

## Schouw

preludeer op de toekomstige ontwikkelingen en zie daar een groot probleem. In dit debat, waarin wij serieus praten over de invoering van een eigen risico, wil ik van de minister horen hoe hij dit probleem, dat wij nu dus al signaleren, wil voorkomen. Als hij geen helder antwoord geeft, lift ik mee op de gedachte van de PvdA-fractie over het jaar uitstel.

Tot slot nog drie zaken waar wij wat reflectie van de minister op willen hebben. Ziet hij in de toekomst een groei van het eigen risico? Dat is nu gesteld op € 150, maar zal het worden verhoogd? Ziet hij in de toekomst vormen ontstaan waarin de huisarts toch onder het eigen risico valt? En ziet de minister mogelijkheden om te spelen met mechanismen die rekening houden met de zorgkosten veroorzaakt door vermijdbaar gedrag? In de inbrengen die ik tot nu toe heb gehoord, wordt in onvoldoende mate een relatie gelegd tussen de onvermijdbare zorgkosten van vermijdbaar gedrag, dus gedrag waarvoor mensen zelf kiezen.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Voorzitter. Ik ben benieuwd naar voorbeelden van dat volgens de heer Schouw vermijdbare gedrag. Betekent het dat rokers en mensen die elke dag meer dan twee glazen wijn drinken, een hogere premie betalen, evenals mensen die twaalf uur per dag werken in stressvolle omstandigheden?

De heer **Schouw** (D66): Dat is de ene kant van het verhaal. De andere kant is dat we weten dat de gezondheid van mensen in "de probleemwijken" minder goed is, maar dat dit ook verklaarbaar is uit hun gedrag: roken, drinken, sporten...

De heer **Thissen** (GroenLinks): Dat zijn sociaal-economische omstandigheden, mijnheer Schouw.

De heer **Schouw** (D66): Daar zijn voldoende rapporten over en er zijn ook voldoende suggesties om daar wat prikkels in aan te brengen. Ik denk dat het goed is om dat hier te agenderen en bespreekbaar te maken.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik weet dat Marx en de navolgers van zijn analyse bij D66 al lang niet meer op de boekenplank staan. De sociaaleconomische posities van mensen is bepalend voor het feit of mensen zich gezond en gezond leefgedrag kunnen veroorloven of niet. Als wij daar samen iets aan doen, dan wil ik vervolgens nadenken over wat vermijdbaar gedrag is om bovenal nóg gezonder te worden.

De heer **Schouw** (D66): U gaat ervan uit dat de mensen geen invloed hebben op hun eigen gedrag. En ik wil dat juist wél benadrukken. Ook mensen in een sociaal-economisch moeilijke situatie hebben daar invloed op.

De heer **Thissen** (GroenLinks): Ik heb wel degelijk de opvatting dat mensen hun eigen gedrag kunnen beïnvloeden. Zij zijn niet het slachtoffer van sociaal-economische omstandigheden. Maar naarmate de sociaaleconomische omstandigheden van mensen beter zijn, kunnen zij zich wat beter gezond gedrag veroorloven. Het is niet zo generalistisch als u schetst, namelijk dat de mensen in probleemwijken ongezond leven en maar wat doen. Dat heeft op de allereerste plaats te maken met hun sociaaleconomische omstandigheden.

De heer **Schouw** (D66): Ik heb niet gezegd dat die mensen maar wat doen en vind dat u mij dat ook niet in de mond mag leggen. Het is echter een feit dat mensen zelf aan de knoppen kunnen draaien, ook als zij in een sociaaleconomisch slechte situatie zitten. Wij mogen dan ook best wat meer van de mensen zelf vragen.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Klein Breteler, die zijn maidenspeech zal houden.

□

De heer **Klein Breteler** (CDA): Voorzitter. Gezondheid en zorg zijn thema's waar onze bevolking, overigens terecht, grote waarde aan toekent. In nagenoeg alle preferentie-onderzoeken, ongeacht het onderzoeksinstituut, kent men gezondheid en zorg de hoogste prioriteit toe in Nederland. Niettemin zou men, als men niet beter wist, uit de berichten in de media de onterechte conclusie kunnen trekken dat het vaak droevig is gesteld met de staat van onze gezondheidszorg. Er gaat immers praktisch geen dag voorbij of er staat wel een negatief bericht in de pers. Vaak worden bewindslieden van VWS direct voor spoedoverleg naar de Tweede Kamer geroepen als er ergens in de zorg iets, vaak incidenteel, mis gaat. Ik zie dit overigens als een bewijs dat zorg ons Nederlanders zeer ter harte gaat. En terecht. Ook deze Kamer besteedt het gehele plenaire deel vandaag aan een belangrijk wetsvoorstel.

