te vragen om hen nog eens even na te laten denken over de noodzaak van de zorg. Ik geef grif toe dat eigen betalingen nooit leuk zijn, maar die dragen wel bij aan het betaalbaar houden van het solidaire stelsel.

Mevrouw Nooren vroeg: moet je dan blij zijn als zo'n 30% van de mensen een door de huisarts voorgeschreven geneesmiddel niet ophaalt, ook al is dat percentage lager dan tien jaar geleden? Hoe weet je dat het dan niet gaat om noodzakelijke zorg? Ik vind het ongewenst als mensen om

financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg, maar dat percentage zegt mij niet zo veel, want daar kunnen tal van redenen aan ten grondslag liggen. Misschien ging de kwaal vanzelf over, misschien hadden de mensen geen tijd of zagen mensen op tegen de behandeling. De trigger bij ons thuis is eigenlijk een combinatie van die drie. De verzekerde heeft tot slot een eigen verantwoordelijkheid voor zijn of haar gezondheid. Ik neem daarom aan dat wanneer iemand besluit om af te zien van een voorgeschreven medicijn dit vooral niet-noodzakelijke zorg betreft.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Op het laatste punt graag een toelichting van de minister.

Minister Bruins:

Nou ja, de verzekerde kan zijn eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid nemen — dat kan natuurlijk heel goed na een gesprek met de arts — want uiteindelijk gaat het om je eigen handelen. Als je de boodschap om met de uitspraak van de dokter naar de apotheek te gaan niet opvolgt, als je het medicijn niet ophaalt, dan zul je daar wel een goede reden voor hebben. Misschien is die kwaal dus vanzelf overgegaan. Misschien had je geen tijd. Misschien zag je op tegen de behandeling.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Uit onderzoeken blijkt dat juist mensen met een mindere gezondheid, mensen met een laag inkomen en ouderen afzien van vervolgzorg.

De voorzitter:

Wat is de vraag?

Mevrouw Nooren (PvdA):

De minister veronderstelt dat mensen geen medicijnen afhalen omdat het om niet-noodzakelijke zorg gaat, maar volgens mij is daar geen onderzoek naar gedaan. Als je naar andere onderzoeken kijkt, daar komt uit naar voren dat de prikkel van het eigen risico vooral invloed heeft op het gedrag van mensen met een mindere gezondheidsvaardigheden en/of mensen met een laag inkomen.

Minister Bruins:

Dan zitten wij wat mij betreft in het chapter dat we op een doenerige manier moeten zorgen dat we de mensen bereiken, dat we de zorg voor iedereen betaalbaar willen houden en dat men goed moet worden geïnformeerd over thema's als de zorgtoeslag en het eigen risico. Gelukkig doen wij daar ook veel aan, niet alleen VWS en de rijksoverheid.

Dan de vraag of de minister zicht heeft op de mate waarin zorgmijding voorkomt en de schade die daarmee wordt berokkend. Het beste cijfer dat ik heb, is het NIVEL-rapport uit 2015. Uit dat onderzoek blijkt onder andere dat 3% van de mensen om financiële redenen afzien van huisartsenbezoek. Ook bleek dat de relatief forse verhogingen van het eigen risico in 2012 en 2013 — ik heb dat zojuist betoogd — niet gepaard zijn gegaan met forse stijgingen in het aantal zorgmijders. Ik zeg dus niet dat er geen zorgmijding

is, maar wel dat die niet is gestegen toen wij het eigen risico hebben verhoogd. Daarbij geldt voor de lage inkomens — dat is ook belangrijk — dat die een-op-een gecompenseerd zijn met een hogere zorgtoeslag.

Dan de vraag die ik niet heel goed snap. Wat betekent het gebrek aan vertrouwen in huisartsen voor het beleid dat is ingezet met de hoofdlijnenakkoorden? Ik geloof helemaal niet dat er gebrek aan vertrouwen is bij huisartsen.

De voorzitter:

Mevrouw Nooren.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Ik zal het toelichten. De huisarts is een poortwachter. Dan verwacht je dat de huisarts op basis van protocollen en richtlijnen alleen noodzakelijke zorg voorschrijft, zodat vooral mensen met mindere gezondheidsvaardigheden of oudere mensen daarop kunnen vertrouwen. Ik vind dat de verzekerde op dat moment niet zelf hoeft na te denken, want hij kan vertrouwen op de huisarts. Als je dan een systeem opzet waarbij je de huisarts en de eerstelijns nog belangrijker maakt — in de hoofdlijnenakkoorden dus — dan zet je daar geen eigen risico op. Zo zit het in elk geval in elkaar. Je geeft de huisarts nog meer gezondheidstaken. Dan moet je er toch van kunnen uitgaan — dat hoort toch bij dat vertrouwen — dat het gaat om noodzakelijke zorg? In de suggestie dat je moet nadenken nadat je bij de huisarts bent geweest, zit dat de huisarts geen noodzakelijke zorg voorschrijft.

Minister Bruins:

Ik denk dat de huisarts heel vaak noodzakelijke zorg voorschrijft, maar mevrouw Nooren en ik zullen ook wel eens bij een huisarts op bezoek zijn geweest die aangaf dat hij soms, huiselijk gezegd, meer een welzijnswerker is. Sommige mensen komen met zorgvragen bij hem die eigenlijk geen medisch zorgvragen zijn maar meer op het sociale vlak liggen. Die mensen hebben wel pijn in hun buik, maar ze hebben geen pilletje nodig, maar een goed gesprek met de afdeling schuldhelpverlening van het stadhuis. Ik denk dat de huisarts heel belangrijk is. Ik ben ook heel blij dat we deze zomer een hoofdlijnenakkoord konden sluiten. Als we zeggen dat er, vanwege de kosten, maar niet alleen vanwege de kosten minder zorg in ziekenhuizen moet gebeuren, dan zal dat er allicht toe leiden dat er meer wordt gevraagd van de huisartsen. In het hoofdlijnenakkoord van de huisartsen staat daarom ook dat er extra budget, niet eventjes, maar over een reeks van jaren ter beschikking wordt gesteld omdat wij die zorg juist heel erg belangrijk vinden. Het is één van de meest langdurige relaties die je als burger hebt met een zorgprofessional, je huisarts.

Maar 16% van de verzekerden weet dat de zorgtoeslag een bijdrage voor het eigen risico is. Wat ga ik daaraan doen? Niet zo veel. Uit het onderzoek van NIVEL blijkt dat de bekendheid van de zorgtoeslag heel groot is, boven de 90%. Dat is positief. Dat de meeste mensen niet weten dat het ook een tegemoetkoming is voor het eigen risico, is jammer, maar daarmee is geen man overboord. Als meer mensen hiervan op de hoogte zouden zijn, zou dat kunnen bijdragen aan het maatschappelijk draagvlak voor het eigen risico, wellicht, maar mensen ontvangen de tegemoetkoming voor

het eigen risico echter sowieso als ze een zorgtoeslag ontvangen. Dat hoeven ze dus niet apart aan te vragen. Ze lopen dus ook geen geld mis. Ik zie geen aanleiding voor een beleidswijziging wat dat betreft.

Denkt de minister echt dat hij met spotjes de kennis over de eigen betalingen kan verbeteren, in het bijzonder bij laagopgeleiden? Ik heb daar het antwoord eigenlijk al op gegeven. Ik geloof niet dat het alleen met spotjes moet gebeuren. Ik denk ook dat het niet alleen door de rijksoverheid moet gebeuren. Bij de voorbereiding van dit debat heb ik nog even gekeken naar een voor mij onbekende website, van de Zorgverzekeringslijn, waar je op een hele basic manier kernvragen over zorg, het zorgstelsel, het zorggebruik, het niet verzekerd zijn, en zorg in het buitenland kunt vinden. Niet alleen in geschreven woord, je kunt ook chatten en bellen met de mensen die bij de Zorgverzekeringslijn werken.

