

8

Ongewijzigd laten verplicht eigen risico

Aan de orde is 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 behandeling van het 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. Ik heet de minister voor Medische Zorg en Sport van harte welkom in de Eerste Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de heer Ton van Kesteren.



De heer Ton van Kesteren (PVV):

Voorzitter. Het eigen risico is ooit ingevoerd ter beteugeling van onnodig ziekenhuisbezoek en/of onnodig medicijngebruik. Een hoog eigen risico zou voor een remmende werking zorgen en onnodig gebruik van dure zorg voorkomen. Het doel op zich wordt bereikt, want studies wijzen uit dat het eigen risico tot lagere zorguitgaven leidt. Het remeffect als zodanig is er dus, maar wat niet duidelijk is, is of noodzakelijke zorg wordt gemeden of niet noodzakelijke zorg wordt voorkomen. Dat weten we niet, maar dat is wel cruciaal. Wordt er immers noodzakelijke zorg gemeden, dan kan dat op de lange duur juist tot meer zorgkosten leiden en tot schade bij de patiënt. De patiënt weet vaak ook niet wat noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg is. Hij is immers geen arts. Om er zeker van te zijn dat er geen noodzakelijke zorg wordt gemeden, dient deze keuze ons inziens bij de huisarts te liggen en niet bij de patiënt. En om er zeker van te zijn dat de patiënt de aanwijzingen van de huisarts opvolgt, dient er geen financiële rem te zijn bij de patiënt om van zorggebruik af te zien.

Dat is de reden waarom de PVV het hele eigen risico wil afschaffen. Het eigen risico zorgt voor lagere zorgkosten voor de regering, omdat deze kosten worden verlegd naar met name de werkende burger. We zouden dan ook graag een antwoord van de minister op de volgende vragen willen hebben. Deelt de minister de mening van de PVV dat het remeffect op onnodig ziekenhuisbezoek en medicijngebruik bij de huisarts gelegd moet worden, door die beter te faciliteren? Deelt de minister de mening van de PVV dat het eigen risico hierdoor kan worden verlaagd of zelfs binnen afzienbare tijd in zijn geheel kan worden afgeschaft? Deelt de minister de mening van de PVV dat door het remeffect bij de huisarts te leggen, de kwaliteit van de gezondheidszorg beter geborgd zal blijven, en dat dit op termijn zelfs niet eens kostenverhogend zal werken? Wanneer beginnen bij de minister de alarmbellen te rinkelen om het aantal zorgmijders vanwege het eigen risico? Wanneer is voor de minister het moment gekomen dat hij zal overwegen om

het eigen risico te verlagen en uiteindelijk zelfs af te schaffen? Indien de minister niet op alle punten de mening van de PVV deelt, kan hij dan aangeven op welke onderdelen hij de mening van de PVV niet deelt, en waarom?

Mevrouw Prast (D66):

Gewoon even om het goed te begrijpen: wat bedoelt de woordvoerder precies met het "remeffect"?

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Het remeffect is dat er een financiële prikkel is bij heel veel patiënten om af te zien van noodzakelijke tweedelijns hulp vanwege dat eigen risico. Ik heb huisartsen gesproken. Dat effect is er wel. Wij vragen ons alleen af of dat in het belang is van een goed zorgsysteem en of je die rol niet beter kunt laten uitvoeren door de huisarts. In de praktijk blijkt ook dat die rol beter wordt uitgevoerd door de huisarts.

De heer Flierman (CDA):

Ik heb toch even een vraag aan de heer Van Kesteren. Denkt hij dat het beroep van huisarts nog aantrekkelijk is als zo iemand vooral wordt ingezet om een patiënt die om een extra onderzoek, een extra medicijn of een doorverwijzing vraagt, voortdurend de boodschap te verkopen: nee, dat mag niet, daar schrijf ik geen briefje voor uit, want dat kost zo veel geld? Ik denk dat in de interactie tussen de patiënt en de huisarts dat remeffect helemaal niet zo vaak optreedt. Ik ben benieuwd waar u vandaan haalt dat dat wel zou kunnen.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Een huisarts zal niet in een interactie met de patiënt wijzen op de kosten en zeggen dat daarom een vervolgonderzoek of een behandeling niet aan de orde is. Maar wat ik wel belangrijk vind, is dat je de huisarts die rol zou moeten gunnen. Dan moet je de huisarts daar ook in faciliteren. Dat is eigenlijk waar wij voor pleiten.

De heer Flierman (CDA):

Hoe ziet de heer Van Kesteren dat faciliteren dan? Als de huisarts de rol gaat vervullen die de heer Van Kesteren hem toedicht, dan wordt de huisarts toch de persoon die echt "nee" gaat verkopen in het stelsel. Hij krijgt dan dus ook een belangrijke rol in de beheersing van de kosten in het stelsel. Daar ging het immers uiteindelijk om bij al deze maatregelen.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Het gaat erom dat je een adequaat zorgsysteem hebt. Dat bereik je niet door de kosten en het eigen risico alleen maar te verhogen. Met name de oudere verzekerden die chronisch ziek zijn, hikken tegen het eigen risico aan.

Mevrouw Prast (D66):

Ik hoor de heer Van Kesteren net zeggen: het eigen risico te verhogen. Maar daar hebben we het toch vandaag niet over?

De heer **Ton van Kesteren** (PVV):

Nee. Wij vinden niet dat je het zou moeten bevriezen, wij vinden dat je het zelfs zou moeten afschaffen, omdat het zijn doel voorbij schiet. Daar gaat mijn betoog over.

Goed. Niet het eigen risico maar de huisarts is als poortwachter voor de PVV effectiever en probater voor het remeffect op onnodig ziekenhuisbezoek en medicijngebruik. Niet alle huisartsen zijn ervan overtuigd dat het eigen risico vanwege de extra kosten een drempel vormt voor hun patiënten om verder onderzoek uit te laten voeren of te worden verwezen naar een specialist. Als de huisarts doorverwijst en de patiënt geen gebruikmaakt van deze doorverwijzing vanwege de extra kosten ervan als gevolg van het wettelijk eigen risico, dan schiet deze maatregel zijn doel voorbij. Dat baart de PVV zorgen. Wij vragen de minister dan ook of de kosten van de zorgmijders vanwege latere complicaties, extra ziekenhuisopnames en dergelijke straks niet hoger zullen zijn dan de opbrengsten van het eigen risico. Vindt de minister dat ook en, zo nee, waarom niet? Vindt de minister ook niet dat het veel effectiever is om het remeffect bij de huisarts te leggen, deze beter te faciliteren en het eigen risico te verlagen of zelfs op termijn af te schaffen? Vindt hij niet dat de kwaliteit van de gezondheidszorg daardoor beter geborgd zal blijven en dat dit op termijn zelf niet eens kostenverhogend zal werken? Graag een reactie van de minister.

Het betaalbaar houden van de zorg wordt niet bereikt door vast te blijven houden aan een hoog wettelijk eigen risico. De vergrijzing en — jawel — de massa-immigratie hebben ertoe bijgedragen dat de zorgkosten zijn gestegen en zullen blijven stijgen bij ongewijzigd beleid.

Voorzitter. Het is de verantwoordelijkheid van een regering om de belangen van de burgers, van het volk te dienen. De mensen in het land zijn gebaat bij lage lasten, in dit geval lage zorgkosten en een zo hoog mogelijk besteedbaar inkomen. Dat geeft de burger vrijheid, dat geeft de burger perspectief en onafhankelijkheid. En dat is goed voor de economie.

De heer **Don** (SP):

Meneer Van Kesteren, ik was het gedeeltelijk met uw betoog eens. Dat ging over de effecten van zorgmijding. Daar was u op het goede pad. Maar toen begon u over de massa-immigratie en maakte u de opmerking dat die een kostenopdrijvend effect zou hebben. Dan wil ik toch graag weten: wat is dan dat kostenopdrijvend effect? Dan moet u dat met cijfers zichtbaar maken.

De heer **Ton van Kesteren** (PVV):

Nou, het is wel een feit. Je moet het zo zien: de middengroepen betalen voornamelijk het gelag. Ik zal er later in mijn betoog ook op terugkomen. De middengroepen, die de kosten over het algemeen betalen, worden verpulverd door een bovenlaag die de kosten fluitend voldoet en een onderlaag die terecht wordt gecompenseerd voor financiële kosten die de zorg met zich meebrengt. Ik houd ook een pleidooi voor met name de middengroepen, ook voornamelijk voor oudere verzekerden die chronisch ziek worden en die moeite hebben om elke maand de eindjes aan elkaar te knopen. Die zorgkosten en met name het wettelijk eigen risico drukken op die kosten en maandlasten. Daar probeer

ik toch een pleidooi voor te houden. Hele grote groepen in Nederland zijn gebaat bij het afschaffen van dat wettelijk eigen risico.

De heer **Don** (SP):

Dit volg ik helemaal, daarin krijgt u mij zelfs mee, maar hoe zit het met die groep die hier dan binnenkomt en schijnbaar kostenopdrijvend zou werken? Dan moet u dat ook in cijfers kunnen duiden. Het gaat mij dus om die migratie waar u op doelt, die dan schijnbaar een hoog effect heeft op de middengroep. Want dat suggereert u. Maar goed, ik wil graag cijfers. En als dat niet lukt, dan houdt het op.

De heer **Ton van Kesteren** (PVV):

Het is bekend dat nieuwkomers in dit land een groot beroep doen op de bijstand en ook in die onderlaag zitten. En die onderlaag wordt steeds groter. Dus die onder- en bovenlaag drukken steeds harder en vermorzelen die middengroepen. Daar doe ik een pleidooi voor. Ik blijf daar toch in mijn betoog aan vasthouden, of u dat nou leuk vindt of niet.

Aan de andere kant begrijpt de burger het ook als wordt gezegd dat ons zorgstelsel betaalbaar moet blijven en dat de kwaliteit van de gezondheidszorg op peil moet blijven. Maar helaas zien wij al te vaak dat de oplossingen worden gezocht in verzwaring van de lasten voor de burger, dan wel belastingverhogingen, en dat terwijl met name de middenklasse, de middengroepen het water inmiddels tot aan de lippen staat. Van de middengroepen in onze samenleving wordt telkens weer verwacht dat zij solidair zijn met mensen die het minder goed hebben. Op zich is daar natuurlijk alles voor te zeggen, maar de Nederlandse middenklasse krijgt het zwaar voor de kiezen en begint ook de financiële gevolgen te merken van de continue lastenverzwaring. De torenhoge lasten die door het huidige beleid de komende jaren alleen maar zullen stijgen, verder zullen stijgen, worden als een bittere pil ervaren. En die bittere pil voor de middenklasse wordt verpulverd. Daar sprak ik zojuist al over.

Een betaalbare zorg creëer je niet door continu lasten te verhogen, maar door het systeem adequaat te organiseren. Het wetsvoorstel voorkomt geen ongewenste zorgmijding in de Zorgverzekeringswet. Het wetsvoorstel vermindert evenmin de stapeling van eigen betalingen. De maatregel beoogt geen specifiek inkomensbeleid, zoals wordt beweerd. Bevriezing van het eigen risico zou ongetwijfeld weer tot een premiestijging gaan leiden. De opbrengsten-deriving van al die miljoenen als gevolg van deze maatregel wordt geheel gecompenseerd door extra verhogingen van de nominale premie-inkomensafhankelijke bijdrage. Dat lijkt dus op vestzak-broekzak, een sigaar uit eigen doos. Misschien kan de minister daar eens op reageren en de PVV-fractie wellicht geruststellen. Het fenomeen "eigen risico" schiet wat ons betreft zijn doel volledig voorbij. Klopt de theorie nog wel met de praktijk?