Helaas is er onlangs minder aandacht in de media besteed aan een goed opgezet onderzoek naar de staat van onze gezondheidszorg, de European Consumers Healthindex, waarbij ons land op de tweede plaats komt in Europa, na Oostenrijk op de eerste. Hierbij is niet alleen gekeken naar de kwaliteit van zorg, de toegang van zorg, maar ook naar het verzekeringsstelsel. Wij mogen daar best een beetje trots op zijn en het is ook een groot compliment voor hen, die werken in en voor de zorg. Van de beroepsbevolking is dat overigens één op de tien werkenden. Vanwege de vergrijzing en de hieruit volgende zorgconsumptie hebben wij hen, zeker in de toekomst, hard nodig. Ons systeem van zorg kan niet zonder publieke borging. Hierin is de rol van de overheid gestoeld op vier kerntaken. Ten eerste algemene toegang tot de zorg voor alle inwoners en zij die legaal in ons land verblijven. In de praktijk geldt dit in de zorg overigens ook voor hen die formeel niet legaal in ons land verblijven op grond van artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000. Ten tweede het handhaven van een hoog kwaliteitsniveau in de zorg. Ten derde het waarborgen van een vrije artskeuze. Ten vierde het verdelen van de kosten van de zorg op basis van solidariteit in de samenleving. Dit zijn waarden die onze fractie ook voor de toekomst van groot belang blijft achten. Dat zal overigens een grote uitdaging zijn, gezien mijn eerdere opmerkingen over de gevolgen van de vergrijzing en ook de ontgroening.

Het systeem moet betaalbaar blijven. In dit kader is het naar de opvatting van de CDA-fractie aanvaardbaar dat zorgconsumenten, binnen de uitgangspunten van de vier eerdergenoemde kernwaarden, beperkt geconfronteerd mogen worden met gevolgen van hun individuele zorgconsumptie. Dit is mede de achtergrond geweest van het no-claimsysteem, ontwikkeld door het vorige kabinet in de thans vigerende zorgverzekeringswet. Ook deze wet heeft als uitgangspunt ons zorgstelsel

## Klein Breteler

duurzaam houdbaar en toekomstbestendig te maken en te houden. Thans legt het huidige kabinet ons de wijziging voor om het no-claimsstelsel te vervangen door een stelsel van eigen risico. De eerste vraag die onze fractie zich heeft gesteld, is de volgende. Tast dit nieuwe voorstel eerdergenoemde kernwaarden aan en is het een verbetering? Daarnaast zijn er natuurlijk de vragen of het wetsvoorstel juridisch deugt, uitvoerbaar is en de gewenste maatschappelijke effecten kan bereiken. Op zichzelf beschouwd is het wetsvoorstel een verbetering vanwege een verbetering van de solidariteit in de samenleving.

In het thans in bespreking zijnde wetsvoorstel is het nominale premiedeel van een Nederlander met gemiddelde zorgkosten immers gelijk aan hen die chronisch ziek, dan wel lichamelijk gehandicapt zijn en derhalve altijd worden geconfronteerd met onvermijdelijke zorgkosten. Door de compensatie van deze beide groepen verzekerden ligt het eigen risico gemiddeld gelijk op € 103. Dat is het positieve nieuws. Minder enthousiast zijn wij over de wijze waarop dit principe vorm en inhoud is gegeven. De kern hiervan is hoe de groep chronisch zieken en lichamelijk gehandicapt is afgebakend. Helaas beschikken wij ter zake in ons land niet over sluitende, verifieerbare afbakeningsdefinities. De wijze waarop het kabinet dit in het onderhavige wetsvoorstel neerlegt, en overigens ook op andere punten in het wetsontwerp, ademt een haastige sfeer uit. Dit blijkt ook uit de amendementen en moties die ingediend zijn bij de zeer onlangs gehouden behandeling in de Tweede Kamer.