Dan het WRR-rapport. Hoe is in dit wetsvoorstel rekening gehouden met de aanbevelingen uit het rapport Weten is nog geen doen? De regering heeft de aanbevelingen van de WRR ter harte genomen. Op 29 juni jongstleden is de Kamer geïnformeerd op welke wijze het kabinet het doenvermogen aan het implementeren is. Het doenvermogen is of wordt opgenomen in een aantal bestaande instrumenten die worden gebruikt bij het opstellen van beleid en regelgeving, maar ook bij uitvoeringstoetsen en aanwijzingen voor regelgeving. Omdat de implementatie nog in volle gang is, heeft dat de voorbereiding van dit wetsvoorstel gekruist. Dat neemt uiteraard niet weg dat VWS het doenvermogen meeneemt bij het opstellen van beleid. Daartoe reken ik ook het communicatiebeleid.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Dan staat er één zin achter. Die ging erover dat als je niets doet, je goed zit. Het verzoek aan de minister is om bij de uitvoering van het beleid na te denken over — daar ging mijn vraag ook over — wat je kunt doen om, als mensen niets doen, ervoor te zorgen dat ze toch zorgtoeslag krijgen. Waarom lopen de gemeentepolissen zo goed? Omdat de zorgtoeslag wordt gemengd met de polis. Daardoor ervaren mensen minder drempels om naar de arts te gaan. Dat is een effect van de gemeentepolis. Daarin wordt alles met elkaar verrekend. Dat maakt het makkelijker en dan krijg je minder makkelijk schulden. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving zegt niet voor niets: boek een deel van de zorgtoeslag meteen over naar de zorgverzekeraar, zodat mensen geen financiële drempel ervaren als ze bijvoorbeeld in een schuldsituatie zitten.

Minister Bruins:

Ik heb al gezegd dat ik daar niet voor ben. Ik signaleer wel een beetje een gekke analogie met het voorstel dat wij hier in februari bespraken over actieve donorregistratie. Je kunt het niet erbij laten en zeggen: de wetgeving is helder, dus de mensen kennen de regels wel. Dat vind ik de essentie van het WRR-rapport. Daarom leg ik ook zo veel nadruk op de communicatiekant. Ik vind dat wij ver moeten gaan in het uitleggen van het stelsel van zorgverzekering, eigen risico en zorgtoeslag. Ik denk dat dit heel belangrijk is. Ik weet niet zeker of de gemeentepolis nu zo'n succes is. Die conclusie laat ik maar even aan u. Het is voordeel is wel dat er dan tussen gemeenten en verzekerden in ieder geval

wordt gecommuniceerd over de kosten van de zorg. Dat is wel een positief punt ervan.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Het WRR-rapport zegt ook echt nog iets anders, namelijk dat we de defaults moeten wijzigen: als je niets doet, zit je goed. Het gaat dus om meer dan alleen communicatie. Daar ging mijn punt vooral over. Het doenerige is mooi, maar bij de mensen die het betreft moeten het moment van beslissen en het moment van de informatie dicht bij elkaar liggen. Dus alle spotjes die we dit najaar uitzenden zijn goed voor de keuze van de zorgpolis, maar of mensen de goede keus maken voor de noodzakelijke zorg ligt aan de informatie die ze krijgen als ze bij de huisarts zitten.

Minister Bruins:

Ik denk dat het het een bij het ander is. Het gaat om de informatie van de zorgverzekeraar en om de informatie die veel mensen tegenwoordig gewoon via internet halen. Ik denk dat dat ook steeds meer meespeelt. Van verschillende kanten komt die informatie. Ik probeer hier te betogen dat dit praktisch is en dat ik vind dat ik mij daar vanuit mijn rol niet van moet afdraaien, maar bevorderen dat dit op een actieve manier gebeurt.

Nog een vraag uit het betoog van mevrouw Nooren. Als mensen na tien jaar Zorgverzekeringswet het eigen risico, de eigen bijdrage en de compensatieregelingen niet goed kennen, is het stelsel dan niet gewoon te ingewikkeld? Dat het stelsel ingewikkeld is, durf ik na elf maanden in deze baan wel te zeggen. Toch deel ik uw negatieve oordeel niet. Uit het onderzoek van NIVEL blijkt namelijk dat de kennis van verzekerden toeneemt en op onderdelen echt goed is. Zo weet 83% van de verzekerden dat voor de huisarts geen eigen risico geldt. Maar liefst 91% van de verzekerden kent de zorgtoeslag. Natuurlijk zijn er ook eigen bijdragen en compensatieregelingen die mensen niet goed kennen, maar dat kan ook komen doordat mensen er niet recentelijk mee te maken hebben gehad. Daar kan ik uit eigen ervaring over meepraten. Ik streef niet zozeer naar een bekendheid van 100%, maar dat neemt niet weg dat ik nog wel mogelijkheden zie om de kennis te verbeteren. In mijn brief van 30 augustus aan uw Kamer ben ik daarop ingegaan.

Dan kom ik bij het betoog van mevrouw Baay-Timmermans van 50PLUS. Op het punt "het wetsvoorstel is een sigaar uit eigen doos" ben ik al ingegaan naar aanleiding van het betoog van de heer Van Kesteren.

De vraag was ook: is het niet inconsequent om het eigen risico te gebruiken als poortwachter, terwijl de huisarts die functie al vervuld? In antwoord op mevrouw Nooren ben ik daarop ingegaan.

Mevrouw Baay heeft ook gevraagd naar het doel van het eigen risico. Wat is na het remeffect dan het andere doel van het eigen risico? Welnu, dat is toch het beheersen van de collectieve zorguitgaven. Het remeffect aan de ene kant en beheersing van de collectieve zorguitgaven aan de andere kant. Dat helpt weer bij het borgen van het draagvlak voor ons solidaire stelsel.

Is het de minister bekend dat men denkt dat het bezoek aan de huisarts valt onder het eigen risico? Ja, dat is mij bekend.

Uit het NIVEL-onderzoek dat ik 30 augustus jongstleden naar uw Kamer stuurde blijkt dat 83% van de verzekerden weet dat voor de huisarts geen eigen risico geldt. Nogmaals, ik vind het belangrijk dat meer mensen weten dat zij zonder financiële consequenties naar de huisarts kunnen. Daarom wil ik, zoals gezegd in mijn brief, de voorlichting intensiveren.

Dan kom ik op het punt van de transplantaties en het eigen risico. Ik was blij dat wij daarvoor de eetpauze even konden gebruiken. Wie gaat de medische kosten, zoals eigen risico, als gevolg van orgaandonatie betalen? De verzekerde die een orgaan krijgt getransplanteerd, betaalt het eigen risico voor die transplantatiezorg. Bij donatie door levende donoren bij nier- en levertransplantatie, zijn de medische kosten van selectie van de donor onderdeel van de transplantatiezorg en worden die kosten toegerekend aan de verzekerde die een orgaan krijgt getransplanteerd. Die kosten van selectie van donor komen dan ook niet ten laste van het eigen risico van de donor, maar van het eigen risico van de ontvanger van het getransplanteerde orgaan. De kosten van de noodzakelijke nacontroles van de donor worden toegerekend aan de donor. Om het doneren door levende donoren te bevorderen, zijn deze kosten van nacontroles uitgezonderd van het eigen risico. De kosten van nacontroles van levende donoren blijven daarmee buiten het eigen risico, zowel bij de gedoneerde als bij de donor.