We zijn toe aan een nieuwe visie op zorgkosten. De huisarts is de poortwachter voor de gang naar het ziekenhuis, naar de specialist, naar de tweede lijn en niet de portemonnee van de patiënt. De huisartsen die ik heb gesproken, hebben ook grote zorg over de inhoud van de basisverzekering, die steeds verder wordt uitgekleeft, en de enorme wachttijden in met name de geestelijke gezondheidszorg en bij de eerste

hulpkosten. In de praktijk blijkt dat veel mensen tegen het eigen risico aanhikken. Voor veel verzekerden, een kwart, betekent het eigen risico dat zij noodzakelijke behandeling van een specialist mijden. Dat zorgt op korte termijn weliswaar voor lagere kosten, maar op langere termijn zelfs voor hogere kosten. Niet de betaalbaarheid, maar de kwaliteit van ons zorgstelsel staat op het spel. Collega Agema heeft in de Tweede Kamer aangegeven dat een echtpaar met een gezamenlijk inkomen van één keer modaal zelfs buiten de zorgtoeslagregeling valt. De lasten voor de gewone mensen die overal buiten vallen, zijn al torenhoog. Dan is het argument steevast dat er geen andere mogelijkheid is omdat de gezondheidszorg anders onbetaalbaar wordt. Nou, voorzitter, het niet afschaffen van de dividendbelasting voor multinationals zou aanzienlijke verlichting kunnen brengen in heel veel Nederlandse huishoudens.

En wat te denken van het feit dat de Nederlandse Zorgautoriteit geen bindende afspraken heeft kunnen maken met de zorgsector over de transparantie van ziekenhuistarieven? De ziekenhuistarieven blijken onderling veel te verschillen. Er is geen enkele uniformiteit in de kosten van vergelijkbare behandelingen. Transparantie van de ziekenhuistarieven en hoe deze tot stand zijn gekomen, is er niet. Tarieven boven het maximale eigen risico zijn geheim, vanwege concurrentiegevoelige informatie. Het sturingseffect van het eigen risico is daarom 0,0. Dat is een slechte zaak als je bedenkt dat door het eigen risico patiënten veel behandelingen zelf moeten betalen. En wat gaat de minister doen om die transparantie van ziekenhuistarieven op korte termijn toch te verbeteren?

Voor de middengroepen in onze samenleving wordt de toegankelijkheid tot de zorg ook steeds moeilijker. Door het hoge eigen risico gaan mensen met een laag inkomen die niet voor financiële compensatie in aanmerking komen, en/of een chronische ziekte hebben eerder zorg mijden. Dat baart de PVV grote zorgen. De huisarts schat in of een consult in het ziekenhuis relevant dan wel van meerwaarde is, en of er een noodzaak van medicatie is. De minister zou dus in plaats van dat eigen risico te handhaven beter de huisarts beter kunnen faciliteren door deze meer tijd voor een consult te gunnen en deze meer taken uit te laten voeren. Dat is mogelijk en er is ook draagvlak voor bij de huisartsen. Nu het draaien aan de traditionele knoppen van de premie en het eigen risico, gericht op het verkleinen van het basispakket, is vastgelopen, moet er met spoed naar alternatieven worden gezocht. Is de minister, of de regering daar al mee bezig?

De PVV is voor een ontkoppeling van het eigen risico en de zorgkosten en ziet het eigen risico het liefst verlaagd, maar zelfs afgeschaft. Er is sprake van het mijden van vervolgzorg. Dat betekent dus een kwaliteitsvermindering van de gezondheidszorg. Daarom is de PVV een groot pleitbezorger van het afschaffen van het eigen risico. Het wettelijk eigen risico is echt geen bijdrage aan het betaalbaar houden van de zorg. Wij moeten eens af van dat idee. Een betaalbare zorg creëer je door regeringsbeleid van gezond verstand en door het zorgstelsel adequaat te organiseren.

Ik sluit af. De enig juiste weg is te beginnen met een verlaging van en uiteindelijk de afschaffing van het wettelijk eigen risico en het versterken van de huisarts als poortwachter. Vindt de minister dat ook en zo nee, waarom niet?

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Don.



De heer Don (SP):

Voorzitter. Ik heb de eer om dit betoog ook namens de Partij voor de Dieren te mogen uitspreken.

Vorig jaar rond deze tijd voerden wij procedureel gezien een bijzonder debat. Een zitting van de Tweede en Eerste Kamer op dezelfde dag. Veel parlementaire drukte voor een kleine wettelijke noodoplossing om ervoor te zorgen dat de indexering van het eigen risico van de zorgverzekering, nota bene €15, voor het jaar 2018 achterwege zou blijven. Vandaag bespreken we het vervolg, te weten de bevrozing van de indexering van het eigen risico van de zorgverzekering voor de komende drie jaar. Met als uiteindelijke resultaat geen verdere stijging van het eigen risico van de zorgverzekering tot en met 2021.

Onze fractie en die van de PvdD kijken met gemengde gevoelens naar het voorliggende wetsontwerp. Het thema eigen risico is een onderwerp waar wij als socialistische partij al heel lang een uitgesproken mening over hebben. Ik durf te stellen dat zonder acties van onze partij en die van het Nationaal Zorgfonds, gericht op de afschaffing van het eigen risico, wij vandaag geen debat zouden hebben over het bevrozen van deze indexering. In onze ogen is dit debat dus winst. Kijken wij als fracties inhoudelijk naar dit wetsvoorstel, dan is de oogst in onze ogen maar mager. Het eigen risico wordt de komende drie jaar vastgezet op het maximum van €385. Het eigen risico stijgt niet door naar €445 in 2021. De zorgpremie stijgt wel, want het financiële vierkant moet natuurlijk dicht blijven. Voorzitter, dit wetsontwerp kent dus een virtuele verlaging van het eigen risico. Het toekomstige effect voor een verzekerde die zijn verplichte eigen risico volledig betaalt en een zorgtoeslag ontvangt is €31, en wel in 2021, einde looptijd van deze wet. Een bescheiden financiële handreiking richting de verzekerden passend in een breder pakket van aanpalende maatregelen rondom het beperken van de eigen bijdragen van de WMO en de Wet langdurige zorg. Zeker als ik dit afzet tegenover het afschaffen van de dividendbelasting, is het gemis aan opbrengsten voor de staat ongeveer 2 miljard. Een verlaging van het eigen risico was voor de fracties van de SP en de PvdD een echte stap geweest.

De financiële gevolgen van dit wetsvoorstel zijn tot twee decimalen achter de komma in beeld gebracht. Zo ook het doel van dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel past, volgens de memorie van toelichting, in een pakket van maatregelen om de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning te verminderen. Dit met als doel om de zorgkosten die voor eigen rekening komen betaalbaar te houden. De eigen betalingen in de zorg en ondersteuning mogen er immers niet toe leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. Dit citaat komt uit de memorie van toelichting. We lezen in het voorliggende wetsvoorstel dat het vermijden van zorg ongewenst is. Het bevrozen van het eigen risico dient dus om zorgmijding te voorkomen. We wisten natuurlijk al wel dat het eigen risico is opgeworpen zodat de burger niet te vlug gebruikmaakt van de zorg. In de memorie van toelichting wordt hierover als volgt geschreven: "De financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met

zorggebruik". Maar dit allemaal gelezen hebbend, ben ik toch wel in verwarring. Afzien van zorg wordt door de minister als onwenselijk geacht, maar we dienen als verzekerden wel geprikkeld te worden om terughoudend te zijn met het gebruik van zorg. Een wetsvoorstel met een schijnbaar dubbele boodschap. De minister geeft in zijn beantwoording van onze schriftelijke vragen over de wenselijkheid en onwenselijkheid van zorgmijding aan dat deze wenselijkheid afhankelijk is van de noodzakelijkheid van de zorg. Het betreft een zorginhoudelijke afweging, waarbij behalve de verzekerde ook een hulpverlener betrokken is. De regering hanteert in dezen geen criteria, zo schrijft de minister. Een antwoord waar je ook verschillende kanten mee op kunt.

Onze rol als Eerste Kamer is om wetgeving te toetsen op eenduidigheid, uitvoerbaarheid, reikwijdte en ook juridische samenhang. Ik vraag de minister hoe ik deze dubbele boodschap van de wenselijkheid en de niet-wenselijkheid van zorgmijding, in dit wetsontwerp, dien te beoordelen. Daarbij: hoe legt de minister nu de verzekerden uit dat zij een beetje financieel geholpen worden door de bevrozing van het eigen risico, om ongewenste zorgmijding te voorkomen, maar wel een eigen risico blijven betalen om gewenste zorgmijding te stimuleren? Onze fracties zijn toch echt wel nieuwsgierig naar het antwoord van de minister in dezen.

Deze dubbele boodschap in voorliggend wetsvoorstel is wat mij betreft het gevolg van een grofmazige wijze van stelselsturing. Het wetsvoorstel lijkt gebaseerd te zijn op een politieke gedachte dat zorg alleen een kostenpost is, verzekerden alleen maar financiële risico's, schadegevallen, zijn en financieel geprikkeld dienen te worden. Met het rapport Weten is nog geen doen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in mijn achterhoofd vraag ik de minister waarom deze niet breder kijkt zoals naar de effecten en gevolgen van de zorgmijding en deze betreft bij zijn beleidsafweging rond de gewenstheid en ongewenstheid van de zorgmijding,

Zorgmijding is een gegeven. Het rapport van Nivel Inzicht in zorgmijden, en ook het laatste rapport van Nivel, over de kennis van de verzekerden over de eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet, tonen dit aan. Er zijn nog veel verdiepende vragen over de aard en omvang van zorgmijding. Maar wat zijn nu de gevolgen, de effecten van zorgmijding? Deze vraag beantwoordt de minister op onze schriftelijke vragen slechts summier. Onze minister zou toch hartstikke nieuwsgierig moeten zijn naar de effecten van gewenste en ongewenste zorgmijding op individueel welbevinden, actieve participatie, inzetbaarheid en menselijk functioneren, maar ook op samenlevingsniveau? Hij zou dit toch willen kwantificeren, zijn handen jeuken toch om hier zicht op te krijgen en te gebruiken in zijn verdere beleid? Ik zie nog geen jeukhanden. Financiële sturing op de uitvoeringspraktijk en de verschillende effecten daarvan op de verzekerden worden dan toch in balans gebracht?

Nu snapt de fractie van de SP dat het inhoudelijk beoordelen van individuele effecten op een groepsniveau als gevolg van uitvoeringsbeleid, zoals dit wetsvoorstel, niet eenvoudig is. Maar in onze ogen is de minister het aan zijn stand verplicht om hier wel een poging toe te wagen. De minister is toch ook geïnteresseerd in wat de bevrozing van het eigen risico aan persoonlijk, maatschappelijk en financieel rendement oplevert? Is de minister bereid, zo vraag ik via de

voorzitter, om de verschillende dimensies van de effecten van zorgmijding te onderzoeken? Of op zijn minst de haalbaarheid van zo'n onderzoek te beschouwen?

Afrondend, voorzitter. Voorliggend wetsvoorstel is niet meer dan een bescheiden financiële handreiking richting een groep verzekerden waarmee de regering tegelijkertijd stuurt op gewenste alsook op ongewenste zorg mijding. Een wetsvoorstel met een dubbele boodschap. De effecten van zorgmijding worden in dit wetsvoorstel niet meegenomen. Hiermee wordt de beperktheid van het wetsvoorstel zichtbaar. De SP-fractie en de fractie van de Partij voor de Dieren zijn niet tevreden over dit wetsvoorstel. Het eigen risico wordt niet verlaagd. Mensen die ziek zijn blijven gewoon hun eigen risico betalen, hun boete op ziek zijn. Deze bescheiden tijdelijke wettelijke handreiking verandert hier nauwelijks iets aan. Dat is teleurstellend!

We kijken uit naar de beantwoording van onze vragen door de minister.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Don. Ik geef het woord aan mevrouw Nooren.



Mevrouw Nooren (PvdA):

Voorzitter. Binnenkort krijgen we ze weer per e-mail of in onze brievenbus: de nieuwe polissen en premievoorstellen voor de zorgverzekering. Zorgverzekeraars proberen daarbij duidelijk te maken dat hun aanpak, de aanvullende verzekeringen die zij bieden, de service die zij verlenen, gecombineerd met de premie die zij voor de polis voorstellen dé reden moeten zijn om voor hen te kiezen. Het is heel verleidelijk om in dit debat stil te staan bij de moeite die mensen hebben om te snappen waar de verschillen tussen de polissen in zitten met als gevolg dat veel mensen daardoor niet weten voor welk pakket en welke zorgverzekeraar zij het beste kunnen kiezen. Zoals bekend, zou het de PvdA een lief ding waard zijn als het woud aan polissen uitgedund wordt, om het kiezen overzichtelijker, zinvoller en gemakkelijker te maken. Ik vermoed dat dit een onderwerp is dat ook op de agenda zal belanden van de commissie VWS in de Tweede Kamer in de komende maanden, want in de huidige aanpak is er te veel te kiezen zonder dat duidelijk is waar het echte verschil in zit. Daarmee helpen we mensen die er zeker van willen zijn dat zij voor hun persoonlijke situatie de goede zorgpolis kiezen, niet.