Mijn fractie zou zich kunnen voorstellen dat het nieuwe stelsel per 1 januari 2009 ingaat, zodat er in 2008 een betere uitlijning kan plaatsvinden van het wetsvoorstel. Het door mij ook in een interruptie genoemde argument dat de groep chronisch zieken en gehandicapt dan een jaar langer moet wachten op compensatie, weegt evenwel zeer zwaar. Wel hebben wij de situatie dat deze groep in 2008 anders is gedefinieerd dan in 2009 en latere jaren op grond van wijzigingsvoorstellen, die nu al aangekondigd zijn voor 2008. Dit levert op zich verwarring op. Dit betekent, dat wij op deze aspecten niet geheel tevreden zijn met het antwoord van de minister in zijn memorie van antwoord. Dat zijn wij overigens wel ten aanzien van een belangrijk aantal andere vragen onzerzijds over dit wetsvoorstel.

Toch geven die antwoorden ons aanleiding om in deze eerste termijn nog een aantal aanvullende vragen te stellen. Een beperkte aanspreekbaarheid van de burger op zijn zorgconsumptie is op zich niet verwerpelijk. Maar hoe kan hij of zij dit doen als er bij deze burgers in feite een volledige onbekendheid is met de prijzen en kostprijzen van zorgproducten en kwaliteitsprestaties van zorgaanbieders? De website Kies beter blijkt hiervoor geen oplossing te zijn. Voor hen die zelf in de zorg werken, zo weet ik uit ervaring, is het al bijna ondoenlijk. Hoe kan een burger weten of hij of zij al dan niet medicijnen gebruikt uit de FKG-lijst? Kunnen al deze eigen bijdragen en andere bijdragen in de zorg niet dusdanig met elkaar cumuleren dat dit afbreuk doet aan transparantie, maar vooral ook aan solidariteit? Mijn fractie vindt dat de minister, blijkens de memorie van antwoord, wel kort door de bocht gaat met het niet zien van een relatie tussen dit wetsvoorstel en het later in deze Kamer te behandelen wetsvoorstel inzake de verzwaren van de premie-incasso. Het kan toch immers

niet anders dan dat de groep wanbetalers van de zorgpremie vergroot wordt door de wanbetalers van het eigen risico? Uiteindelijk komt dit mogelijk ook ten laste van het Zorgvereenigingsfonds. Wat bedoelt de minister in dit opzicht met een "bronheffing"? Heeft de minister zich echt goed verdiept in zijn stelling, dat er ook bij het eigen risico een effectieve remwerking is van ongeveer 200 mln.? Immers, bij ervaringen met soortgelijke zaken uit het verleden was dit toch ook niet zo eenduidig? Of waren de uitvoeringslasten in de praktijk gelijk aan of groter dan de opbrengsten? Ondanks dat de minister stelt dat deze zaken toen om politieke redenen zijn afgeschaft en niet om praktische redenen. Heeft bij de introductie van dit wetsvoorstel toch ook niet meegeleefd dat zonder introductie van een eigen risico de premies aanmerkelijk moesten worden verhoogd, hetgeen nu wat cosmetisch wordt gemaskeerd?

Vervolgens heb ik namens de CDA-fractie nog een aantal vragen. De antwoorden daarop zullen wij betrekken bij onze finale afweging van dit wetsvoorstel. Zoals wij begrepen hebben, heeft de minister de Tweede Kamer toegezegd om voor 1 april 2008 te komen met een beter afgebakende en gedefinieerde omschrijving van de groep chronisch zieken en lichamelijk gehandicapt. Hierin wordt ook de groep verzekerden betrokken met hulpmiddelen. Is de minister thans, vooruitlopend hierop, bereid in de AMvB op te nemen dat verzekerden met hogere uitgaven aan hulpmiddelen – ik denk dan aan ongeveer € 500 – ook in 2008 al in aanmerking te laten komen voor deze compensatie?

De CDA fractie meent dat "boter bij de vis" de beste remwerking heeft. In het wetsvoorstel kan evenwel de inning van de eigen bijdrage in 2008 tot uiterlijk ultimo 2009 worden gedaan. Is de minister bereid deze termijn vanaf 2009 te bekorten tot 6 maanden na afloop van het kalenderjaar?