Dan kom ik op de vragen van de zijde van de D66-fractie. Dat waren er eigenlijk niet zo heel veel, maar één punt hebben wij nog niet besproken, namelijk de arbeidsmarkttekorten. Wat gaat u doen aan de arbeidsmarkttekorten in de zorg? Dat was de vraag. Je moet zo'n vraag een beetje breed neerzetten, nietwaar? Gelukkig zitten er op dit moment heel veel mensen in een opleiding in de zorg: meer dan 50.000. Dan denk je: dat gaat de goede kant op. Maar we weten ook dat er de komende jaren veel mensen uitstromen uit de zorg. We proberen daarom langs verschillende lijnen de capaciteit in de zorg te vergroten, als ik het zo mag uitdrukken. ik zou hopen dat mensen die in de zorg werken, tegen hun collega en tegen zichzelf zeggen: ik werk nu parttime, 20 uur, maar mag dat 24 uur zijn? Er zijn heel veel parttimers in de zorg. Als de parttimers op grote schaal bereid en in staat zijn om een aantal uren extra te werken, zal dat enorm helpen.

Daarnaast zie ik dat met name ziekenhuizen tot de conclusie zijn gekomen dat zij de afgelopen jaren te weinig mensen hebben opgeleid, met name verpleegkundigen. Daar zit grote schaarste. Dat is ook een aanleiding tot zorg. Niet alleen beleidsmatig voor ons, maar ook voor de mensen die er werken. Een specialist die niet kan worden ondersteund door goed gespecialiseerd verpleegkundig personeel kan natuurlijk ook zelf niet uit de voeten. Dat leidt tot hele malle discussies. Maar het is een feit: er zijn te weinig mensen opgeleid, dus er moeten er meer opgeleid worden. Ik zie ziekenhuizen alles op alles zetten om meer mensen te werven en op te leiden. Het gaat niet alleen om mensen die van school afkomen, maar ook om zij-instromers. Dat verloopt eigenlijk heel goed. De bottleneck zit vaak bij het vinden van voldoende stageplaatsen, dus bij het zoeken van voldoende ervaren mensen die naast hun aandacht voor de patiënt ook nog aandacht hebben voor nieuwe, op te leiden collega's.

Wat wij kunnen doen, is een landelijke campagne organiseren. Dat zullen we ook doen. We kunnen geld beschikbaar stellen. Dat doen we al. We kunnen werken aan het terugdringen van de administratieve last. Dat is ook zo'n energievreter, om het eens huiselijk te zeggen. Als we toe zouden kunnen met minder papier, zou dat enorm het werkplezier en ook het aantal beschikbare uren voor de patiënt in plaats van voor het papier in de goede richting helpen. De haar in de soep bij die administratieve lasten is, dat het vaak regels zijn die van de beroepsgroep zelf afkomstig zijn. Niet specifiek van de verpleegkundigen, maar uit het veld. Soms zijn het kwaliteitsstandaarden. Soms zijn het regels van het bestuur van het ziekenhuis of van de beroepsgroep. Dan is het heel lastig voor de overheid om die weg te strepen. Maar u kunt overtuigd zijn van mijn actieve houding op dit punt, want ik vind dat het minder moet.

Mevrouw Prast (D66):

Ik heb een vraagje naar aanleiding van de opmerking over de campagne. Als het gaat om opleiding en toekomst hebben we een geschiedenis waarin meisjes wordt aangeraden om exact te kiezen. Ik heb niet heel veel op mijn netvlies over jongens om voor de zorg te kiezen. Mijn vraag is: gaat daar aandacht aan worden besteed in die campagne?

Minister Bruins:

Jazeker. Het kan ook nog niet op uw netvlies staan, want de campagne is nog niet van start gegaan. Het gaat om dames en heren, om jongens en meisjes. Het gaat om iedereen. Mensen in de zorg zien we heel graag. Dat werk is niet specifiek voor dames gereserveerd.

De voorzitter:

Nogmaals tot slot.

Mevrouw Prast (D66):

Ik bedoelde nu eigenlijk juist dat we zo veel campagnes hebben gehad specifiek gericht op meisjes om een opleiding te kiezen die meisjes niet zo vaak kiezen. Ik hoopte eigenlijk dat er nu eens specifiek op jongens zou worden gekoerst.

Minister Bruins:

Dat gaan we zeker niet doen. Daarvoor is echt de nood te hoog. Het is alle hens aan dek en we concurreren met allerlei andere partijen in het publieke veld. Politie, defensie, onderwijs: het stikt er van de partijen die ook allemaal extra mensen nodig hebben. Het is echt passen en meten en we hebben niet de luxe dat we nu voor de boys alleen een campagne kunnen doen.

De andere vraag van mevrouw Prast heb ik in de beantwoording van vragen van eerdere sprekers beantwoord.

Dan kom ik op het betoog van de heer Flierman. Hij stelde allereerst de vraag of de titel niet misleidend was. Daar ben ik al op ingegaan.

Dan het punt van de risicosolidariteit. De heer Flierman stelde de vraag wat nou de echte achtergrond is van de maatregel die voorligt met dit wetsvoorstel: spreiding van het eigen risico of de betaalbaarheid? Dit wetsvoorstel zorgt

ervoor dat mensen die veel zorg gebruiken, minder gaan betalen en mensen die geen of weinig zorg gebruiken, meer. Het zorgt dus voor versterking van de risicosolidariteit. Daar gaat dit wetsvoorstel over. De inkomenssolidariteit, de solidariteit van rijk met arm, is in de Zorgverzekeringswet vooral vormgegeven via de zorgtoeslag en de inkomensafhankelijke bijdrage. Daar gaat het dus niet over.

Verder heeft de heer Flierman gevraagd om een reflectie op de systematiek van toeslagen. Met dit wetsvoorstel verandert eigenlijk niks aan de systematiek van de toeslagen. Hooguit zou je kunnen zeggen dat het gaat over het bedrag. Er wordt een extra €5 ... Die 34 euro premiestelling is opgebouwd uit 5% zorgtoeslag, maar dat gaat niet over de systematiek, dus die blijft ongewijzigd. Ik weet wel dat er een discussie wordt gevoerd in de Tweede Kamer, via de commissie Financiën — collega Snel heeft mij daarover geïnformeerd — over de toeslagensystematiek in zijn algemeenheid. Maar die discussie staat los van de bespreking van dit wetsvoorstel.

De heer Flierman (CDA):

Het was mij ook heel goed duidelijk dat dit wetsvoorstel geen impact heeft op de toeslagensystematiek als zodanig. Dat heb ik ook in mijn inbreng gezegd. Maar ik heb geprobeerd de minister uit te dagen om wat te filosoferen over hoe zich dat in de toekomst zou kunnen ontwikkelen. Ik vond het interessant dat in ieder geval de Raad van State zei: je zou ook kunnen denken aan gerichtere maatregelen om de mensen te ondersteunen die nu moeite hebben met het opbrengen van het eigen risico. Dan kom je volgens mij ook in de sfeer van de toeslagensystematiek. Het is niet mijn bedoeling geweest om u nu te verleiden om voor de komende twee, drie jaar met een compleet ander stelsel te komen. Maar het denken over alternatieven hoeft wat mij betreft niet stil te staan. Daar ging het mij om.

Minister Bruins:

Ik beperk mij dan tot instemmend geknik als het denken niet moet stilstaan, maar de tijd is nog onvoldoende voortgeschreden om nu al een gerijpt voorstel hier te presenteren, waarover ik met u kan spreken. U vindt dat natuurlijk een beetje mager, en dat erken ik meteen volmondig, maar voor die discussie moet ik echt nog even wat meer ervaring op het bot hebben.