Vandaag beperken we ons in dit debat tot het onderdeel van de zorgpolis waar niks te kiezen valt voor verzekerden: het verplichte eigen risico voor iedereen vanaf 18 jaar. Zoals de regering schrijft in de beantwoording van de vragen bij het wetsvoorstel: de hoogte van het verplichte eigen risico is een politieke keuze. Wat de regering beoogt met het eigen risico en in het verlengde daarvan met het bevrozen van het eigen risico is voor mijn fractie op basis van de wetsbehandeling tot nu toe niet scherp geworden en we hopen in dit debat daar beter zicht op te krijgen.

Over de vraag wat het voordeel is van een nominaal eigen risico voor de zorg wordt al sinds de jaren negentig gediscussieerd, geschreven en onderzoek gedaan. Steeds weer komen twee hoofdredenen voor een verplicht eigen risico naar voren: meebetalen aan de kosten van de zorg, volgens

het principe "de gebruiker betaalt" en een drempel opwerpen om zorg te gebruiken. Als we kijken naar het meebetalen is iedereen in Nederland het erover eens dat niet mag leiden tot het mijden van noodzakelijke zorg. Op dit punt zijn de antwoorden van de regering in de wetsbehandeling tot nu toe verwarrend. De heer Don had het er ook al over. De regering schrijft dat ze met het verplicht eigen risico wil bevorderen dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft. De regering beoogt echter geen specifiek inkomensbeleid met de maatregel, staat in de schriftelijke antwoorden van de regering. Op de vraag die is gesteld over een norm voor risicosolidariteit, antwoordt de regering dat dit een politieke keuze is. Zoals bekend is het standpunt van de PvdA in dezen helder: ieder moet er zeker van zijn dat benodigde zorg beschikbaar en betaalbaar is. Dat is in het huidige stelsel juist voor de groepen die minder gezondheidsvaardigheden en een slechte gezondheid hebben niet goed geborgd. Ons antwoord daarop is: schaf daarom het verplicht eigen risico af zodat financiële drempels het gebruiken van zorg niet in de weg staan en vang de extra kosten op met een geringe belastingverhoging of gebruik hiervoor de financiële middelen die je overhoudt als je de dividendbelasting niet afschaft.

De regering kiest hier niet voor. Het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, is een mager bod: de hoogte van het verplicht eigen risico wordt tot en met 2021 gehouden op €385. De regering geeft aan dat zo een verantwoord evenwicht wordt bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid die van een verzekerde zelf gevraagd kan worden en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd wordt. We willen de minister vragen om toe te lichten waarom hij het evenwicht verantwoord vindt. Zeker daar blijkt dat lage inkomensgroepen de zorg mijden vanwege de kosten die ermee gemoeid zijn. Hoe weet je dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft als je geen rekening houdt met de inkomenspositie van verzekerden, vragen de leden van de PvdA-fractie aan de minister.

Daarmee komen we op het punt van het opwerpen van een financiële drempel om zorg te gebruiken. Zo'n drempel kan interessant zijn als het basispakket niet-noodzakelijke zorg zou bevatten, dan wel als het stelsel zo ingericht is dat mensen zorg krijgen terwijl er geen noodzaak toe is. Sinds jaar en dag valt onder de Zorgverzekeringswet in ons land echter alleen zorg die we collectief als noodzakelijk beschouwen. We hebben gekozen voor de huisarts als poortwachter en om geen drempel op te werpen voor huisartsenzorg. Daarom wordt er immers geen eigen risico voor huisartsenbezoek en de huisartsenpost betaald.

Als door de huisarts vervolgzorg, zoals een verwijzing naar een andere eerstelijnszorgverlener of het ziekenhuis of medicatie voorgeschreven wordt, lijkt het de leden van de PvdA-fractie van belang dat iemand die zorg ook daadwerkelijk krijgt. Wij gaan ervan uit dat huisartsen vervolgzorg voorschrijven omdat die zorg noodzakelijk is. Sterker nog, om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg kan leiden tot veel hogere zorgkosten in een latere fase. Je moet er niet aan denken dat mensen na verwijzing van de huisarts vanwege het eigen risico niet naar een oncoloog of internist gaan, later als de klachten toenemen wél gaan en er dan al onherstelbare schade is opgetreden met hoge vervolggkosten, bijvoorbeeld wegens kanker, een hersenbloeding of een hartinfarct. Is het opwerpen van een financiële drempel voor noodzakelijke vervolgzorg niet inconsequent als je

kiest voor een stelsel met een huisarts als poortwachter? Wij zijn benieuwd hoe de minister hiertegen aankijkt.

Voorzitter. Uit de beantwoording van de regering spreekt geen vertrouwen in het huidige systeem en de professionaliteit van huisartsen en andere zorgverleners. De regering roept immers mensen op om zich in een aantal gevallen af te vragen of de vervolgzorg nodig is, zo staat in de schriftelijke antwoorden naar deze Kamer. In welke gevallen dan, vragen de leden van de PvdA-fractie zich af. Moet je blij zijn als zo'n 30% van de mensen een geneesmiddel niet ophaalt dat voorgeschreven is door de huisarts, ook al is dat percentage lager dan tien jaar geleden? Hoe weet je dat het dan gaat om niet-noodzakelijke zorg?

De regering geeft in de beantwoording aan dat dit wetsvoorstel niet bedoeld is om ongewenste zorgmijding te voorkomen. Die zorgmijding is er wel voor bepaalde groepen, schrijft de minister zelf. Hoe denkt de minister te voorkomen dat vooral mensen met een kleine beurs en/of slechte gezondheidsvaardigheden afzien van vervolgzorg? Heeft de minister zicht op de mate waarin zorgmijding door het eigen risico voorkomt en de schade die daarmee berokkend wordt, vragen de leden van de PvdA-fractie zich af.

Opvallend is dat de regering, op vragen die op het punt van zorgmijding zijn gesteld, antwoordt dat het wetsvoorstel wat betreft individueel welbevinden, actieve participatie, inzetbaarheid en menselijk functioneren zelfs een positief effect heeft. Wij horen graag van de minister wat hiermee bedoeld wordt en hoe de regering tot deze conclusie is gekomen.

Mijn fractie vraagt zich verder af wat het gebrek aan vertrouwen in huisartsen betekent voor het beleid dat de minister inzet met de hoofdlijnenakkoorden voor de curatieve zorg. Verschuiving van zorg van de zogeheten tweede naar de eerste lijn veronderstelt vertrouwen in de huisarts en andere professionals buiten het ziekenhuis. Graag een reactie van de minister op dit punt.

Voorzitter. Dit brengt me op het onderzoek van het NIVEL naar de kennis van verzekerden over de eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet en de reactie van de regering op dit rapport. Voordat ik inhoudelijk op dit rapport inga, wil ik de minister danken voor het toesturen van dit inzicht gevende rapport naar deze Kamer.

Voorzitter. Een van de redenen van de PvdA om deel te nemen aan dit debat was namelijk het teleurstellende antwoord op vragen van het CDA waar wij ons bij aangesloten hebben. De vraag was hoe de regering burgers gaat informeren over het gelijk houden van het eigen risico. De regering verwijst in de schriftelijke antwoorden naar publicaties over het regeerakkoord op de website van de rijksoverheid en concludeert dat zo "de verschuivingen die met dit wetsvoorstel zijn aangebracht voor de burger duidelijk zijn". Kennelijk ging de regering ervan uit dat de site van de rijksoverheid dé bron is waar mensen hun informatie halen. Denkt de minister, nu hij de resultaten van het NIVEL-onderzoek naar het kennisniveau van verzekerden over eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet en de compensatiemogelijkheden bestudeerd heeft, daar inmiddels anders over? En zo ja, tot welke conclusies leidt dat dan?

De onderzoekers van het NIVEL concluderen dat met name ouderen, mensen met een laag inkomen, een lage opleiding

en/of lage ervaren gezondheid, minder vaak weten of het eigen risico geldt. De kans is groot dat zij daardoor verkeerde keuzes maken voor de zorgverzekering en noodzakelijke zorg mijden. Hier kunnen we ons niet bij neerleggen, vindt de fractie van de PvdA. Juist voor deze groepen heeft de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid en de taak om te zorgen dat het stelsel begrijpelijk en toegankelijk is. Slechts 16% van de respondenten weet dat de zorgtoeslag een bijdrage is voor het eigen risico. Er is dus nog veel meer werk aan de winkel. Is de minister het op dit punt met mijn fractie eens en zo ja, hoe gaat hij zorgen dat hier verandering in komt?

Als we ons bovendien rekenschap geven van het feit dat het NIVEL gewerkt heeft met een vrijwillig panel en dat de onderzoekers zelf al zeggen dat er in dit onderzoek kwetsbare groepen ontbreken, dan is de kans groot dat in de praktijk niet 60% maar nog minder mensen, misschien wel minder dan de helft van de Nederlanders, snapt waarvoor het eigen risico geldt, wat ze zelf moeten betalen, waarvoor en waar ze terecht kunnen voor financiële compensatie, en dat nóg minder dan een derde van de verzekerden snapt wat bedoeld wordt met gespreid betalen van het eigen risico.

Voorzitter. In de brief die de regering over het NIVEL-rapport aan de Tweede Kamer schreef, wordt als belangrijkste oplossing het intensiveren van campagnes op de social media voorgesteld. Hoe serieus neemt de minister de adviezen die de WRR heeft gegeven in het rapport Weten is nog geen doen, een realistisch perspectief op redzaamheid? Dat vraagt de PvdA-fractie zich af als zij deze reactie leest. Denkt de minister nu echt dat met spotjes de ingewikkelde problematiek van de eigen betalingen voor de zorgverzekeringen beter landt bij de genoemde groepen?

De regering heeft in de brief van 29 juni jongstleden een tussenstand gegeven van de uitvoering van haar reactie op het WRR-rapport. Daarin staat dat bij de voorbereiding van het beleid gewerkt wordt met een nieuwe kwaliteitseis — Doenvermogen en de Doenvermogenstoets —, dat bij de uitvoeringstoetsen van maatregelen gekeken zal worden naar het perspectief van de burgers, dat gedragsinzichten meegenomen zullen worden in beleid, uitvoering, toezicht en communicatie, en dat gekeken zal worden hoe de drempel om gebruik te maken van toeslagen zo laag mogelijk gemaakt kan worden.

Op welke wijze is dit vormgegeven bij het opstellen van het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken? De fractie van de PvdA kan zich niet voorstellen dat de conclusie daarbij was dat een voorlichtingscampagne en het stimuleren van lokale overheden om een informatiepunt in te richten, toereikend zijn. Wat maakt dat de minister dit voorstelt en niet steviger inzet op maatregelen om te zorgen dat mensen met verminderd doenvermogen hun kennis over de eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet vergroten?

Voorzitter. Dit brengt me op het volgende. De fractie van de PvdA is ervan overtuigd dat er meer moet en kan gebeuren dan goede voorlichting en dat we toe zijn aan een fundamentele herbezinning op het stelsel van eigen betalingen voor de Zorgverzekeringswet. Het huidige stelsel staat de toegankelijkheid voor mensen die zorg vooral nodig hebben in de weg, zoals ouderen, chronische zieken en mensen met verminderde gezondheidsvaardigheden. Als na tien jaar werken met het eigen risico, met eigen betalings-

gen en compensatiemogelijkheden voor mensen met hoge zorgkosten, bijna de helft van de Nederlanders niet weet hoe het zit, moeten we met elkaar dan niet onderkennen dat het stelsel te ingewikkeld is en leidt tot ongewenste zorgmijding?

Mevrouw Prast (D66):

Ik reageer nog even op een eerdere uitspraak van mevrouw Nooren. Ze wil de kennis over eigen betalingen in de zorg vergroten. Dan zit ik even na te denken. Stel dat je die kennis vergroot. Mensen dachten dat ze niks hoefden te betalen, maar ze moeten wel iets betalen. Wat is dan het gevolg?