Door de introductie van de maatstafconcurrentie op 1 januari 2009 bestaat de mogelijkheid dat een dbc achteraf neerwaarts wordt bijgesteld, terwijl het eigen risico hierover wellicht al is geïnd. Wat gebeurt er dan vervolgens en wat betekent dit voor de administratieve lasten voor de zorgverzekeraars? Is het waar dat bij zorgconsumptie in ons land van personen met een buitenlands paspoort geen eigen bijdrage wordt geïnd? Zou het niet voor de hand liggen dat in AWBZ-instellingen verblijvende verzekerden met een thuiswonende partner, die dan weliswaar de lage eigen bijdrage betalen, toch ook de compensatie ontvangen? Er is volgens mij geen rechtvaardiging te vinden om onderscheid te maken met degenen zonder thuis verblijvende partner.

Het kabinet sluit de route via de Buitengewone Uitgavenregeling af. Toch kunnen verzekerden, die gebruik maken van de door gemeente aangeboden herverzekeringmogelijkheid, waarvan de premie nagenoeg even hoog is als de eigen bijdrage van € 150 wel deze premie fiscaal ten laste laten komen van de Buitengewone Uitgavenregeling. Dat valt toch niet met betrekking tot de consistentie van dit soort zaken in een wetsvoorstel uit te leggen?

De CDA-fractie constateert dat de minister per brief van 19 oktober een voorhangprocedure voor de AMvB heeft gestart, zonder dat deze Kamer het wetsvoorstel ter zake heeft behandeld. Vindt de minister dat dit staatsrechtelijk kan? Realiseert de minister zich dat bij uitvoering van deze wet voor zowel verzekeraars als

## Klein Breteler

verzekerden die gebruik maken van alle keuzes die er zijn, aan het eind van het jaar ook de uitkomsten niet "solidair" zijn, omdat zij individueel allemaal van elkaar kunnen verschillen?

Ten slotte voorzitter, vraag ook ik de minister wat er nu precies wordt bedoeld met het commentaar van de minister in de memorie van antwoord op de vraag van onze fractie over het amendement-Van der Vlies. Ik heb het over de laatste twee zinnen van de eerste alinea op bladzijde 6: "In afwijking van dit percentage kan volgens dit amendement voor sommige zorgvormen een vast bedrag worden vastgesteld. De regering kan op dit moment nog niet zeggen welk percentage gehanteerd zal worden, omdat de gevolgen van de keuze voor een bepaald percentage eerst moeten worden nagegaan." Dit klinkt mijns inziens vrij cryptisch: wat wordt er exact mee bedoeld en waarom? Wanneer kan de regering zeggen welk percentage wel zal worden gehanteerd en waar denkt het kabinet nu ongeveer aan?

Voorzitter. Hiermee beëindig ik mijn inbreng in eerste termijn. Ik zie met belangstelling de antwoorden van de minister tegemoet.

De **voorzitter**: Mijnheer Klein Breteler, ik feliciteer u van harte met uw maidenspeech over een beleidsterrein dat u bepaald niet onbekend is. Al op jonge leeftijd had u een leidinggevende positie in de zorgsector. Reeds tijdens uw studie economie aan de Nederlandse Economische Hogeschool – de latere Erasmus Universiteit – werd u directeur van een verpleeghuis in Naaldwijk. U was toen 27 jaar. Na vier jaar werd u directeur van een ziekenhuis in Sliedrecht en sinds 1980 bent u voorzitter van de raad van bestuur van de Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest in Delft.

Naast uw werk hebt u een groot aantal nevenfuncties, waarvan de meeste in de zorgsector. Zo bent u voorzitter van de Stichting International Healthcare Program, voorzitter van de Landelijke Vereniging voor Ent-administratie en bestuurslid van de Facilitaire Stichting Gezondheidszorg. Daarnaast bent u onder andere bestuurslid van de PGGM, maakt u deel uit van de raad van toezicht van woningcorporatie Vitalis te Amersfoort en van de Raad voor Economische Aangelegenheden van het bisdom Rotterdam.