Voorzitter. Dan de vraag waarom de indexering weer herleeft na 2021. Vindt het kabinet dat dan de juiste verhouding in risicosolidariteit is bereikt? De regering wil het eigen risico niet vastleggen voor de jaren na 2021, omdat het oordeel over de gewenste verhouding in risicosolidariteit in belangrijke mate een politieke afweging is. Ik heb dat eerder gezegd. Een nieuw kabinet kan — en móet — op dat punt zijn eigen afweging maken. Belangrijk is om te onderstrepen dat het eigen risico na 2021 achterblijft bij wat het zonder bevrozing was geweest. We lopen het niet meer in. Het is dus niet zo dat we dan een sprongetje maken in de indexering. Ik moet daar ook bij zeggen dat het wel geld kost. De structurele kosten lopen wel door, en dan hebben we het toch over een orde van grootte van 550 à 560 miljoen euro. Daarin valt tegen die tijd echt een nieuwe afweging te maken.

Dan nog een oproep van de heer Flierman. Hoe zou de minister op de lange termijn, dus ook na de huidige regeerperiode, de kostenbeheersing het liefst geregeld zien? Daar zou je op zichzelf een hele dag over kunnen spreken. Ik ben een beetje aangeland bij de zin die ik echt zo bedacht heb: de waarde van een mensenleven is oneindig, zeker als je die persoon kent. Maar het budget voor de zorg is niet oneindig. Dat vind ik een heel spannende. Ik weet nog dat dat een van de eerste vragen was die mij gesteld werd bij mijn aantreden op 26 oktober vorig jaar: wat is een mensenleven u waard, meneer Bruins? Er werd geschermd met getallen van het Zorginstituut, die daar een prijskaartje aanhangen. Ik zou het niet durven, meneer Flierman, zeg ik via de voorzitter. Ik zou het niet durven. Ik geloof dat je door roeien en ruiten gaat als je weet dat er een medicijn beschikbaar is voor je kind. Dan wil je daarbij komen en als nog niet 100% vaststaat dat dat medicijn effectief is, interesseert dat je ook niet. Als niks anders helpt, ga je door roeien en ruiten. Dat maakt het zo ongelofelijk lastig in de zorg.

Tegelijkertijd stijgen de kosten van de zorg de komende jaren. Er komt 16 à 18 miljard bij in deze kabinetsperiode. Ik vertel u niks uit de Miljoenennota. Ja, uit die van vorig jaar. Allemaal bekende cijfers. Bij de curatieve zorg komt er, orde van grootte, 11 à 12 miljard bij. Dat zijn ongelofelijke bedragen. We hebben stoere taal gebruikt. We hebben hoofdlijnakoorden gesloten met de medisch-specialistische zorg om die groei te beteugelen, opdat die niet tien zou worden, maar acht. Nou, dat was een hele stap! We hebben afspraken gemaakt over aanpassingen van het genesmiddelenvergoedingssysteem. We hebben pakketkeuzes gemaakt. Paracetamol eruit, andere leefstijlinterventies er weer in. Allemaal stoere taal, maar de vraag is of het genoeg is.

Ik zou dolgraag naar een situatie toegaan — die is absoluut nog niet bereikt, nu niet en ook niet aan het eind van deze kabinetsperiode — waarin de kosten van groei gelijke tred houden met de economische ontwikkeling. Die situatie is niet bereikt. Dan ziet het er toch naar uit dat je kosten die elders in de samenleving worden gemaakt, variërend van infrastructuur tot onderwijs en van defensie tot ik weet niet wat, wegdrukt met zorgkosten. Dat vergt echt een langetermijndebat. Op het departement van VWS is dit ook een van de grote vragen waar wij ons voor gesteld zien. Als wij de begroting 2019 bespreken, dan weten wij dat wij niet alleen over de kosten van de zorg in 2019 spreken. Wij zullen langere lijnen moeten trekken en daar ingrediënten voor aanreiken. Daarom hebben we de WRR en ook de SER gevraagd om ons te helpen met ideeën, met denkbeelden. Die kunnen we ook gebruiken. Ik stel mij voor dat ik om tafel ga met de veldpartijen die zijn betrokken bij die vier hoofdlijnakoorden — verpleegkundigen, specialisten van de ziekenhuizen, de Patiëntenfederatie, maar ook de fysiotherapeuten — om te bezien hoe we die kosten kunnen beteugelen. Niet óf, maar hóe.

Daar zie ik naar uit. Dat vind ik een spannende discussie, maar eigenlijk ook een leuk spannende discussie. Het heeft mij namelijk prettig verrast dat bij het maken van de hoofdlijnakoorden, ook voor de medisch-specialistische zorg, partijen zo makkelijk aan tafel kwamen. Ik heb me afgevraagd waarom partijen aan tafel komen, terwijl ze weten dat er, als ze het regeerakkoord niet lezen, ook niet -2 gegroeid hoeft te worden. Komen ze wel aan tafel, dan krijgen ze die -2 omgehangen, op een of andere manier,

om het plastisch uit te drukken. Toch kwamen al die partijen!

In het veld wordt gezien dat wij ... De Haagse hoek zullen wij niet maken, maar we zullen wel moeten kijken hoe we de groei van die kosten kunnen matigen. Daar zijn heel veel antwoorden op mogelijk. Ik hoop dat de verschuiving van zorg uit ziekenhuizen naar een anderhalvelijns, een eerste lijns of soms naar een nuldelijnsinstelling misschien wel helpt. Misschien kan zorg soms van de tweede naar de derde lijn. De kindertjes met kanker kunnen naar een centrum in Utrecht gaan, het Prinses Maxima Centrum: kwaliteit beter, prijs goedkoper. Het klinkt gek, maar het is echt waar. Zo stikt het van de voorbeelden. Gelukkig zijn er heel veel. Nou is de kunst om daar de goede voorbeelden uit te vissen, die ook hout snijden, zodat we daar afspraken over kunnen maken voor de langere termijn. Dat is een superingewikkeld debat. Als je de krant openslaat en als je praat op werkbezoeken, dan zegt iedereen: ja, het is waar, de kosten van de groei moeten we beteugelen, maar ondertussen moet u even kijken naar dit projectje, minister; het kost u tijdelijk extra geld, maar het is wel heel goed voor de patiënt en voor de kwaliteit van de zorg. Die spagaat voel ik eigenlijk elke dag. Dit is een antwoord, maar ik kan nog wel tien antwoorden geven.

Ik kom tot slot bij de vragen die zijn gesteld van de zijde van de VVD-fractie. Allereerst: wat is het effect van dit wetsvoorstel op de structurele werkgelegenheid? En bij welke groepen in de samenleving slaat dit effect neer? Dit wetsvoorstel leidt maar voor een heel klein stukje tot iets van een werkgelegenheidseffect. Dat is namelijk alleen het remeffect dat niet meer optreedt. Die €5 zorgtoeslag die je macro moet maken, leidt tot een bedrag van ongeveer €130, die je voor de helft betaalt uit premiestijging en voor de helft betaalt uit de IAB. Van dat laatste deel, die inkomensafhankelijke bijdrage van 75 miljoen, zou je kunnen zeggen dat dat de banen zijn die het kost. Als je dat aan het Centraal Planbureau vraagt, zeggen ze dat het effect van dit wetsvoorstel op de inkomensafhankelijke bijdrage is geraamd op 0,02%. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt altijd afgerond op 0,05%. Dus het effect van dit voorstel is of zeer gering of niet aanwezig.