Mevrouw Nooren (PvdA):

Dat mensen weten hoe het zit, want daar gaat het over. Het onderzoek van het NIVEL gaat erover dat mensen niet snappen ... Ik weet niet of mevrouw Prast het rapport heeft gelezen, maar de minister heeft op basis van eerdere vragen een onderzoek door het NIVEL laten doen naar de kennis van de Zorgverzekeringswet en de eigen betalingen.

Mevrouw Prast (D66):

Wat ik bedoel, is dit. Ik hoor vanmiddag steeds opmerkingen over dat mensen zorg mijden die ze niet zouden moeten mijden, omdat die zorg geld kost.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Klopt.

Mevrouw Prast (D66):

Maar ik hoor ook een oproep om de kennis van mensen te vergroten dat het geld kost. Ik vind het moeilijk om die twee met elkaar te verenigen. Over het NIVEL-rapport kan ik zeggen dat ... Ik wil niet al te kritisch zijn, maar als wetenschapper hecht je nooit veel vertrouwen aan uitkomsten van panels die door zelfselectie erin zijn gekomen.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Het lijkt mij dan goed als mevrouw Prast daar een vraag over aan de minister stelt, want de minister heeft op basis van dat rapport wel beleid ingezet. Dus dat wordt nog een interessant debat. Het is een feit dat er op dit moment eigen betalingen zijn in de Zorgverzekeringswet. Er is een verplicht eigen risico, er is een vrijwillig eigen risico en er zijn eigen betalingen, bijvoorbeeld voor hulpmiddelen. Dat zijn feiten waar wij mee te maken hebben. Als het aan de PvdA-fractie lag en aan de sprekers die voor mij spraken, dan zouden we zeggen: schaf dat eigen risico af. Zolang het er wel is, is het belangrijk dat mensen weten hoe het zit. Eén ding dat mensen niet weten, is dat je een zorgtoeslag krijgt en dat die mede bedoeld is voor het eigen risico. Dat blijkt uit het onderzoek van het NIVEL. Ik denk dat dat breder is als je die vraag aan de algemene bevolking stelt. Waar wij voor pleiten als PvdA-fractie? Wij geloven in een krachtige burger, dan is het handig als de burger weet hoe het zit.

Mevrouw Prast (D66):

Het hele idee dat het, als je mensen informeert, nog niet leidt tot een bepaald gedrag, is één van de gedragsinzichten.

Dus ik snap dan niet waarom mevrouw Nooren nu zo pleit voor meer kennis.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Ik pleit ervoor dat ... Het is belangrijk dat mensen weten hoe het zit. Dat schrijft de minister zelf ook. Daar worden heel veel interventies voor gedaan. We zien ook dat groepen die recht hebben op de zorgtoeslag, daar geen gebruik van maken. Het lijkt me dat D66, met de Partij van de Arbeid, dat een gemiste kans vindt. Tegelijkertijd weten mensen bijvoorbeeld niet waarvoor je een eigen risico moet betalen. Dat is gevraagd bij het NIVEL-onderzoek. We gaan even terug naar 2015. Toen hadden we de grote stelselwijziging in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Toen bleek er ook substantieel minder gebruik te worden gemaakt van de huisarts, terwijl we de huisarts helemaal geen onderdeel van die stelselwijziging uitmaakte. Het is denkbaar dat dat tot ongewenste effecten heeft geleid, waardoor mensen onterecht niet naar de huisarts gaan. Het is dus belangrijk dat je, ook bij D66, staat voor een stelsel waarbij mensen weten hoe het zit, zodat ze gebruik maken van de mogelijkheden die bij hen passen.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Ik wil het volgende tegen mevrouw Nooren zeggen. Kennis leidt ook tot stennis. Want er zijn ook veel groepen die wel degelijk kennis hebben, maar erachter komen dat ze het onrechtvaardig vinden dat zij niet voor die zorgtoeslag in aanmerking komen. Wat vindt u daarvan?

Mevrouw Nooren (PvdA):

Kennis is stennis en die stennis leidt volgens mij tot stemgedrag. Het stelsel van betaling van de zorg is een collectief goed. Het is een opdracht van de rijksoverheid om de toegankelijkheid van de zorg te realiseren. Vervolgens hebben we het over de betaalbaarheid daarvan. Dat die kennis tot stennis leidt, zal leiden tot een bepaald stemgedrag. Onze positie is helder. We hebben tien jaar gewerkt met een eigen risico. Wij zien dat groepen zoals ouderen, mensen met een chronische ziekte en mensen met een laag inkomen om dat eigen risico de zorg gaan mijden. Daarom zeggen wij: we zijn doorgeslagen in dit instrument. Idealiter, als we het alleen voor het zeggen zouden hebben, zouden we dit instrument afschaffen en kijken naar een inkomensafhankelijke eigen betaling van de zorgkosten. Dat past bij de PvdA.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Mevrouw Nooren zegt heel terecht dat stennis leidt tot stemmen. Bij de PvdA is dat helaas niet gebleken. Kan ik hieruit concluderen dat de Partij van de Arbeid zich vanaf nu meer gaat richten op de achterban waar zij voor op zou moeten komen? Dat zijn juist die middengroepen.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Volgens mij richten we ons daarop. Maar daar gaat dit debat niet over, zullen we maar stellen. Ik kijk even naar de voorzitter.

Ik was gebleven bij de ongewenste zorgmijding en het inzicht in de eigen betalingen. Er zijn alternatieve modellen te bedenken waarbij, met hetzelfde geld, het stelsel slimmer

ingericht is. Het voorstel is om het stelsel zo in te richten dat mensen aan het begin van het jaar zicht hebben op wat zij moeten betalen. Daarbij kunnen zij op een eenvoudige wijze aan hun verplichtingen voldoen én gemakkelijk de op hun situatie van toepassing zijnde compensaties krijgen. Het past bij de ambitie van dit kabinet om werk te maken van de aanbevelingen uit het WRR-rapport Weten is nog geen doen. De kern van het advies is immers dat je de default in wet- en regelgeving zo moet vormgeven dat geldt: als je niks doet, dan zit je goed.

Wij roepen de minister op alternatieven voor het huidige stelsel van eigen betalingen serieus te onderzoeken. Er zijn daar in de afgelopen jaren al verschillende suggesties voor gedaan, zoals het voorstel van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om de zorgtoeslag direct over te maken aan de zorgverzekeraars. Om de privacy te borgen, stellen we voor dit te beperken tot het bedrag van het verplichte eigen risico, zolang dat er is, en de rest van de tegemoetkoming aan de verzekerde zelf over te maken. Is de minister bereid tot een verkenning naar alternatieven voor het huidige stelsel van eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet en de resultaten hiervan te delen met deze Kamer en uiteraard ook met de Tweede Kamer? Zo ja, op welke termijn denkt hij een dergelijke verkenning uit te kunnen voeren? En zo nee, waarom niet?

Voorzitter, ik kom tot een afronding. De Nederlandse gezondheidszorg is goed en daar mogen we met zijn allen trots op zijn. Het is van belang dat wij het zorgstelsel en de financiële rolverdeling daarin zo vormgeven dat de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg voor iedereen geborgd is. Het stabiliseren van het eigen risico is volgens de fractie van de PvdA een magere stap om de drempel voor mensen die aangewezen zijn op zorg niet nog hoger te maken. Om mensen duidelijk te maken hoe het zit met de eigen betalingen en te voorkomen dat noodzakelijke zorg vermeden wordt, zal meer moeten gebeuren dan een voorlichtingscampagne en het aanspreken van lokale overheden op hun verantwoordelijkheid.

De fractie van de PvdA roept de minister op om het wat betreft de eigen betalingen voor de Zorgverzekeringswet niet bij het wetsvoorstel van vandaag te laten. Ze roept de minister op om ambitieus te zijn en om als systeemverantwoordelijke alles in het werk te stellen om het zorgstelsel zo vorm te geven dat iedereen de zorg krijgt die nodig is voor het behouden of het verwerven van een goede gezondheid.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Nooren. Ik geef het woord aan mevrouw Baay.



Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS):

Voorzitter. Vandaag behandelen we een wetsvoorstel om de komende drie jaar het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering te fixeren op €385 per jaar per verzekerde. 50PLUS is principieel tegenstander van het eigen risico en wil het financieel straffen op ziek zijn afschaffen. Een eerste stap daartoe zou kunnen zijn om het eigen risico fors te verlagen naar bijvoorbeeld €200 per jaar, al dan niet stapsgewijs verdeeld over drie jaar. Maar dit kabinet kiest

ervoor om ook in economisch betere tijden enkel de té hoge eigen bijdrage van €385 te handhaven.

De extreme verhoging van de eigen bijdrage vond plaats in 2013, als een soort noodmaatregel om de overheidsfinanciën op orde te krijgen. In dat jaar werd de bijdrage verhoogd van €220 naar €350 en hij steeg sindsdien gestaag door. Met name de ouderen, die al jarenlang geen indexatie van hun pensioen krijgen, worden hierdoor onevenredig benadeeld. Immers, ouderen lopen nu eenmaal een groter risico op het verkrijgen van gezondheidsklachten. In plaats van verlaging van het eigen risico kiest dit kabinet liever voor afschaffing van de dividendbelasting, à raison van 2 miljard euro. Het is voor 50PLUS onbegrijpelijk dat in economisch gunstige tijden zo'n politieke keuze wordt gemaakt, temeer daar zowel de ChristenUnie als het CDA in hun verkiezingsprogramma's de kiezer beloofd hadden om de eigen bijdrage fors naar beneden te brengen.

Mevrouw Prast (D66):

Mevrouw Baay zei daarnet dat ouderen een groter risico op ziekte hebben. Maar ze betalen geen hogere premie. Dan we zijn toch heel solidair met ouderen?

Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS):

Ouderen zullen uiteraard ook vaker gebruikmaken van doorverwijzing naar specialisten en dergelijke. Dat betekent dat automatisch hun eigen bijdrage en hun eigen risico volledig worden volgemaakt. In dat opzicht zijn ze dus wel degelijk de dupe, ten opzichte van gezonde, jongere mensen.

De voorzitter:

Mevrouw Prast, wilt u reageren? Nee? Oké.

Mevrouw Baay-Timmerman (50PLUS):

Bovendien is deze bevrozing van het eigen risico in feite een wassen neus. Immers, de kosten van de bevrozing worden betaald vanuit een stijging van de nominale zorgpremie met €34 voor iedere verzekerde. Uiteraard juichen wij het toe dat het eigen risico de komende drie jaar niet wordt verhoogd, maar het is wel een sigaar uit eigen doos.

Voorzitter. In de nota's naar aanleiding van het verslag van 1 juni 2018 en 17 augustus jongstleden staat: "Het verplicht eigen risico heeft onder meer tot doel dat verzekerden zich nog eens afvragen of het gebruik van zorg echt nodig is." Ik begrijp deze zin niet. Immers, een patiënt die door zijn huisarts, de poortwachter tot vervolgzorg, wordt doorgestuurd naar een specialist of geneesmiddelen krijgt voorgeschreven, gaat zich toch niet afvragen of hetgeen de arts aanraadt en adviseert wel echt nodig is? In feite zegt de minister dat een patiënt niet mag afgaan op de deskundigheid van de huisartsen. De huisarts, als poortwachter, hééft al een remeffect op de vervolgzorg. Hij heeft de expertise om te beoordelen of iemand wel of niet die zorg nodig heeft. Moet ik deze zin in de nota's zo interpreteren dat de minister, wanneer hij zelf een doorverwijzing van zijn arts krijgt, zich eerst gaat afvragen of dit wel noodzakelijk is? Zo nee, waarom zou je die vraag dan stellen aan de burger? Graag een reactie van de minister hierop.