Voor en binnen het CDA bent u al 25 jaar actief in verschillende functies. U bent onder andere van 1999 tot afgelopen voorjaar voorzitter geweest van de CDA-fractie in de provinciale staten van Zuid-Holland. Uw vertrek daar is door velen betreurd. Zo ook door de commissaris van de Koningin, die in een liber amicorum tevens schreef: "Het is zonder enige twijfel de verdienste van Hans Klein Breteler dat het CDA in de afgelopen jaren de 'machtspositie' heeft verworven die het nu heeft. Hij was de fractievoorzitter met de meeste invloed. Dat kwam niet doordat hij tegelijk ondervoorzitter van de staten was." Even verderop schrijft de commissaris: "Het CDA zou wel gek zijn als het niet nog veel meer met hem zou doen." In dat liber amicorum komen telkens weer dezelfde beelden van u langs: boegbeeld, anderen de ruimte gevend, doortastend, strategisch denker, scherp analytisch, bevlogen, hartelijk, onvermoeibaar, oog voor de menselijke maat en vaak opererend naar de wijsheid van wijlen Jan de Koning: als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan. U begrijpt wel dat u dit hier nu allemaal moet waarmaken.

Mijnheer Klein Breteler, "KB" staat in deze Kamer voor Koninklijk Besluit. KB is ook in de politiek in Zuid-Holland een begrip, maar staat daar voor Klein Breteler. Ik sluit niet uit dat KB de komende jaren in deze Kamer een begrip met een dubbele betekenis zal zijn. Ik wens u van harte heel veel succes toe in deze Kamer!

Voordat ik de vergadering schors om de collega's de gelegenheid te geven om de nieuwe collega te feliciteren, vraag ik de minister of hij het uur dat voor nader beraad was gepland, denkt nodig te hebben. De minister knikt "ja".

De vergadering wordt van 15.45 uur tot 17.30 uur geschorst.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Het doet mij genoeg weer in de Eerste Kamer te zijn. Ik heb hier vier jaar lang met buitengewoon veel plezier gebivakkeerd. Het is eigenaardig om aan deze kant van de tafel te staan, al was het maar omdat ik u nu frontaal zie. In het verleden keek ik vanaf de rechterflank toe hoe u uw werkzaamheden verrichtte. Het doet mij ook goed vandaag een wetsvoorstel te verdedigen dat op zichzelf complex lijkt, en dat wellicht ook is, maar wel een kernpunt vormt van de inkomenspolitiek van dit kabinet.

Zoals opgemerkt door de Kamer, vloeien uit dit wetsvoorstel inkomenseffecten voort. Dit is de kern van wat met het wetsvoorstel wordt beoogd. Bij het opstellen van het regeerakkoord stond een punt centraal, namelijk het terugbrengen van de in onze ogen onredelijke inkomenseffecten die voortvloeien uit de no-claimsysteem. Deze onredelijke effecten hadden met name te maken met het feit dat gezonde Nederlanders € 255 in de plus stonden vergeleken met chronisch zieken en gehandicapten. Gemiddeld gezonde Nederlanders stonden € 91 in de plus. Chronisch zieken en gehandicapten zijn volgens onze definities mensen met zowel meerjarige als onvermijdelijke zorgkosten. Vanwege deze onvermijdelijkheid hebben zij geen keuzevrijheid en lopen zij jaar na jaar tegen deze inkomenseffecten aan. Dat hebben wij willen repareren. Het vormt een van de kernen van het wetsvoorstel.

Om deze onrechtvaardigheid terug te brengen, heeft het kabinet besloten dat de no-claim wordt afgeschaft en dat per 1 januari 2008 een systeem van eigen risico wordt ingevoerd met compensatie voor degenen die te maken hebben met onvermijdelijke zorgkosten. Dit wetsvoorstel geeft hieraan invulling. Ik geef toe dat dit een traject is waarmee de nodige haast was gemoeid. Wij hebben behoorlijk vaart moeten maken om dit te kunnen realiseren en per 1 januari 2008 te kunnen effectueren. Het heeft het nodige gevergd van het kabinet om het wetsvoorstel te maken. Ook de verdere procedure in de Tweede en de Eerste Kamer is onder behoorlijke tijdsdruk komen te staan.

Wij hebben de positieve prikkel van de no-claim omgezet in een negatieve prikkel van het eigen risico. Door deze negatieve prikkel bij het eigen risico treedt een grotere remwerking op dan bij de no-claim. Bij het eigen risico wordt het beoogde effect van 200 mln. bereikt met een kleiner financieel verschil tussen gezonde en zieke verzekerden dan bij de no-claim, namelijk geen € 255, maar € 150. Het terugbrengen van dit bedrag van € 255 dat een positieve prikkel vormde bij de no-claim, naar