Nog eventjes in herinnering roepend: als je nou het hele eigen risico niet zou bevriezen, maar afschaffen, zou je dan een andere taxatie kunnen maken? De beste taxatie is geloof ik van de heer Bruijn zelf afkomstig of van de heer Don. Er is in ieder geval het cijfer van die 45.000 structurele banen genoemd. Dat ging over een ander plan van de SP, waar veel meer in zat. Het zal dus een deel van die 45.000 banen zijn. Hoeveel zou ik niet durven zeggen. Maar dat het ettelijke duizenden banen zijn, daar durf ik wel op te rekenen.

Voorzitter. De stijging van het eigen risico tussen 2011 en 2013 is gepaard gegaan met een afvlakking van de groei van zorgkosten. Impliceert dat dat er geen zorgmijding is geweest? Ik ben daar eerder op ingegaan. Dat impliceert het dus niet.

Voorzitter. Dan kom ik op het punt van het budgettaire effect van het wetsvoorstel. Dat is 560 miljoen structureel, volgens de memorie van toelichting. In de doorrekening van het regeerakkoord staat een intensivering van 0,7 miljard. Dat is dus het verschil tussen 560 miljoen en 700 miljoen. Kan de minister dat verschil toelichten, vroeg men. Ik ga een

poging wagen. Zonder beleid, zonder het sluiten van hoofdlijnakoorden en zonder dit wetsvoorstel zou het eigen risico zijn gestegen naar €460 in 2021. Het bevriezen op €385 kost dan, volgens het CPB, die 0,7 miljard of die 700 miljoen. Wij zeggen: we beperken eerst die stijging door het sluiten van hoofdlijnakoorden en door het nemen van maatregelen op het gebied van geneesmiddelen, waardoor die €460 €445 wordt. En vervolgens bevriezen we op €385. Dat is goedkoper en dat leidt dan tot de rekenom van die 560 miljoen. Dus zonder dit wetsvoorstel en zonder de hoofdlijnakoorden redeneert het CPB vanuit €460 naar €385. Wij hebben geredeneerd van €445 naar €385. Dat is dus net een verschil.

Even kijken. Op de CPB-doorrekening van het afschaffen van het eigen risico ben ik inmiddels ingegaan.

Ik kom op het punt van "het dak repareren als de zon schijnt". Met andere woorden: we zouden de overheidsfinanciën op orde moeten brengen in tijden van economische groei. Hoe ziet de regering dit? Er is altijd aanleiding om de overheidsfinanciën op orde te brengen, als het regent en als de zon schijnt. Dit kabinet zoekt de balans tussen hervormingen om de overheidsfinanciën houdbaar te maken en investeringen in de samenleving. Zo zijn om die reden dit jaar hoofdlijnakoorden gesloten met veel partijen. Dat helpt om de zorg betaalbaar te houden. Daarnaast plegen we investeringen in defensie, onderwijs, politie en ook in de zorg. We weten dat de zorgkosten stijgen. We krijgen in de komende jaren meer zorg. Ik weet dat dat geldt voor 2019, 2020 en 2021. We weten dat die zorgkosten stijgen. Wij investeren in zorg. Hoe deze balans tussen hervormingen en investeringen in de komende jaren vorm krijgt, hoort u volgende week, bij Prinsjesdag.

Voorzitter, bijna tot slot. Hoe verhoudt het structurele effect van dit wetsvoorstel op de werkgelegenheid zich tot de alternatieven, zoals daar zijn de afschaffing van het eigen risico, de verlaging, doorindexering, de verhoging of de introductie van een alternatieve eigen bijdrage? De structurele werkgelegenheid kan volgens de ramingen van het CPB beïnvloed worden door de hoogte van de zorgkosten, omdat deze voor de helft betaald dienen te worden uit de inkomensafhankelijke bijdrage. Maatregelen die eigen betalingen verminderen, zoals de afschaffing van het eigen risico of een verlaging daarvan, zorgen naar verwachting voor hogere zorgkosten. Dat heb ik het afgelopen uur hier lopen betogen. Daarmee hebben deze maatregelen dus een negatief effect op de structurele werkgelegenheid. Dit wetsvoorstel zorgt slechts voor een beperkte verhoging van de zorguitgaven ten opzichte van het basispad, waardoor het geraamde effect op de structurele werkgelegenheid minimaal is. Maatregelen die verder zouden gaan, zoals het afschaffen van het eigen risico, hebben waarschijnlijk een groter negatief effect op de structurele werkgelegenheid. En natuurlijk — ik zeg het wellicht ten overvloede — werkt het effect ook andersom: maatregelen die de eigen betalingen verhogen, zorgen naar verwachting tot minder zorguitgaven. Deze maatregelen hebben dan een positief effect op de werkgelegenheid.

Tot slot. Zonder dit wetsvoorstel zou het eigen risico stijgen, betoogde de heer Bruijn. Die stijging wordt voor de lage inkomens gecompenseerd in de zorgtoeslag. De VVD-fractie vraagt daarom of met dit wetsvoorstel de inkomenssolidariteit afneemt. Ik meen dat vanwege de compensatie via de

zorgtoeslag dit wetsvoorstel nauwelijks effect heeft op de inkomenssolidariteit. De risicosolidariteit zal als gevolg van dit wetsvoorstel wel duidelijk toenemen, want verzekerden die relatief veel zorg gebruiken en hun eigen risico volmaken, betalen een lager eigen risico dan zonder deze maatregel het geval zou zijn, terwijl verzekerden met weinig of geen zorgkosten niets merken van dat lagere eigen risico, maar wel van een hogere nominale premie. Met dit wetsvoorstel gaat deze laatste groep verzekerden per saldo meer betalen. Zo staat het ook in de memorie van toelichting, op pagina 2. En dan is de cirkel weer rond.

Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:
Dank u wel.

We zijn toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer. Ik geef het woord aan de heer Van Kesteren.



De heer Ton van Kesteren (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik zou graag nog willen dat de minister een vraag van mij beantwoordt die hij nog niet heeft beantwoord. Die gaat namelijk over de Nederlandse Zorgautoriteit die geen bindende afspraken heeft kunnen maken met de zorgsector over de transparantie van ziekenhuistarieven. Die tarieven verschillen enorm. Als je bedenkt dat veel mensen die aan het wettelijk eigen risico vastzitten dat allemaal zelf moeten betalen, wil ik vragen wat de minister doet om de transparantie van ziekenhuistarieven op korte termijn te verbeteren.

Voorzitter. Een steeds terugkerend thema in het debat is de betaalbaarheid van het zorgsysteem, en minder de kwaliteit van het systeem. De minister heeft het over betaalbare zorg voor iedereen, over solidariteit van mensen die weinig gebruikmaken van de zorg en over mensen met lage inkomens die wel worden gecompenseerd. Maar de minister heeft mij niet kunnen overtuigen van het feit dat met name de middengroepen worden gecompenseerd. Ik hoorde dat de afschaffing van het wettelijk eigen risico 4,5 miljard en banen kost. Het is gewoon een kwestie van keuzes maken. Ik heb het veel gehad over de middengroepen. Het dedain waarmee wordt gesproken over deze groepen, ook door een woordvoerder, sterkt mij in mijn mening dat de politiek verantwoordelijken zich steeds meer vervreemden van deze groepen in de samenleving, die de kosten moeten opbrengen; sterker nog, die het land financieel in de benen moeten houden. Het zijn de groepen die geen beroep kunnen doen op welke compensatie dan ook. Deze groepen verliezen aanzienlijke koopkracht. De wetenschap en allerlei cijfers zeggen dat het verlies van koopkracht van belangrijke groepen in de samenleving ook banen kost.