Voorzitter. Wat is dat andere doel van het verplicht eigen risico, zo vraag ik de minister. Immers, dat medische zorg betaald moet worden en dat medische handelingen duur zijn, is genoegzaam bekend. Maar 50PLUS is ervan overtuigd dat die hoge zorgkosten niet worden veroorzaakt door onnodig gebruik van zorg, maar door heel andere factoren zoals doorgesloten bureaucratie, verspilling en overheadkosten. Chronisch zieken en mensen die veel zorg nodig hebben, zijn zich maar al te goed bewust van de kosten. Voor een aantal van hen geldt zelfs dat zij daardoor vervolgzorg gaan mijden met alle kwalijke gevolgen van dien. Het is een gegeven dat de hoogte van de eigen bijdrage samenhangt met zorgmijding. Dit wordt ook erkend door patiëntenorganisaties en huisartsen. Overigens verkeert een aantal mensen nog steeds in de veronderstelling dat een bezoek aan de huisarts ook gevolgen heeft voor het eigen risico; mevrouw Nooren haalde dat al aan. Is de minister hiermee bekend? Weet hij om hoeveel personen het gaat? Wat gaat hij doen aan adequate voorlichting?

Vrijwel iedereen vindt zorgmijding bij noodzakelijke zorg een onwenselijke situatie, maar blijkbaar is het voor dit kabinet niet onwenselijk genoeg om voor eens en altijd een definitieve stap te zetten naar een structurele verlaging van het eigen risico. Dit wetsvoorstel heeft immers maar een beperkte geldigheidsduur. Na 2021 bestaat geen enkele garantie dat niet opnieuw een stijging van het eigen risico gaat plaatsvinden. Volgens berekeningen zou het eigen risico dan rond de €460 uitkomen, terwijl de overgrote meerderheid van de Nederlandse bevolking het bedrag van €385 al veel te hoog vindt. Is de minister het met 50PLUS eens dat betaalbare en toegankelijke zorg voor iedere verzekerde in Nederland het uitgangspunt zou moeten zijn en dat zorgmijding puur om financiële redenen in een land als Nederland niet zou mogen voorkomen? Graag een reactie van de minister.

Naar de overtuiging van 50PLUS is het een gemiste kans om nu niet al stappen te ondernemen om de stijging van zorgkosten te beteugelen door zorg op maat dichterbij huis te bieden en te investeren in preventie.

Voorzitter. Ik heb nog een vraag die iets buiten dit wetsvoorstel valt, maar die wel rechtstreeks te maken heeft met en gerelateerd is aan het eigen risico. Ik ontvang een aantal brieven waarin de brieven schrijvers zich afvroegen wie de medische kosten gaat betalen die verband zullen houden met orgaandonatie. Immers, voor orgaandonatie is verblijf in een ziekenhuis een vereiste. Daarmee wordt veelal het eigen risico volgemaakt. Dat betekent dan dat de nabestaanden deze kosten zouden moeten betalen. De brieven schrijvers vroegen zich af hoe deze betaling zich verhoudt tot het levensreddende gebaar om donor te zijn. Kan de minister hierover al duidelijkheid verschaffen?

Tot slot. Nogmaals, het is zeer teleurstellend dat dit kabinet ervoor kiest om wel geld uit te trekken voor afschaffing van de dividendbelasting, kosten 2 miljard, maar niet om de eigen bijdrage te verlagen. Zelfs door een prominent VVD-lid met de naam Wiegels wordt de dividendtaks betiteld als een lugubere thriller waarin niemand meer gelooft behalve de minister-president. Om een verhoging van de eigen bijdrage te voorkomen zal onze fractie noodgedwongen kiezen voor fixatie van de eigen bijdrage op €385 tot en met 2021. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Baay. Ik geef het woord aan mevrouw Prast.



Mevrouw Prast (D66):

Dank u wel, voorzitter. Even naar mevrouw Baay: volgens mij begrijpt ook de heer Poolman van Unilever de dividendbelasting, dus dat zijn er in ieder geval twee.

Mevrouw de voorzitter. Een jaar geleden debatteerden we hier met minister Schippers over de bevrozing van het eigen risico voor de zorgverzekering voor 2018. Ik citeerde toen met instemming een column van Frank Kalshoven die hij in de Volkskrant had geschreven naar aanleiding van een lijsttrekkersdebat voor de Tweede Kamerverkiezingen. Frank Kalshoven schreef het volgende: "Mensen kiezen er niet voor om ziek te worden. Mensen kiezen er niet voor een leuke band te krijgen. Mensen gaan niet voor de lol naar de dokter. Mensen gaan niet voor de lol naar de fietsenmaker."

Frank Kalshoven wilde daarmee uitdrukken dat het argument van sommige partijen dat enkel en alleen het feit dat ziek zijn iets is wat je overkomt en wat niet leuk is geen goede reden is om zorg gratis, dat wil zeggen zonder eigen risico, te verstrekken en ook dat het eigen risico in de zorg net zo min een boete is op ziek zijn — ik hoorde mevrouw Baay zeggen: straf op ziek zijn — als het betalen van de fietsenmaker dat is voor het hebben van een leuke band. Laat ik even iets uitleggen. Ik ben zelf geen autorijder, dus dit onderwerp ligt verder helemaal buiten mijn ervaringswereld. Betalen om ergens te parkeren waar je mag parkeren is iets anders dan ergens parkeren waar je niet mag parkeren en dan een boete krijgen.

Voorzitter. We hebben het vandaag over de ...

Mevrouw Nooren (PvdA):

Misschien is het goed om even een vraag te stellen aan mevrouw Prast. Zorg is niet gratis. Iedereen betaalt daar een inkomensafhankelijke premie voor. Dus de stellingname dat zorg gratis is als je geen eigen risico hebt, is volgens mij niet correct.

Mevrouw Prast (D66):

Ik bedoelde te zeggen: als je de pech hebt dat je een leuke band hebt, moet je daarvoor betalen. Als je in Nederland woont, betaal je allemaal mee aan de zorgverzekering. Niet iedereen wordt ziek. Als je de pech hebt ziek te worden, betaal je het eigen risico.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Laat ik een vergelijking maken met een andere verzekering, want dat lijkt mij een goede vergelijking. Er zijn heel veel verzekeringen waarin je bijvoorbeeld je eigen risico kunt afkopen. Dat kan in de Zorgverzekeringswet niet. Daarom begon ik met: er is niks te kiezen voor de Nederlander. In afwijking van andere verzekeringen — de Zorgverzekeringswet is een verzekering — gaat het over een situatie waarin in dit geval de politiek het besluit neemt dat iedereen verplicht is de eerste €385 zelf te betalen.

Mevrouw Prast (D66):

Er zijn inderdaad verzekeringen waarin je je eigen risico kan afkopen. Er zijn ook verzekeringen waarin dat niet kan. Het zou een studie vereisen om daar een systeem in te ontdekken.

De heer Don (SP):

Mevrouw Prast, we hebben toch wel verschillende wereldbeelden. U praat over een leuke band en een auto en ik denk aan mensen die ziek zijn, soms incidenteel, die geholpen kunnen worden, maar ook aan mensen die chronisch ziek zijn. Om dan een werkingsmechanisme neer te leggen ... Een leuke band is een ongemak, maar een ziekte kan soms levensbedreigend zijn. Om daar een sturingsmechanisme aan te koppelen voor je gedrag; daar zie ik toch wel een groot verschil tussen.

Mevrouw Prast (D66):

De heer Don heeft het over een sturingsmechanisme. Ik zie dat anders. Je hebt pech dat je iets overkomt en je moet €32 per maand betalen en niet meer. Ik zie dat niet als een sturingsmechanisme. Ik zie het als: je betaalt daar ook aan mee omdat je de pech hebt ziek of chronisch ziek te zijn. De analogie met de fiets, de fietsband.

De voorzitter:

Dat is altijd het gevaar van een vergelijking: omnis comparatio claudicat oftewel iedere vergelijking gaat mank. Altijd lastig!

De heer Don (SP):

Ik voel 'm, mevrouw de voorzitter. Ik zal geen vergelijking meer gebruiken in dezen.

U bedoelt €32 extra per maand, mevrouw Prast, want je betaalt je verzekeringspremie al. Je betaalt al een inkomensafhankelijke premie. Je betaalt dus die €32. Even de standaard normale verdeling voor de populatie: 75% van de bevolking zal dat goed, op z'n gemak kunnen betalen. Er is recent een rapport verschenen, een factsheet van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dan zie je die groep waar we over hebben. Daarvoor is die €32 wel heel relevant en heel geld. Wat voor u en mij niet uitmaakt, die €32 per maand, maakt daar terdege wel uit. Ik heb het over een systeem waarbij je zegt: jongens, laten we die lasten nu collectief met elkaar dragen voor de groep die het niet gerooid krijgt. En u zegt dat ze toch maar die €32 moeten betalen.

Mevrouw Prast (D66):

Het is een feit dat de gezondheidsverschillen in Nederland, na de verschillen in opleiding en inkomen, heel groot zijn. Na Duitsland zijn ze het grootste in Europa en dat vind ik heel zorgwekkend. Het feit dat sommige groepen voorspelbaar meer van de zorg gebruikmaken, maar ze toch geen hogere premie hoeven te betalen dan andere groepen, vind ik een heel sociaal systeem.

De voorzitter:

Tot slot, meneer Don, op dit punt.

De heer Don (SP):

Mijn laatste opmerking, voorzitter. Dan rond ik af. Ja, daar zit ons verschil van visie, mevrouw Prast. Wat mij betreft zou die €32 niet bij die groep terecht moeten komen.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

We hebben het hier over een verzorgingsstaat, waarin bepaalde collectieve voorzieningen in het leven zijn geroepen, zoals nutsvoorzieningen, maar ook de gezondheidszorg. Eerder werden, in het debat over orgaandonatie, garanties met stofzuigers vergeleken. Nu hebben we weer zoiets dergelijks. Kunnen we concluderen dat de voorzieningenstaat D66 niet meer aan het hart gaat en dat men alles in de markt wil gooien? Of zie ik dat verkeerd?

Mevrouw Prast (D66):

Dat ziet u verkeerd.

De heer Ton van Kesteren (PVV):

Goed.

Mevrouw Prast (D66):

Voorzitter. We hebben het vandaag over de financiering van de zorg, over geld dus. Ik kom daar nog op terug. Maar voordat ik dat doe, wil ik het onderwerp graag in een wat breder perspectief plaatsen. Er zijn voor zorg niet alleen financiële middelen maar ook mensen nodig, of het nu gaat om zorg binnen het basispakket of daarbuiten. Louis Couperus laat in De kleine zielen tante Constance zeggen dat geld "le moindre de mes soucis" is. In haar geval is dat niet zo. Dat is natuurlijk ook de reden waarom Couperus haar dat vaak laat zeggen, als een mantra. Maar in het geval van de zorg in Nederland lijkt het er momenteel op dat geld echt le moindre de nos soucis is, want de zorgsector kampt met een groot aantal onvervulbare vacatures. Er is geld om mensen in dienst te nemen, maar de mensen zijn er niet.

In zijn Actieprogramma Werken in de Zorg van maart jongsteden schrijft de minister dat het tekort aan medewerkers een van de belangrijkste uitdagingen is voor iedereen die iets te maken heeft met zorg en welzijn. Er is nu al te weinig aanbod van zorgpersoneel, maar bij ongewijzigd beleid groeit dat nog verder en dreigt er volgens de publicatie van het ministerie in 2022 een tekort van 100.000 tot 125.000 zorgmedewerkers. De ambitie van het ministerie is in de toekomst een tekort van nul of daar dichtbij, onder andere door meer mensen op te leiden. Mijn fractie hoopt dat dit afdoende is en wijst erop dat intussen geldt dat hoe schaarser personeel is, des te belangrijker het is om het daar in te zetten waar de nood het hoogste is.

Terug naar het geld: de bevrozing van het eigen risico tot 2021. Ik zal mijn fractie adviseren voor dit wetsvoorstel te stemmen. Naar ons oordeel verdient een premiestijging voor iedereen vanuit het oogpunt van solidariteit van ziek met gezond de voorkeur boven een stijging van het eigen risico, waar slechts de helft van de verzekerden, namelijk

degenen die het eigen risico helemaal opmaken, voor zou opdraaien.

De heer Don (SP):

Een hele korte vraag aan mevrouw Prast. U had het over een geprognosticeerd tekort aan medewerkers in de toekomst, maar ook nu. Is dat een aparte boodschap die u wilt afgeven of is er ook een verbinding met het wetsontwerp?

Mevrouw Prast (D66):

Nee, er is geen verbinding met het wetsontwerp in die zin. Laat ik het daarbij laten.

Mevrouw Nooren (PvdA):

Even op hetzelfde punt. Wat je constateert, is dat de tekorten in de zorg deels worden opgelost door zelfstandigen zonder personeel. Daarbij komt dan ook nog die 21% btw. In de ogen van mijn fractie is dat een verslechtering van de financiële situatie van de zorg. Ervoor zorgen dat er geen zelfstandigen zonder personeel in de zorg kunnen werken, zou een manier kunnen zijn om de kosten van de zorg te verminderen. Heeft mevrouw Prast daar ook ideeën over? Er zijn tekorten in de zorg, mensen gaan uit dienst en komen weer terug en dan wordt er 150% van het normale inkomen van 100% betaald. Het zou mooi zijn als u het kabinet zou oproepen om daar wat aan te doen.

Mevrouw Prast (D66):

Dank voor deze vraag. Ik moet me daar eens over gaan buigen.

Ik kom aan het einde van mijn verhaal. Ik zei al dat naar ons oordeel een premiestijging voor iedereen vanuit het oogpunt van solidariteit van ziek met gezond de voorkeur heeft boven een stijging van het eigen risico. Tegelijkertijd vinden we het handhaven van een eigen risico in de zorg belangrijk om de reden die ik aan het begin van mijn bijdrage noemde: dat ziek zijn je overkomt en onprettig is, betekent niet dat je er niet aan hoeft mee te betalen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Prast. Meneer Don?

De heer Don (SP):

Ik heb nog een afsluitende vraag aan mevrouw Prast. U heeft mij horen betogen over de effecten van zorgmijding. Bent u het met mij eens dat er effecten van zorgmijding zijn?

Mevrouw Prast (D66):

Zorgmijding, het mijden van noodzakelijk zorg, is kwalijk en heeft gezondheidseffecten. Het niet-opzoeken van niet-noodzakelijke zorg wil je natuurlijk bevorderen. Daar hebben we het over gehad.

De heer **Don** (SP):
Bent u het met mij eens ...

De **voorzitter**:
Tot slot, meneer Don.

De heer **Don** (SP):
Mijn laatste vraag, mevrouw de voorzitter. Excuses dat ik u dat niet eerder heb gevraagd. Zou het niet interessant zijn, mevrouw Prast, om het fenomeen zorgmijding en de effecten daarvan eens wat nader te beschouwen?

Mevrouw **Prast** (D66):
Dat is interessant. Bij mijn weten is er geen onderzoek met een wetenschappelijk overtuigende basis dat laat zien dat er sprake van ongewenste zorgmijding is. Mag ik daar nog een laatste opmerking aan toevoegen? Stel dat we allemaal geen zeep en tandpasta zouden kopen, zou dat dan een effect hebben op de gezondheid in Nederland? Ik denk het wel. Zit het in het basispakket? Nee.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Nogmaals dank u wel, mevrouw Prast. Ik geef het woord aan de heer Flierman.



De heer **Flierman** (CDA):
Dank u wel. Mevrouw de voorzitter, ik voer vandaag over het wetsontwerp tot het ongewijzigd laten van het eigen risico in de Zorgverzekeringswet mede namens de fractie van de ChristenUnie het woord. Het wetsvoorstel is op zich niet zo ingewikkeld. Het voornemen om het verplicht eigen risico tot en met 2021 ongewijzigd te laten, staat in het regeerakkoord, het is wetstechnisch niet bijzonder complex, de Raad van State had geen al te zwaarwegende bedenkingen en een zeer ruime meerderheid van de Tweede Kamer stemde voor. De fracties van het CDA en de ChristenUnie zullen ook in deze Kamer op dit punt het regeerakkoord volgen en voor het voorstel stemmen.

Als ik dan toch enkele opmerkingen maak en vragen stel, dan doe ik dat vanuit een wat ruimer perspectief dan dit wetsvoorstel in engere zin. De minister zit er inmiddels bijna een jaar en is net terug van een vakantie waarin hij hopelijk heeft kunnen uitrusten en ook wat heeft kunnen nadenken. Ik hoop hem dan ook uit te dagen tot een iets bredere beschouwing. De collega's hebben daar volgens mij ook al hun best voor gedaan. Ik zie wat dat betreft uit naar een interessante avond. Ik wil daartoe kort de thema's communicatie, risicosolidariteit en kostenbeheersing in de zorg aanstippen; thema's die allemaal ook met dit wetsvoorstel van doen hebben.

Om te beginnen de communicatie. Mevrouw Nooren had het er ook al over. "Ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico", is het wetsvoorstel gedoopt. Iets populairder nog: bevrozing eigen risico. Dat de voorgestelde maatregel als keerzijde een extra verhoging van de nominale premie heeft, blijft in de benaming van de maatregel en in dit

wetsvoorstel onbenoemd. Is dat toch niet wat misleidend? In officiële publicaties wordt weliswaar op de consequentie van de bevrozing gewezen, maar de beeldvorming is toch anders. Nu kan toch de indruk ontstaan dat de bijdrage van de burgers aan de zorg gelijk blijft, maar dat is zeker niet het geval. Het is goed dat nog maar eens te benoemen en om een reactie van de minister te vragen.

Dan de risicosolidariteit, voorzitter. We verschuiven het risico, en de daarmee gemoeide lasten, in de richting van de burgers die relatief weinig zorg gebruiken en hun eigen risico niet "vol" maken. Zij gaan immers straks wel meer premie betalen. Met name voor mensen net boven alle toeslaggrenzen, die de volle rekening van de premieverhoging van een nog altijd bescheiden inkomen moeten opbrengen, is dat zuur. Daartegenover profiteren ook hogere inkomens die hun eigen risico jaarlijks wel volmaken, van de bevrozing. Hoe je het ook keert of wendt, dat voelt niet helemaal goed. Maar, zegt de regering in een reactie op het advies van de Raad van State en op onze vragen daarover, nu praat je over inkomenssolidariteit, en het wetsvoorstel gaat over risicosolidariteit, en dat staat los van inkomenspolitiek.

Voorzitter, ik geloof dat meneer Don mij een vraag wil stellen.

De **voorzitter**:
Meneer Don.

De heer **Don** (SP):
Collega, via de voorzitter, bij elke wijziging, ook in de voorafgaande jaren, speelde dit thema toch? Als je het eigen risico verhoogt, heeft dat consequenties voor premies, voor degenen die wel een zorgtoeslag krijgen en voor degenen die geen zorgtoeslag krijgen. Het is toch geen nieuw vraagstuk dat u nu opwerpt?

De heer **Flierman** (CDA):
Nee, dat is ook geen nieuw vraagstuk, maar laten we dan zeggen dat er wel een nieuw kabinet en een nieuwe minister zitten, en dat het daarom best interessant is om er opnieuw over te praten.

De heer **Don** (SP):
Oké.

De heer **Flierman** (CDA):
Goed. Voorzitter, zoals ik zei: met de observatie dat het niet over inkomens-, maar over risicosolidariteit gaat, werd ook de observatie van de Raad van State onschadelijk gemaakt dat er mogelijk meer gerichte maatregelen denkbaar waren om mensen te ondersteunen voor wie het hoge eigen risico een financieel probleem vormt. Toch was dat laatste probleem volgens mij de achtergrond van de voorstellen, zeker als we in overweging nemen wat daarover tijdens de verkiezingscampagnes vorig jaar allemaal is gezegd. De inleiding van de bewuste passage in het regeerakkoord luidt niet voor niets "we vinden het belangrijk dat de zorg betaalbaar is voor iedereen". Graag hoor ik nog eens van de minister wat in zijn ogen nu de echte achtergrond van

de voorgestelde maatregel is: gaat het om spreiding van risico of om betaalbaarheid?

Mocht het toch het laatste zijn, dan wil de minister misschien ook nog weleens reflecteren op de systematiek van toeslagen en andere gerichte maatregelen, die ook de Raad van State denkbaar achtte? Zou in de toekomst langs die weg een gerichtere verlichting van de lasten kunnen worden bereikt dan via het betrekkelijk grofmazige instrument dat nu wordt ingezet, al is het dan officieel met een ander doel? Ik ben heel benieuwd naar de reactie van de minister.

Interessant is wat onze fracties betreft ook dat de regering in dit voorstel na 2021 de "oude" systematiek wil doen herleven, waardoor het eigen risico weer gaat stijgen. De regering had ook kunnen regelen dat er dan bijvoorbeeld jaarlijks over de risicosolidariteit zou worden besloten. Maar kennelijk vindt dit kabinet dat in 2021 de gewenste verhoudingen in risicosolidariteit zijn bereikt? Ik hoor graag van de minister of dat zo is. Een nieuw kabinet en een nieuwe Kamer kunnen uiteraard altijd weer anders beslissen, maar uit de keuze om de systematiek dan weer in te voeren, leid ik toch af dat dit kabinet niet verder wil gaan. Deze regering legt de huidige wetgever een systeem voor waarin de eigen bijdrage vanaf 2021 weer gaat stijgen. Dus vindt het kabinet dat het dan wel goed zit met de risicosolidariteit, en vraagt het ons om dat te bevestigen? Ik hoor graag een reactie van de minister.

Tot slot het vraagstuk van de beheersing van de kosten van zorg, met name dan dat deel dat publiek wordt bekostigd. Uiteindelijk is dat het vraagstuk dat achter veel wetgeving op het terrein van het ministerie van VWS zit, en ook achter dit voorstel. Volgens mij heb je in essentie drie knoppen om aan te draaien als je de publiek gefinancierde kosten als aandeel in het bbp wilt beheersen: je probeert de vraag naar publiek gefinancierde zorg te beperken, met name door het verzekerde pakket in te perken, je probeert de kosten te beheersen, bijvoorbeeld via hoofdlijnenakkoorden of via meer of juist minder marktwerking, of je sleutelt aan de mix tussen publieke en private financiering, bijvoorbeeld door de introductie van een eigen risico. We weten wat er in het regeerakkoord staat, waarbij aan al die knoppen een beetje wordt gedraaid zonder drastische keuzes. We zien ook in andere wetsvoorstellen op het VWS-terrein nog weleens tegenstrijdige bewegingen, waarbij meer en minder sturing en regels elkaar afwisselen. Hoe zou de minister voor de lange termijn, dus ook voor de jaren na de huidige regeerperiode, die beheersing het liefst geregeld zien? Het zou boeiend zijn als de minister daar enige gedachten aan zou willen wijden. Ik zie wat dat betreft dan ook met veel belangstelling uit naar zijn antwoorden.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Flierman. Ik geef het woord aan de heer Bruijn.

De heer Bruijn (VVD):

Dank u, voorzitter. We spreken vandaag over de 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 belangrijkste vraag daarbij van mijn fractie aan de minister gaat over het prijskaartje op de lange termijn van dit wetsvoorstel, en luidt hoe het zit met het effect van dit wetsvoorstel in termen van een structureel verlies van werkgelegenheid door verhoging van de collectieve lasten per saldo ten opzichte van €30 minder zorgkosten per jaar, voor dezelfde doelgroep, namelijk de lager betaalden. Ik zal die vraag in het nu volgende nader onderbouwen.

De zorg is in ons land van hoge kwaliteit en iedereen heeft toegang tot die zorg. Volgens de OESO is van alle landen die onderzocht zijn de toegankelijkheid in Nederland zelfs het beste en het meest onafhankelijk van de sociaal-economische status. En we maken daarbij geen onderscheid. Ook in de premie die men betaalt, maken we geen onderscheid, met dien verstande dat, als je een heel laag inkomen hebt, je voor de premie wordt gecompenseerd of grotendeels gecompenseerd via de zorgtoeslag. Als de premie stijgt, stijgt automatisch ook de zorgtoeslag. Dat geldt mutatis mutandis ook voor het eigen risico. De balans tussen wat van de ziektekosten betaald wordt door mensen die gezond zijn en mensen die ziek zijn, wordt zo mede gevonden in dat eigen risico.