Nogmaals, het is een kwestie van keuzes maken. De afschaffing van de dividendbelasting, ook hier gememoreerd, kost jaarlijks 2 miljard. Ik heb de minister onlangs in een tv-programma horen zeggen dat dit kabinet aan de zorg meer minder uitgeeft, van 18 miljard naar 16 miljard. We hebben het over 2 miljard. Ja, je gaat dan wel denken, voorzitter.

Ook het energieakkoord, het klimaatakkoord gaat op de langere termijn honderden miljarden kosten. Uiteraard, het scheidt banen, maar op de langere termijn is het zeker een economische ramp die heel veel banen zal kosten voor ons land. Daar wordt ook helemaal niet over gesproken.

Aan de lastenverzwaring voor een steeds kleiner wordende groep burgers in ons land wordt volledig voorbijgegaan. Om in het jargon uit de eerste termijn van een woordvoerder te blijven: op die fiets, voorzitter.

Tot slot wil ik een motie indienen om mijn betoog uit de eerste termijn kracht bij te zetten en de minister te verleiden om op zijn minst een toezegging te doen. Laten wij hopen op voortschrijdend inzicht van de minister dan wel het kabinet om keuzes te maken, belangrijke keuzes voor de toekomst van ons land. Op die fiets, voorzitter!

De voorzitter:

Door de leden Ton van Kesteren, Dercksen, Kok, Van Hattem, Van der Sluijs en Peter van Dijk wordt de volgende motie voorgesteld:

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat:

- de huisarts op adequate wijze de rol van poortwachter invult ter beteugeling van onnodig ziekenhuisbezoek en/of ongebreideld medicijngebruik;
- het hoge wettelijk eigen risico de huisarts hierbij hindert omdat er een tendens is dat steeds meer patiënten de door de huisarts voorgeschreven noodzakelijke zorg gaan mijden vanwege dat hoge wettelijk eigen risico;

overwegende dat:

- moet worden voorkomen dat vanwege een financiële rem de patiënten preventieve en noodzakelijke zorg gaan mijden;
- het mijden van zorg zal leiden tot aanzienlijke schade bij de patiënt en uiteindelijk tot onnodig hogere zorgkosten;
- de huisarts als poortwachter deze ongewenste situatie kan voorkomen, maar daarin wordt gehinderd door een hoog wettelijk eigen risico van de zorgverzekering;
- daarom de financiële rem waardoor patiënten preventieve en noodzakelijke zorg gaan mijden het beste kan worden verlaagd en uiteindelijk kan worden afgeschaft;

verzoekt de regering om, gelet op de met haar gedeelde argumenten, verlaging en uiteindelijk afschaffing van het wettelijk eigen risico te overwegen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter E (34929).

De heer Ton van Kesteren (PVV):
Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Kesteren. De heer Don.

De heer **Don** (SP):

Voorzitter. Het was een boeiend debat; een klein technisch wetsvoorstel dat er toch weer even voor zorgt dat we wat dieper praten over ons gezondheidszorgsysteem met verschillende ins en outs. Arbeidsmarkt, problemen van inkomens van middengroepen en nog wat andere onderwerpen zijn de revue gepasseerd, waaronder het CPB, onze doorrekening van vorig jaar en het vermeende aantal banen dat we bij het opheffen van het eigen risico mogelijk kwijt zullen raken.

Maar goed, het gaat uiteindelijk om een technisch wetsvoorstel dat meerdere zaken probeert te regelen, waaronder het voorkomen van ongewenste en het stimuleren van gewenste zorgmijding. Nogmaals, het blijft daarmee een wat lastig te interpreteren wetsvoorstel, want beide elementen zitten erin. De vraag die ik daarbij blijf houden, is: hoe kun je er toch zicht op krijgen wat de effecten van die zorgmijding zijn? Want gewenst of ongewenst, uiteindelijk levert zorgmijding een effect op. Die vraag heb ik niet goed beantwoord gekregen.

Ik zat ook nog met een tweede vraag: hoe kun je nou differentiëren tussen gewenste en ongewenste zorgmijding? De eerste vraag is dus: wat is het effect van zorgmijding? En de tweede is: hoe kun je differentiëren tussen gewenste en ongewenste zorgmijding? Uiteindelijk beoogt dit wetsvoorstel dit wel te doen. Op die vraag heb ik ook geen goed antwoord gekregen. Maar goed, ik denk ook niet dat dat mogelijk is, als ik zie hoe dit wetsvoorstel geformuleerd is en past in het systeem.

Over de laatste vraag — hoe kun je differentiëren tussen gewenste en ongewenste zorgmijding — dien ik graag een motie in.

De **voorzitter**:

Door de leden Don, Baay-Timmerman, Ganzevoort, Nooren en Wezel wordt de volgende motie voorgesteld:

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de regering via het eigen risico stuurt op zorgmijding;

overwegende dat er geen onderscheid gemaakt kan worden tussen gewenste en ongewenste zorgmijding;

verzoekt de regering in kaart te brengen welke instrumenten de mogelijkheid bieden om wel een onderscheid te maken tussen gewenste en ongewenste zorgmijding,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter F (34929).

De heer **Don** (SP):

Dit was het, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Nooren.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):

Voorzitter. De PvdA-fractie dankt de minister voor de gegeven antwoorden. De minister hecht aan betaalbare zorg voor iedereen, net als iedereen in deze Kamer.

Het wetsvoorstel versterkt de solidariteit tussen mensen die ziek zijn en mensen die gezond zijn. Dat is mooi en mijn fractie steunt dat van harte.

Wij denken dat er specifiek aandacht nodig is voor groepen waarvan de kans op het mijden van noodzakelijke zorg vanwege financiële drempels groot is. Mijn fractie is blij dat de minister nog meer wil inzetten op goede voorlichting aan verzekerden en in het debat heeft aangegeven ook nog andere initiatieven te nemen om te zorgen dat noodzakelijke zorg niet gemeden wordt.

De fractie van de PvdA vindt dat mensen ondersteuning moeten krijgen om een goede afweging te maken en die ook op het goede moment moeten krijgen. De minister noemt initiatieven. De Partij van de Arbeid vraagt de minister gestructureerder aandacht te besteden aan hoe het systeem simpeler kan voor mensen met verminderd doenvermogen.

Wij delen het oordeel van de minister niet dat we tevreden kunnen zijn met het stelsel zoals het nu werkt. Daarom dienen wij een motie in.

De **voorzitter**:

Door de leden Nooren, Baay-Timmerman, Don, Ganzevoort en Fiers wordt de volgende motie voorgesteld:

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het zorgstelsel zo vormgegeven moet worden dat de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg voor alle verzekerden geborgd is;

overwegende dat bijna de helft van de Nederlanders niet weet hoe het zit met eigen risico, eigen betalingen en compensatiemogelijkheden voor hoge zorgkosten in de Zorgverzekeringswet en maximaal een derde van alle verzekerden weet dat de zorgtoeslag ook is ter compensatie van het verplichte nominale eigen risico;

overwegende dat dit de kans dat mensen noodzakelijke zorg mijden vergroot;

overwegende dat de regering werk wil maken van de aanbevelingen uit het WRR-rapport "Weten is nog geen doen, een realistisch perspectief op redzaamheid" en dat de kern

van dat advies is dat wet- en regelgeving zo ingericht moet worden dat je "als je niks doet goed zit";

verzoekt de regering te onderzoeken met welke alternatieven voor de eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet het stelsel zo vormgegeven kan worden dat voorkomen wordt dat mensen vanuit financiële motieven afzien van noodzakelijke zorg,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt letter G (34929).