De eigen betalingen, dat wil zeggen het percentage ziektekosten dat mensen zelf betalen en niet van de verzekering terugkrijgen, inclusief het eigen risico, bedroegen in Nederland volgens de meest recente OESO-cijfers in 2016 11% van de zorgkosten, bij een mediaan van 15% in twaalf vergelijkbare landen. Dat is een groot goed. Van de ziektekosten wordt dus het overgrote deel collectief en grotendeels inkomensafhankelijk gedragen. Dat neemt niet weg dat het eigen risico door veel mensen als een barrière wordt ervaren. Dit zou kunnen leiden tot zorgmijding, en dan met name ongewenste zorgmijding, alhoewel de gegevens van het NIVEL die we nu hebben, lijken aan te geven dat de stijging van het verplicht eigen risico niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal ongewenste zorgmijders, zoals weergegeven door de regering in de nota naar aanleiding van het verslag. Wel is de stijging van het verplicht eigen risico tussen 2011 en 2013, waar 50PLUS al aandacht voor vroeg, gepaard gegaan met een afvlakking van de groei van de zorgkosten rond 10,8% van het bruto nationaal product. Dat bewijst natuurlijk niet een causaal verband, maar het suggereert iets. En er heeft in ieder geval een rem op de stijging plaatsgevonden, wat een beoogd effect was, maar geen daling van die zorgkosten, hetgeen in lijn lijkt met het afwezig zijn van aanwijzingen van zorgmijding. De zorgkosten zijn dus niet gedaald, hoewel in die tijd het eigen risico fors is verhoogd, zoals 50PLUS terecht aangaf. Misschien wil de minister hier nog eens op ingaan? Waar is dan die zorgmijding?

De VVD heeft op 26 september 2017 het voorstel gesteund om het eigen risico in 2018 te bevriezen, waardoor de solidariteit tussen zieken en niet-zieken verder toenam. Nu ligt er het voorstel van dit kabinet om de bevriezing op €385 door te zetten tot 2021, in plaats van een doorgroei naar €445, zoals becijferd in de memorie van toelichting. De maatregel vindt plaats binnen de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Dat wil zeggen dat de daling van het eigen risico leidt tot een stijging van de zorgpremie.

De heer **Don** (SP):

Meneer Bruijn had het net over de OESO-rapporten. Wij geven 10,7% van het bruto nationaal product uit aan zorgkosten. Dat is het op drie na hoogste percentage in de EU. U had, denk ik, wat ander vergelijkingsmateriaal. Verderop in het rapport staat ook dat wij in ons systeem relatief veel geld aan zorg spenderen in vergelijking tot wat wij ontvangen. Dus ja, u houdt een rooskleurig verhaal, maar het OESO-rapport legt ook een ander accent.

De heer **Bruijn** (VVD):

Die 10,8% kwam niet uit het OESO-rapport wat ik aanhaalde. Ik heb het gehad over een OESO-rapport waaruit blijkt dat onze zorg tot de meest toegankelijke ter wereld behoort, onafhankelijk van sociaaleconomische status. Los daarvan heb ik het gehad over de stijging van het verplichte eigen risico tussen 2011 en 2013, die relatief fors was, zoals 50PLUS heel terecht heeft aangegeven; ik zie daar geknik. En ik heb gekeken naar wat er toen gebeurde met de zorgkosten. Die zorgkosten daalden niet door die verhoging van het eigen risico, maar de stijging vlakke af tot 10,8% van het bbp. Dat percentage bleef dus gelijk, dus met een stijgend bbp stegen de zorgkosten als percentage van het bbp. Daaruit blijkt dus geen daling van de zorgkosten ten gevolge van die stijging van het eigen risico. En daarbij is er dus ook geen aanwijzing dat sprake was van zorgmijding, er was wel sprake van een beperking van de groei van de zorg. Dat was een gewenst effect.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):

Volgens mij is het juist een zoektocht met elkaar. In die tijd zijn andere maatregelen genomen, zoals hoofdlijnenakkoorden. Het was in een crisis, we waren bezig met de voorbereiding van de decentralisaties. U zei zelf al dat je niet kunt stellen dat er sprake is van causaliteit. Maar je kunt het ook niet omdraaien: het probleem is dat we met elkaar niet weten of de zorgmijding die al dan niet plaatsvindt terecht of onterechte zorgmijding is, omdat we daar weinig over weten. Dat maakt het zo lastig. De conclusie dat er geen sprake is van zorgmijding, lijkt me dus te snel, zeker voor iemand die hoogleraar is.

De heer **Bruijn** (VVD):

Ik hoor geen vraag, maar ik wil toch ingaan op de opmerkingen.

De **voorzitter**:

Beknopt graag.

De heer **Bruijn** (VVD):

Ik heb niet gezegd dat ik concludeer dat er geen zorgmijding is. Ik heb gezegd dat we in die gebeurtenissen geen aanwijzingen vinden voor zorgmijding. Het eigen risico is fors gestegen, de zorgkosten zijn niet gedaald. Daarin zie ik geen aanwijzing dat er sprake was van zorgmijding. Ik kan ook niet bewijzen dat er geen sprake is van zorgmijding, ik zie alleen de aanwijzingen niet van iets wat wel telkenmale beweerd is door meerdere voorgaande sprekers. Ik zie de aanwijzing daar niet in en ik ga in op het belangrijke voorbeeld wat door 50PLUS is aangedragen. We hebben toen het eigen risico fors verhoogd, de zorgkosten daalden niet.

Ja, voorzitter, ik ga door. Dat bewijst dus geen causaal verband. Er is een rem op de stijging, wat een beoogd effect was, maar er heeft geen daling plaatsgevonden. Dat lijkt in lijn met het niet optreden van zorgmijding. Lijkt. Misschien wil de minister daar nog eens op ingaan.

De VVD heeft in 2017 ingestemd met het bevriezen van het eigen risico, waardoor de solidariteit tussen zieken en niet-zieken toenam. Nu ligt er het voorstel van dit kabinet om te bevriezen op €385 tot 2021, in plaats van een doorgroei naar €445. Die maatregel vindt plaats binnen de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Dat wil zeggen dat de daling van het eigen risico leidt tot een stijging van de zorgpremie. Uiteindelijk moeten de zorgkosten gedekt worden door de opbrengsten van het eigen risico, plus dat van de nominale premie, die voor lagere inkomens wordt gecompenseerd door de zorgtoeslag, voor zover die premiestijging althans meer is dan de daling van het gemiddelde eigen risico, plus de inkomensafhankelijke bijdrage, plus een aanvulling uit de algemene middelen, betaald uit inkomensafhankelijke belastingheffing. Zo wordt ruim 80% van de zorgkosten inkomensafhankelijk collectief betaald. Interessant is wat eerder naar voren is gebracht, dat we dan toch een heel grote kloof, kennelijk de grootste kloof, hebben tussen gezond en ziek. Dat zou nog kunnen leiden tot de vraag of we de zorg niet te toegankelijk hebben gemaakt, met die enorm hoge collectieve financiering. Zou dat niet iets teruggedraaid moeten worden? Zou dat niet tot een verkleining van de kloof tussen gezond en ziek kunnen leiden? Misschien wil de minister daarop ingaan.

Voorzitter. Het wetsvoorstel zorgt voor een derving van de opbrengsten van het eigen risico van 413 miljoen structureel ten opzichte van het basispad. Het wetsvoorstel leidt verder tot 130 miljoen hogere uitgaven vanwege — daarvoor is door de Partij van de Arbeid al aandacht gevraagd — het gedragseffect op het gebruik van zorg. Dat is dus ruim 0,5 miljard tot 2022 verhoging van die kosten. Deze kosten worden betaald uit een hogere inkomensafhankelijke bijdrage en een hogere nominale premie, inkomensafhankelijk gecompenseerd door de zorgtoeslag. Het wetsvoorstel leidt tot een €34 hogere nominale premie in 2021. Het zorgt dus ook voor hogere uitgaven voor de zorgtoeslag, want die zal met circa €5 stijgen en dit kost in totaal 22 miljoen. En zo komt het totale budgettaire effect van deze voorgestelde maatregel op 560 miljoen structureel, zoals berekend in de memorie van toelichting. In het regeerakkoord was zelfs sprake van een intensivering van 0,7 miljard. Kan de minister dit verschil nog eens toelichten? Ik kon namelijk niet goed vinden waardoor dit veroorzaakt werd.

Ook de Raad van State heeft aandacht gevraagd voor de per saldo structurele verhoging van de collectief gefinancierde zorguitgaven door dit wetsvoorstel. Het feit dat in het regeerakkoord ook maatregelen zijn afgesproken die de groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven remmen, zoals het sluiten van hoofdlijnenakkoorden en diverse maatregelen op het gebied van genees- en hulpmiddelen, alsook onze investering in bijvoorbeeld preventie, waarvoor eerder aandacht is gevraagd, doet aan het effect van de nu onderhavige blote maatregel zelf niet af. Een dergelijke argumentatie en koppeling zouden zichzelf ook in de voet kunnen schieten, nu het CPB bij de doorrekening van het regeerakkoord minder omvangrijke besparingen ten gevolge van de hoofdlijnenakkoorden waarschijnlijk acht. Dus die koppeling moeten we maar niet maken.

Voorzitter. Tot zover dus het budgettaire effect van deze maatregel. Wat echter niet is doorgerekend, en waarvoor ik geen aandacht heb horen vragen, is de prijs die we voor die toenemende collectieve zorgkosten uiteindelijk gaan betalen in termen van druk op de economie en afnemende structurele werkgelegenheid, waar veel mensen van afhankelijk zijn. Wat weten we nu van dat prijskaartje, hoe kunnen we dat benaderen? Het is dus niet doorgerekend.

In zijn notitie van 24 augustus 2015 rekende het Centraal Planbureau de structurele effecten door van een pakket aan maatregelen waaronder het afschaffen van het eigen risico, naast een aantal andere forse ingrepen. Per saldo leidden deze veranderingen via lastenverhoging en verdere nivellering tot een, zoals in het rapport geformuleerd, substantieel negatief effect op de structurele werkgelegenheid. De opdrachtgever van dat rapport, de SP, zag daarin destijds geen aanleiding om het CPB te vragen om de omvang van dat effect nader te ramen. Hoe groot zou zo'n effect nu kunnen zijn? Welk deel van die forse structurele werkgelegenheidseffecten is redelijkerwijs toe te schrijven aan de daling van het eigen risico?

Volgens tabel 7.3 in het rapport Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 leidt het afschaffen van het eigen risico tot jaarlijks 3,7 miljard hogere uitgaven. Ook andere beleidsopties voor eigen betalingen, al of niet via een zorgtoeslag et cetera, waar de Partij van de Arbeid eerder vanmiddag naar vroege, zijn in dat rapport overigens allemaal uitgebreid doorgerekend. Die staan allemaal in dat rapport, maar wellicht dat de minister in de beantwoording daaraan nog iets toe wil voegen.

De heer Don (SP):

U kijkt weer in uw CPB-glazen bol. Daar bent u ook heel goed in. U hebt de modellen scherp in uw hoofd zitten. Misschien kunt u me dan ook helpen. Want we hebben het hier eigenlijk over een wetsvoorstel met eigen risico en over zorgmijding, gewenst en ongewenst. Wat zijn nu de effecten van dit eigen risico op — ik zeg het neutraal — zorgmijding? Daar zou toch ook een rekenwijze achter kunnen zitten, dat zou een doorberekening kunnen zijn. Ik ben in dat opzicht misschien maar simpel denkend, en pak even een aanpalend voorbeeld. De tandheelkundige zorg zit niet meer in de basisverzekering. Dat betekent naar mijn idee dat het merendeel van de mensen gewoon naar de tandarts kan gaan en het zelf betaalt of een aanvullende verzekering heeft. Maar voor een bepaald percentage van de bevolking is dat echt een probleem. Volgens mij is daar in 2016 een rapport over geweest waarin dat nog eens werd aangetoond. Wat voor effect hebben die slechte gebitten nu voor de persoon zelf, maar misschien ook maatschappelijk? Heeft het CPB daar ook over nagedacht? Graag een antwoord van u.