Mevrouw Nooren (PvdA):

Overigens vindt de PvdA-fractie het wel mooi om te zien dat de minister echt op dreuf komt als het gaat om de vraag van de heer Flierman over hoe de toegankelijkheid en de beheersbaarheid van de zorg op de lange termijn mogelijk is. Want dat is en blijft nodig om de zorg op termijn voor iedereen betaalbaar te houden.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Baay-Timmerman.

Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS):

Voorzitter, dank u wel. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen, met name de vragen die betrekking hadden op het eigen risico en de orgaandonatie. Ik zal de antwoorden ook doorgeleiden aan de vraagstellers.

Ik heb nog een kleine vraag aan de minister, die verhaalde over zijn thuissituatie, waarbij hijzelf en zijn familieleden de huisarts bezochten, maar de voorgeschreven medicijnen niet ophaalden vanwege tijdgebrek of omdat de kwaal over zou zijn. Moet ik daaruit opmaken dat de minister ook van mening is dat huisartsbezoeken soms ten onrechte worden afgelegd? Dat betekent toch ook een enorme verspilling van gelden? Ik heb al eerder, in de eerste termijn, aangegeven dat mijn fractie noodgedwongen in ieder geval de bevroering van het eigen risico zal steunen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is de heer Flierman aan het woord.

De heer Flierman (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dat was dan toch weer sneller dan verwacht. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ik had, mede namens de ChristenUnie, al aangegeven dat de CDA-fractie een positief oordeel over dit wetsontwerp heeft en dat is door het debat zeker niet veranderd.

Ik heb geprobeerd de minister te verleiden tot een aantal beschouwingen over de langere termijn. Na zijn reactie op mijn vragen en opmerkingen over de toeslagen had ik de moed eigenlijk min of meer verloren, maar het is toch

gelukt. Mevrouw Nooren zei het ook al, maar ik zag passie en fascinatie bij de minister toen hij het over dit onderwerp had. Ik ben het met hem eens dat het betaalbaar en toegankelijk houden van goede, hoogwaardige zorg in dit land een hele ingewikkelde maar ook buitengewoon fascinerende opgave is. Wij hebben op dit moment een van de beste zorgstelsels in de wereld. De wereld komt ook kijken waarom het bij ons zo goed is. Ik zou zeggen: het is een mooie opdracht aan de minister en zijn medewerkers om dat zo te houden. Ik denk dat we ook de voorbeelden die hij genoemd heeft wel herkennen. Ik weet ook dat er op heel veel plekken aan het behoud van het stelsel wordt gewerkt. Hij klonk daar zelf een klein beetje verbaasd over, maar dat verklaart wel waarom de professionals aan tafel komen als het gaat over de akkoorden, want zij zijn, net zo goed als wij allemaal, ook trots op dat stelsel. Zij willen dat behouden, maar snappen ook wel dat er dan iets moet worden gedaan om de balans tussen betaalbaarheid en toegankelijkheid, met behoud van kwaliteit, te behouden.

Voorzitter. Ik wens de minister en zijn medewerkers heel veel sterkte en succes bij de verkenningen die hij voert in dat opzicht. Ik hoop dat we nog wat mogen horen van de onderzoeken die de SER en andere instanties in dat opzicht uitvoeren. Ik hoop dat wij op een ander moment, als hij nog meer kennis van het systeem heeft — hij gebruikte zelf de woorden: als hij nog verder heeft geleerd — nog een keer met hem van gedachten kunnen wisselen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Tot slot, de heer Bruijn.

De heer Bruijn (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank namens mijn fractie de minister voor het evenwichtige, heldere en rustige betoog, en de wijze waarop hij de antwoorden heeft gegeven die voor mijn fractie overtuigend waren.

Er was veel aandacht voor zorgmijding. Er is gekeken naar mogelijkheden om zorgmijding in kaart te brengen. Het zou natuurlijk heel mooi zijn als er instrumenten waren die dat konden en die ook konden differentiëren tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. Maar aangezien de definitie van gewenste of ongewenste zorgmijding per ziektebeeld verschilt, is er niet een eenduidig instrument denkbaar dat dit generiek kan onderzoeken. Daarom moet je het hebben van aanwijzingen dat zorgmijding plaatsvindt. Als we kijken naar de onderzoeken die tot nu toe door NIVEL zijn gedaan, maar ook naar de effecten van een forse verhoging van het eigen risico rond het jaar 2015, dan komen daar gaan aanwijzingen uit dat er sprake is van ongewenste zorgmijding. Sterker nog, de zorgkosten zijn in die tijd helemaal niet teruggelopen; alleen de stijging is afgevlakt en dat was nou precies het gewenste effect. Dat is voor mijn fractie heel verhelderend.

Mijn fractie is ook blij dat de minister niet meegaat met de roep om het eigen risico linksom of rechtsom af te schaffen. We hebben duidelijk gezien in de beantwoording dat dat zou leiden tot een exorbitante stijging van de zorgkosten. Dat effect zou vooral bij de middengroepen terecht komen, omdat die niet profiteren van de zorgtoeslag, maar wel

zullen meedraaien in de verhoging van de ziektekostenpremie die het gevolg is van die verlaging van het eigen risico of het helemaal afschaffen ervan. Die verhoging zou navariant fors zijn. Vooral de middengroepen zouden dan ook door de afschaffing van het eigen risico onevenredig getroffen worden. Dat zou dus niet een betaalbare gezondheidszorg of koopkracht of werkgelegenheid voor die groepen achterlaten. Mijn fractie is blij dat de minister dat dus ook niet van plan is. Daarom is het ook goed dat de minister heeft aangekondigd dat er niet nu al wordt vastgelegd wat er na 2021 gebeurt, zodat een kabinet dan weer kan kijken wat er noodzakelijk is ten aanzien van de beheersing van de zorgkosten. Mijn fractie verschilt enigszins met de minister van mening als het gaat om de mogelijkheden om dan eventueel de verlaging die nu plaatsvindt of in ieder geval het bevriezen weer te corrigeren. Je zou dan net als in 2015 best weer een sprong omhoog kunnen maken. Maar goed, dat is aan de bewindspersonen, de fracties en het parlement dan.

Mijn fractie wil de minister ook feliciteren met het afsluiten van de hoofdlijnenakkoorden. De minister doet wel voorkomen alsof dat allemaal heel makkelijk was, maar mijn fractie is er toch van overtuigd dat het echt een prestatie is, waarbij de minister heeft samengewerkt met veldpartijen die daar ook enthousiast over zijn.

Dank ook voor de beantwoording van mijn vraag over de effecten van dit wetsvoorstel op de werkgelegenheid. Het blijkt dat die effecten er wel zijn, maar dat die eigenlijk wegvallen tegen de afrondingsverschillen. Daarmee zijn ze niet significant en dat is zeer geruststellend. Ik zal zeker op die basis mijn fractie adviseren om voor dit wetsvoorstel te stemmen.

De voorzitter:

Dank u wel.

Alvorens de minister uit te nodigen voor dupliek, heb ik nog even een formeel punt. De motie van mevrouw Nooren is slechts door vier leden ondertekend. Dat kan worden gerepareerd als meerdere partijen ondersteuning willen aanbieden. Ik zie dat dat is gebeurd. Daarmee maakt de motie onderdeel uit van de beraadslaging. Dank u wel.

Is de minister in staat om te antwoorden? Ik begrijp dat hij tien minuten nodig heeft.

De vergadering wordt van 21.45 uur tot 21.54 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de minister voor Medische Zorg en Sport.



Minister Bruins:

Voorzitter, dank u wel. De heer Van Kesteren vroeg of er bindende afspraken kunnen worden gemaakt tussen de NZa en de ziekenhuissector om meer transparantie te brengen in de ziekenhuistarieven. Ik wou het eerst nog eens als volgt doen. De Nederlandse Zorgautoriteit spreekt de komende tijd met de sector om in 2019 beter inzicht te krijgen in de prijs tot het eigen risico en om het ook makkelijker te maken om te vergelijken. Er liggen nogal wat voetangels

en klemmen in de manier waarop ziekenhuizen inkopen. Soms gebeurt dat in bulk en in algemenere afspraken. Dat maakt het heel moeilijk om de individuele behandeling te beprizen. Dat staat nog los van de kwaliteit. Ik ben er dus nog niet aan toe om bindende afspraken met de ziekenhuissector te maken.

De heer Van Kesteren sprak over de middengroepen. Daarover komen we natuurlijk bij Prinsjesdag nader te praten, maar u weet dat de invoering van het abonnements-tarief voor de Wmo een van de maatregelen is die ook juist voor de middengroepen echt voordelig kan uitpakken. Dat geldt ook voor de halvering van de vermogensinkomensbij-telling in de Wlz. Aandacht voor die middengroepen is er dus beslist.

Dan kom ik op de motie die de heer Van Kesteren heeft ingediend. Die ontraad ik omdat er in het dictum wordt gesproken over het afschaffen van het wettelijk eigen risico. Die kant wil het kabinet niet op.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Ik zou de minister toch willen vragen waarom hij nog niet toe is aan transparantie van de prijzen van behandelingen. Kan hij daar de redenen voor noemen?

Minister Bruins:

Die wil ik nog wel een keer noemen. Ik vind dat het niet alleen gaat over de prijs van de behandeling, maar ook over de kwaliteit van de behandeling. De prijs zegt mij dus alleen wat als ik daar ook een goede omschrijving heb en ik daarbij ook iets van de kwaliteit van de behandeling kan zien. Dat is één. Twee. Ik heb mij laten vertellen dat ziekenhuizen soms grotere aantallen en voor het grotere geheel inkopen. Er worden prijsafspraken bij grotere afnames gemaakt. Dus die prijsafspraken tussen verzekeraar en ziekenhuis gaan niet altijd volgens een prijslijstje waarbij de individuele behandeling of de individuele verrichting beprijsd is. Daarom vinden ziekenhuizen en zorgverzekeraars het heel moeilijk om die transparantie te bieden. Ik zou daarom menen dat de eerste stap is dat in ieder geval moet worden begonnen voor het bedrag van het eigen risico, verplicht en vrijwillig, €885, zodat de consument in ieder geval kan zien wat hij kwijt is voor een bepaalde behandeling in het ene ziekenhuis ten opzichte van die behandeling in een ander ziekenhuis. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om planbare zorg.

De voorzitter:

Tot slot, meneer Van Kesteren.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Ik wil er toch bij de minister voor pleiten om wat hij net vertelde over die prijzen, ook goed uit te leggen aan de verzekerden, want daar hebben ze wel recht op.

Minister Bruins:

Daar ben ik het geheel en al mee eens, voorzitter. Dit gesprek voeren we niet alleen in deze Kamer, maar voeren we onder andere ook met de Consumentenbond, die ook aandringt op het transparant maken van tarieven van ziekenhuizen. En ook aan de overkant, in de Tweede Kamer,

is dit een levendig onderwerp. Maar bindende afspraken voorzie ik niet in het komend jaar.

Over de motie heb ik reeds gesproken. Dan kom ik bij de motie die is ingediend door de heer Don. Daarin wordt de regering verzocht in kaart te brengen welke instrumenten de mogelijkheid bieden om wel een onderscheid te maken tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. Ik ontraad deze motie omdat ik niet zie dat wij op een goede manier dat onderscheid kunnen maken. Wat noodzakelijk is en wat niet noodzakelijk is, bepalen patiënt en zorgverlener, dat is niet een politieke keuze. Daarover kan ik dus geen onderzoek afspreken. Ik zou dus niet weten hoe we dat in kaart zouden moeten brengen. Het gaat over een vertrouwelijke relatie tussen patiënt en zorgverlener. Om die reden ontraad ik dus ook deze motie.

In de motie van mevrouw Nooren wordt de regering verzocht te onderzoeken met welke alternatieven voor de eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet het stelsel zo vormgegeven kan worden dat voorkomen wordt dat mensen vanuit financiële motieven afzien van noodzakelijke zorg. Ook die motie ontraad ik. Er zijn al een heleboel maatregelen om de financiële toegang tot zorg te borgen. Ik noem de zorgtoeslag, de uitzonderingen op het eigen risico, de meerkostenregeling van gemeenten, de collectiviteiten die bekend zijn bij gemeenten, het gespreid betalen en de fiscale aftrek. Ik wil dus de aandacht nu niet richten op alternatieven. Wat ik wil doen is het zorgstelsel bekendmaken bij mensen. Daar waar dat nog niet gelukt is, zal ik daar extra aandacht op zetten. Vandaar deze opvatting en het ontraden van deze motie.

Dan het punt dat mevrouw Baay-Timmerman opbracht. Worden huisartsbezoeken soms ook ten onrechte afgelegd? Die vraag werd gesteld in reactie op het prikkertje dat bij de familie Bruins staat. Er zijn inderdaad huisartsen die zeggen: een flink deel van de consulten die bij mij worden afgelegd tijdens het spreekuur, hebben niet een medische achtergrond. Dat zeggen huisartsen wel tegen mij. Laten we het naar onze eigen situatie verplaatsen; ik zeg nogmaals dat dat natuurlijk helemaal niet mag. Het komt weleens voor — ik heb nu een van de kinderen in gedachte — dat je naar de huisarts gaat, dat je denkt dat er iets ergs is en dat het dan gelukkig meevalt. Dan krijg je wel iets mee van de apotheek, maar het kan er dan wel toe leiden dat je denkt: nou ja, met twee dagen rust kom je ook een heel eind. En dan blijft het daarbij. Dus worden huisartsbezoeken soms ook ten onrechte afgelegd? Vanuit het oogpunt van de huisarts misschien wel, maar zo'n bezoek stelt de burger wel gerust. En daarom is die toegang van de burger tot de huisarts wel enorm belangrijk. Dat is een belangrijke relatie.

Ik dank de heer Flierman voor de vriendelijke woorden die hij heeft gesproken. Ik zou het erg interessant vinden om op een ander moment over de zorgkosten, maar ook over de zorgkwaliteit op de lange termijn te spreken. We zouden daar een goede vorm voor moeten vinden, en anders bedenken we wat. Dat geeft me dan ook gelegenheid om iets te vertellen over hoe het gaat met de voortgang van die hoofdlijnakoorden, waar de heer Bruijn over sprak. Want het is mooi dat je een afspraak maakt, maar eigenlijk is het nu pas begonnen. Het gaat over de uitvoering, in de regio, met die veldpartijen, om enerzijds te kijken of er maatregelen worden genomen, en anderzijds of de opbrengsten in financiële zin worden gehaald.

Voorzitter, tot zover. Veel dank voor alle vriendelijke woorden en de inbreng van vanavond.

De voorzitter:
Dank u wel.

De beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:
Ik kom tot afhandeling van het wetsvoorstel. Wenst een van de leden stemming over het wetsvoorstel? Dat is het geval. Dan stel ik voor op dinsdag 25 september over het wetsvoorstel en de drie ingediende moties te stemmen.

Ik dank de minister en de leden voor de beraadslagingen. Wel thuis.