De heer Bruijn (VVD):

Ik heb dit onderwerp al behandeld. Uit de gegevens die er tot nu toe zijn — dat is het onderzoek van het NIVEL, dat zijn de berekeningen van wat er gebeurt als je het eigen risico in 2015 fors verhoogt — rollen geen aanwijzingen dat sprake is van ongewenste zorgmijding. Dat neemt niet weg dat die ongewenste zorgmijding er kan zijn. Ik heb de minister gevraagd om daarop in te gaan. Wellicht is er ergens een aanwijzing dat die ongewenste zorgmijding

optreedt. We weten wel dat het percentage eigen bijdrage aan de zorgkosten in Nederland het laagste is van alle vijftien landen om ons heen.

De heer Don (SP):

U kwantificeert het. Ik vraag u ook om aantallen. Als die slechte tanden zich in een grotere groep mensen voordoen, dan stel ik me het volgende voor. Je zit in een lagere inkomenscategorie, je moet solliciteren, je mag solliciteren, je wilt solliciteren, en je komt op je sollicitatiegesprek met slechte tanden. Dat heeft een effect. Als zich dat op grote schaal voordoet, kan daar iets uit voortkomen waarvan ik zeg: ja, het niet hebben van die tandheelkundige zorg in het basispakket heeft dus effect op een collectiviteit. Dat zou berekend kunnen worden. U zegt over het NIVEL-rapport dat daarin niet over ongewenste zorgmijding wordt gesproken en ook niet over gewenste zorgmijding. Alleen in de rekensom om te komen tot een financieel sluitend systeem voor onze zorg, wordt gewenste zorgmijding wel meegecalculeerd. Ik zoek even naar de goede woorden. Het eigen risico is een vorm van remming op het gebruik van zorg. Dat wordt ook gezien als een soort gewenste zorgmijding, maar daarachter zit natuurlijk wel een kwalitatief effect. Is dat effect op de een of andere manier zichtbaar te maken?

De heer Bruijn (VVD):

Het voorbeeld van slechte tanden is een heel goed voorbeeld, want slechte tanden voorkom je niet door betere tandheelkundige zorg. Slechte tanden voorkom je door betere voorlichting over preventie. Daarom stoppen wij als collectief in Nederland ruim 7 miljard euro per jaar in preventie, in kennis, onder andere in kennis over de rol van tandenpoetsen bij kinderen. Daar hebben wij, ook in het verkiezingsprogramma van mijn partij, niets aan afgedaan. Dit wetsvoorstel gaat daar ook niet over. Er is eerder ook op gewezen dat die preventie belangrijk is. Het paard wordt juist achter de wagen gespannen als ervoor wordt gezorgd dat onze economie zodanig beschadigd wordt dat we die preventie niet meer kunnen betalen en als dan wordt gezegd: laat het dan maar gebeuren, maar we gaan dat oplossen door betere tandheelkundige zorg. Nee, dat los je niet op met betere tandheelkundige zorg. Dat los je op door preventie. Daar stoppen we dus ook veel middelen in. Het is dus een heel goed voorbeeld van iets waarvan mijn partij zegt dat je dat moet voorkomen, want dat is beter dan genezen. Bovendien is dat veel kosteneffectiever.

De voorzitter:

Meneer Don, heel kort. Ik wil deze discussie niet eindeloos laten voortduren.

De heer Don (SP):

Ik zal het kort houden. Meneer Bruijn geeft geen antwoord op mijn vraag. Natuurlijk volg ik het verhaal over preventie.

De heer Bruijn (VVD):

Gelukkig.

De heer **Don** (SP):

Ja, fijn, maar ik gebruikte dat voorbeeld van tandheelkundige zorg om te kijken wat het effect is als zorg achterwege blijft. Daar geeft u geen antwoord op.

De heer **Bruijn** (VVD):

Ik hoor geen vraag, voorzitter.

De **voorzitter**:

Ik ook niet. Mevrouw Nooren, even niet over de tandheelkundige zorg, hè?

Mevrouw **Nooren** (PvdA):

Nee, zeker niet. De suggestie die de heer Bruijn doet, is dat een eigen risico niet kan leiden tot zorgmijding. Op 13 april 2017 is daarover een debat geweest tussen Van Rijn en de Tweede Kamer. Daaruit is gebleken dat er verschillende onderzoeken zijn. Er zijn onderzoeken waaruit blijkt dat 10% van de mensen om financiële redenen zorg mijdt. U verwees naar mijn bijdrage en u zei dat ik pleit voor allerlei andere systemen. In dat debat maar ook daarna is geconstateerd dat mensen zorg mijden terwijl ze hun eigen compensatiemogelijkheden niet gebruiken. Het ging mij erom dat je van de €90 die je krijgt, al €32,50 aan de zorgverzekeraar geeft. Mensen krijgen dus minder zorgtoeslag — €60 in plaats van €90 — en hebben dan impliciet al betaald voor hun eigen risico van hun zorgtoeslag. Dat was mijn voorstel. Dat ging dus niet om alle mogelijke beleidsopties. Dat zou leuk zijn, maar dit is een klein voorstelletje.

De heer **Bruijn** (VVD):

Mevrouw Nooren vraagt er aandacht voor dat ten gevolge van het eigen risico zorg gemeden wordt. Dat is ook de bedoeling van het eigen risico. Dat is ook precies het effect dat we beogen. Het is weliswaar het laagste ter wereld, maar dankzij de SP weten we dat, als we het eigen risico afschaffen, de collectieve lasten dan zo hoog worden dat er een drukkend effect ontstaat op de economie. Dat is, met name aan de onderkant van de arbeidsmarkt, dus een prijskaartje dat je dan betaalt. Het feit dat er zorgmijding is, is dus gewenst. Je moet kijken of er gewenste zorgmijding is of ongewenste zorgmijding, maar dat hoor ik in uw vraag niet terug. Als u dat zou vragen, zeg ik dat er op dit moment in de getallen die we hebben, geen aanwijzingen zijn dat er sprake is van substantiële ongewenste zorgmijding. Dat neemt niet weg dat die er wel kan zijn. Daar moeten we ook heel goed naar kijken. Daar wordt op dit moment ook onderzoek naar gedaan door het ministerie, maar ik vraag aandacht voor de andere kant, namelijk overbehandeling en overconsumptie in de zorg. Die zijn er in ieder geval zeker, want anders waren er niet zoveel wetenschappelijke onderzoeken, zelfs hele congressen en ook aandacht in de opleiding over hoe we omgaan met overconsumptie en de dwingende patiënt, die dingen vraagt die de dokter, ook de huisarts, niet durft te weigeren. Hoe gaan we daarmee om? Dat is voor een heel groot deel een kwestie van voorlichting en opleiding, maar het is ook een kwestie van een financiële prikkel.

De **voorzitter**:

Nog kort, mevrouw Nooren.

Mevrouw **Nooren** (PvdA):

Het voert te ver om dit debat nu uitgebreid te voeren. Mijn vraag aan de heer Bruijn is welke maatregel volgens hem effectief is. Is het effectiever om het eigen risico nog wat te verhogen of is het effectiever om te zorgen dat er in de professionaliteit en in de benchmark tussen zorgaanbieders gekeken wordt hoe je naar het gedrag van artsen ten opzichte van patiënten kan kijken?

De heer **Bruijn** (VVD):

Afhankelijk van de uitkomst van dit debat zou het best kunnen zijn dat mijn fractie gaat instemmen met dit voorstel om het eigen risico niet te verhogen, maar dan lopen we vooruit op de uitkomst van het debat. Die vraag kan ik vanavond dus misschien beantwoorden.

Voorzitter. Uit het rapport Keuzes in Kaart 2018-2021 weten we dat het afschaffen van het eigen risico in combinatie met een aantal andere maatregelen leidt tot een drukkend effect op de structurele werkgelegenheid van 0,65%, oftewel ruim 45.000 fulltime banen. Dat weten we uit de doorrekening van het verkiezingsprogramma van de SP. En slaat dat effect niet vooral neer bij de kwetsbaarste groepen? Gebrekkige groei van banen schept volgens de UWV-arbeidsmarktanalyse 2017 immers een probleem aan de onderkant van de arbeidsmarkt, zoals het daar genoemd wordt, en zorgt dáár voor langdurige werkloosheid. Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau wijst in zijn update van vandaag van De sociale staat van Nederland op die hardnekkige verschillen tussen bevolkingsgroepen. Gezien de negatieve correlatie tussen opleidingsniveau en zorgconsumptie, blijkend uit het rapport De prijs van gelijke zorg van het CPB uit 2013, zou dat weleens dezelfde groep kunnen zijn als die welke aanvankelijk lijkt te profiteren van een wat lager eigen risico.

Voor de laagstbetaalden — dat wil zeggen: degenen met een inkomen beneden €28.720 in 2018 — zou zo'n regeling extra wrang zijn, omdat zij door de zorgtoeslagcompensatie niet of nauwelijks profiteren van de verlaging van het eigen risico, terwijl juist zij wel het genoemde verlies van structurele werkgelegenheid zouden incasseren.

Voor de vierde, hoogste schijf zou het marginale belastingtarief volgens de dankzij de SP gemaakte notitie uit 2015 bij het daar doorgerekende pakket zelfs zo hoog worden — we hebben het dan over de Laffer-curve — dat de belastingopbrengsten nominaal afnemen, waardoor ook het effect op het EMU-saldo negatief uitpakt. In tijden van economische groei zou men kunnen stellen dat binnen de Europese afspraken ieder EMU-saldo beter dan een tekort van 60% van de groei acceptabel is; ook 50PLUS vroeg daar aandacht voor. Dat volgt immers uit de afspraak dat de schuldquote, de staatsschuld ten opzichte van het bbp, maximaal 60% mag bedragen, zodat de aanwas van dit quotiënt, zijnde het tekort gedeeld door de groei, eveneens maximaal 60% mag zijn. Maar er zijn ook economen die juist vinden dat men ten behoeve van de houdbaarheid van de overheidsfinanciën het dak moet repareren wanneer de zon schijnt. Hoe ziet de regering dit?

Voorzitter. Laat duidelijk zijn dat de maatregelen in het voorliggende wetsvoorstel uiteraard veel minder verstrekkend en zelfs van een totaal andere orde zijn dan de maatregelen die zijn beschreven in de hiervoor genoemde rap-

porten, die echter wel het dichtst komen bij de situatie waar we het nu over hebben. Die rapporten zijn dus niet toepasbaar op de huidige voorstellen, maar ze tonen wel de relatie tussen dit type maatregelen en de structurele werkgelegenheid. Het is voorstelbaar dat het effect van het huidige voorstel betrekkelijk gering is en mogelijk zelfs wegvalt in de afronding. Dat zou dan goed nieuws zijn. Dat zou ik dan graag bevestigd willen zien door de minister.

De hoofdvraag aan de minister van mijn fractie gaat dus niet alleen over het eigen risico en over zorgmijding — daar heb ik vragen over gesteld — maar ook over het uiteindelijke prijskaartje van collectieve lastenverhoging, die hoe dan ook het effect is van de voorgestelde maatregel, bevrozing van het eigen risico. De vraag is ook bij welke groepen in de samenleving dat effect neerslaat.

Ook zou mijn fractie de minister willen vragen hoe dat structurele effect zich verhoudt tot dat van de alternatieven, te weten een verdere verlaging of afschaffing van het eigen risico, zoals bepleit door sommigen, waaronder de Patiëntenfederatie Nederland, dan wel een doorindexering — het huidige basispad — of een verhoging ervan, of de introductie van een eigen bijdrage als alternatieve of additionele vorm van remgeld, waarvan enkele varianten budgettair zijn uitgewerkt in tabel 7.3 van Zorgkeuzes in Kaart.

Ten slotte vraagt mijn fractie de minister wat het effect van deze maatregel is op de inkomenssolidariteit. Stel dat het eigen risico zou stijgen naar €455, dan zou een verzekerde die zorgtoeslag ontvangt, een extra compensatie krijgen voor de stijging van het eigen risico, ongeacht of hij het eigen risico moet betalen. Dat is dus een overheveling van veelverdieners naar minderverdieners. Daarmee neemt de inkomenssolidariteit toe. Door nu het eigen risico te bevrozen, neemt weliswaar de risicosolidariteit toe, maar neemt de inkomenssolidariteit af ten opzichte van het basispad. Hoe ziet de minister dit?

Voorzitter. Mijn fractie ziet uit naar de beantwoording van deze vragen.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Bruijn. Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Dat is niet het geval.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt van 17.04 uur tot 17.32 uur geschorst.

Voorzitter: Backer